

**Kompetenzrechtliche Fragen der Vorgaben der Koalitionsvereinbarung
zur Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und
Krankenhausfinanzierung**

Gutachten vorgelegt von

Prof. Dr. Bernd Halbe und Dr. Ulrich Orlowski

im Auftrag des

Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands e. V.

Köln/Bonn, den 04.06.2022

Inhaltsverzeichnis

A. Ergebnisse.....	1
I. Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser	1
II. Sozialversicherung.....	2
III. Vorhaltepauschalen	4
B. Gutachten.....	5
I. Fragestellung	5
II. Krankenhausplanung	6
1. Gesetzgebungskompetenzen.....	6
2. Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)	8
2.1. Zweck und Ziele des KHG	8
2.2. Krankenhausplan.....	9
2.3. Feststellungsbescheid	11
2.4. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren.....	13
a) Empfehlungen des GBA.....	13
b) Planaufnahme, Planherausnahme, Abschluss und Kündigung von Versorgungsverträgen.....	14
c) Abweichungsbefugnis der Länder	15
3. Gestaltungsspielraum der Länder (insbesondere bei Krankenhausplanung und Organisation).....	17
3.1. Konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit	17
3.2. Landesrechtliche Regelungen	18
3.3. Ausweitung der Regelungen des Bundes?	19
4. Beispielhafte Landesgesetze: Krankenhausgestaltungsgesetz NRW	19
4.1. Zweck, Ziele.....	19
4.2. Krankenhausplan.....	20
4.3. Rahmenvorgaben	20
4.4. Regionale Planungskonzepte	21

4.5. Feststellungsbescheid, Versorgungsauftrag	22
5. Beispielhafte Landesgesetze: Rheinland-Pfalz	22
5.1. Zweck, Ziele.....	22
5.2. Krankenhausplan.....	23
5.3. Verfahrensfragen	23
6. Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG für „Leitplanken“ der Krankenhausplanung.....	24
6.1. Fragestellung und Formulierungsvorschlag.....	24
6.2. Teilausschnitt aus der Sachaufgabe Krankenhausversorgung	26
6.3. Zweckbezogenheit des Kompetenztitels.....	27
6.4. Einschränkung des Kompetenztitels	28
a) Abgrenzung: Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts	28
b) Allgemeiner Standard der Krankenhausversorgung, Leistungsfähigkeit....	28
c) Rechtsprechung der Verfassungsgerichte der Länder	29
6.5. Abwägung.....	31
6.6. Erforderlichkeit (Art. 72 Abs. 2 GG)	32
6.7. Zwischenergebnis zu II./6.	33
7. Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus der Materie der Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) für „Leitplanken“ für die Krankenhausplanung	35
7.1. Fragestellung und Formulierungsvorschlag.....	35
7.2. Sozialversicherung als verfassungsrechtlicher Gattungsbegriff.....	36
7.3. Leistungserbringerrecht	36
7.4. Zuordnung nach dem Schwerpunkt der Regelung.....	37
8. Gesamtergebnis zu II.	40
III. Vorhaltepauschalen	43
1. Fragestellung.....	43
2. Stellungnahmen	43
2.1. Bundesrat	43

2.2. Sachverständigenrat	44
3. Gesetzgebungskompetenz.....	45
4. Formulierungsvorschläge	45
5. Kompetenzfragen	47
6. Legitimation	48
7. Ergebnis zu III.	52

A. Ergebnisse

I. Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser

- Der Bund hat im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung mit der Kompetenz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG) nur die Gesetzgebungskompetenz für einen Teilausschnitt der Krankenhausversorgung. Für die Krankenhausplanung und die Krankenhausorganisation hat der Bund nach der Rechtsprechung des BVerfGs, des BverwGs und des BSGs keine Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG.
- Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG umfasst Regelungen zur Krankenhausplanung und Krankenhausorganisation nur dann, sofern deren Bezug zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser naheliegend und offensichtlich ist und den Ländern eigenständige und umfangmäßig erhebliche Ausgestaltungsspielräume bleiben.
- Im Hinblick auf die erheblichen Auswirkungen der Krankenhausplanung und deren Umsetzung durch den Feststellungsbescheid auf die Berufsausübungsfreiheit eines Krankenhausträgers (Art. 12 Abs. 1, 19 Abs. 3 GG), die einer Beschränkung der Berufswahl nahekommen, bietet Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG keine gesetzliche Grundlage für die Regelung gesundheits- oder krankenhauspoltischer „Fernziele“, die über den Stand der medizinischen Wissenschaft als Kriterium für die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses weit hinausgehen.
- Eine bundesrechtliche Vorgabe einer auf (medizinischen) Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierenden Krankenhausplanung, die an Kriterien der Erreichbarkeit und Demografie ausgerichtet ist, wird die eigenständigen Ausgestaltungsspielräume der Länder bei der Planung gemessen am status quo der unterschiedlichen Krankenhausplanungen in den Ländern erheblich beeinträchtigen.
- Der Bezug derartiger Planvorgaben zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser ist bei den derzeitigen unterschiedlichen Planungsansätzen weder offensichtlich noch naheliegend.

- Auch nur einen Hinweis darauf, dass allein eine auf medizinischen Leistungsgruppen bezogene Krankenhausplanung, differenziert nach Versorgungsstufen und an Kriterien der Erreichbarkeit und Demografie ausgerichtet, dem Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht, gibt es nicht. Bei der Regelung derartiger bundesrechtlicher Vorgaben für die Krankenhausplanung und Krankenhausorganisation geht es um die Umsetzung gesundheits- und krankenhauspoltischer „Fernziele“, für die Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG keine Kompetenzgrundlage bietet.
- Eine bundesrechtliche Regelung derartiger Vorgaben für die Krankenhausplanung ist auch nicht erforderlich zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder zur Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse (Art. 72 Abs. 2 GG). Die Tatsache, dass Krankenhausplanung in den Ländern in ihrer Art und Tiefe unterschiedlich gestaltet wird, hat nicht dazu geführt, dass sich die Lebensverhältnisse in den Ländern in erheblicher, das bundesstaatliche Sozialgefüge beeinträchtigender Weise auseinanderentwickelt haben oder dass eine derartige Entwicklung sich konkret abzeichnet. Die bundesrechtliche Regelung ist auch nicht erforderlich weil die unterschiedlichen Krankenhausgesetze der Länder ausreichend sind, um gleichwertige, aber nicht gleiche Lebensverhältnisse im gebotenen Maß herzustellen.

II. Sozialversicherung

- Der Begriff der Sozialversicherung in Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG ist nach der Rechtsprechung des BverfGs ein weitgefaster verfassungsrechtlicher Gattungsbegriff, der alles umfasst, was sich der Sache nach als Sozialversicherung darstellt. Dazu gehört auch das Leistungserbringerrecht einschließlich desjenigen der Krankenhäuser als Ausprägung des Sachleistungsprinzips.
- Die Sachgebiete der Kompetenzen aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG und Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG überschneiden sich erheblich und bedürfen daher der Abgrenzung. Die Abgrenzung hat nach der Rechtsprechung des BverfGs nach dem Schwerpunkt der Regelung zu erfolgen. Der Schwerpunkt der Regelung liegt dann im Bereich der Sozialversicherung, wenn die aufgestellten sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen für die Leistungserbringung

geboten und erforderlich sind. Etwaige damit verbundene Nebeneffekte – auch auf den Bereich der Krankenhausplanung – ändern daran nichts.

- Zur Beantwortung der Frage, was der Schwerpunkt einer Regelung ist, kommt es darauf an, ob die fragliche Regelung behandlungsbezogen ist oder sich vielmehr auf die Krankenhausstruktur bezieht. Strukturbezogene Regelungen, wie insbesondere die Art und Weise der Planung von Krankenhäusern einschließlich der Planung von Versorgungsstufen gehören nicht zur Materie der Sozialversicherung. Der Schwerpunkt derartiger Regelungen liegt in der Zuordnung stationärer Versorgungsaufträge als Umsetzung des Sicherstellungsauftrages des Landes als Planungsträger.
- Selbst für erforderlich gehaltene Maßnahmen im Leistungserbringerrecht sind dann kompetenzrechtlich nicht mehr abgedeckt, wenn sie den Kernbereich des Krankenhausplanungs- und Krankenhausorganisationsrecht betreffen. Auch für erforderlich gehaltene Maßnahmen im Leistungserbringerrecht können das Kompetenzgefüge des Grundgesetzes nicht in Frage stellen. Die Vollkompetenz für die Materie der Sozialversicherung findet da ihre Grenze, wo Regelungen des Leistungserbringerrechts die Krankenhausplanung und Krankenhausstruktur – im Schwerpunkt – mitregeln.
- Für eine derartige einschränkende Auslegung der Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG spricht schließlich die Konfliktlage, in der sich diese Kompetenz zur Kompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG befindet. Nur so kann eine Umgehung der Erforderlichkeitsklausel aus Art. 72 Abs. 2 GG vermieden werden.
- Die bundesrechtliche Regelung einer auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierenden Krankenhausplanung, die an den Kriterien der Erreichbarkeit und Demografie ausgerichtet ist, hat ihren Schwerpunkt deutlich im Bereich krankenhauserplanerischer Strukturvorgaben und kann daher nicht auf der Grundlage der Kompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG geregelt werden.
- „Leitplanken“ eines derartigen Inhalts können daher nur als unverbindliche Empfehlungen von der Regierungskommission vereinbart werden. Sollte eine stringente bundesrechtliche Vorgabe für den Strukturwandel in der Krankenhausversorgung für erforderlich gehalten werden, bietet sich eine Änderung des Grundgesetzes an, mit der die Bundeskompetenz zur

wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser um die hier relevanten Aspekte der Krankenhausplanung erweitert wird, um so zugleich die völlig konturlose Bundeskompetenz für die Materie der Sozialversicherung einzugrenzen (vgl. Wollenschläger/Schmidl, VSSR 2014, 117, 140).

III. Vorhaltepauschalen

- Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für Fragen der Krankenhausfinanzierung und des Entgeltrechts ergibt sich aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a i. V. m. Art. 72 Abs. 2 GG. Das gilt auch für die bundesrechtliche Regelung von Vorhaltepauschalen auf der Grundlage von Versorgungsstufen, die durch Rechtsverordnung des BMG ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen wird.
- Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das Leistungserbringerrecht der Krankenhäuser aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG tritt insofern für die Regelung der Versorgungsstufen und Vorhaltepauschalen zurück, da der Schwerpunkt dieser Regelung im Recht der Krankenhausfinanzierung liegt.
- Eine gesetzliche Anleitung des GBA für die Regelung von Versorgungsstufen als Grundlage von Vorhaltepauschalen ist derzeit allenfalls als Zielbestimmung, nicht aber als konkreter gesetzlicher Handlungsauftrag regelbar. Zur Ermittlung der Kostenunterschiede zwischen Krankenhäusern verschiedener Versorgungsstufen sind nach der Expertise des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen „hochwertige, wissenschaftlich empirische Untersuchungen notwendig“. Die bloße Vorgabe eines Ziels ist angesichts der Intensität der Regelung für eine ausreichende gesetzliche Anleitung des GBA im Sinne der Rechtsprechung des BVerfGs nicht genügend.

B. Gutachten

I. Fragestellung

Die Koalitionsvereinbarung der Regierungsparteien für die 20. Legislaturperiode vom 24.11.2021 sieht zu dem Thema Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung folgendes vor:

„Mit einem Bund-Länder-Pakt bringen wir die nötigen Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg. Eine kurzfristig eingesetzte Regierungskommission wird hierzu Empfehlungen vorlegen und insbesondere Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demografischen Entwicklung orientierende Krankenhausplanung erarbeiten. Sie legt Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vor, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Universitätsklinik) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt“ (Rn. 2856-2864).

In der Endfassung des Vorschlags der Arbeitsgruppe Gesundheit und Pflege aus den Koalitionsverhandlungen zwischen den Regierungsparteien war noch folgender Satz zu dem Thema Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung enthalten:

„In Bundesländern, deren Krankenhausplanung auf diesen Leitplanken beruht, übernimmt der Bund einen Anteil der für eine bedarfsgerechte Investitionsförderung der Krankenhäuser anfallender Aufgaben des Landes. Die Fördermittel auf Bundesebene werden in einem Fördertopf vereint“. Dieser Satz ist in den anschließenden Verhandlungen der Parteien entfallen. Gegenstand der Untersuchung ist insbesondere die Frage,

- ob und inwieweit die von der Regierungskommission zu erarbeitenden „Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demografischen Entwicklung orientierte Krankenhausplanung“ mit der Kompetenzordnung des Grundgesetzes vereinbar sind sowie (Rn. 2859-2861)
- ob und inwieweit Empfehlungen der Regierungskommission für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung,

Universitätsklinik) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt“ (Rn. 2861-2864), auf kompetenzrechtliche Fragen stoßen können.

II. Krankenhausplanung

1. Gesetzgebungskompetenzen

Die Gesetzgebung für die Sachaufgabe Krankenhausversorgung einschließlich der Krankenhausplanung ist nach der Verteilung der Gesetzgebungskompetenzen des Grundgesetzes Angelegenheit der Bundesländer im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Daseinsvorsorge (Art. 70 Abs. 1 GG). Dementsprechend haben alle Bundesländer Krankenhausgesetze unterschiedlichen Namens erlassen. Die Bundesgesetze (wie insbesondere das KHG, das KHEntgG sowie das SGB V und SGB XI) werden von den Bundesländern als eigene Angelegenheiten durchgeführt (Art. 83 GG).

Nur für einen Teilausschnitt der Krankenhausversorgung hat der Bund eine spezielle Gesetzgebungskompetenz im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung. Gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG i. V. m. Art. 72 Abs. 2 GG hat der Bund die Gesetzgebungskompetenz für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze.

Dieser Kompetenztitel wurde eingefügt durch das 22. Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes vom 12.05.1969 (BGBl. I S. 363) und ist Grundlage insbesondere des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 29.06.1972 (BGBl. I. S. 1009), in der Fassung der Neubekanntmachung vom 10.04.1991 (BGBl. I. S. 886) sowie des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23.04.2002 (BGBl. I S. 1412).

In der Begründung des Regierungsentwurfs eines 22. Gesetzes zur Änderung des Grundgesetzes vom 18.11.1986 (BT-Drs. V/3515, S. 6) wird ausgeführt, dass dem Bund zur Wahrung der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse auch ein Einfluss auf diejenigen Faktoren eingeräumt werden soll, die die Kostenlage der Krankenhausanstalten und damit die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhausversorgung bestimmen (ebda. S. 6). In dem anschließenden Gesetzgebungsverfahren wurde aus dem im Regierungsentwurf vorgeschlagenen Kompetenztitel „Sicherung der Krankenhausversorgung“ aufgrund der Stellungnahme des Bundesrates der engere Begriff der „wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser“ (BT-Drs. V/3515, S. 16; zur Entstehungsgeschichte vgl. BVerfG, Beschl. v. 07.02.1991, BVerfGE 83, 363-395, Rn. 60, juris). Durch die letztendlich

Gesetz gewordene Formulierung sollte dem Bund lediglich Spielraum zur Regelung finanzieller Fragen eröffnet, ihm jedoch der Bereich der Krankenhausorganisation und der Krankenhausplanung versperrt werden (ebda. unter Bezugnahme auf die Beratungen im Bundesrat, BR-Drs. 332/1/68, S. 9 f.).

Dem Bund wird nach dem Willen des historischen Gesetzgebers nur die Kompetenz zur Regelung der Finanzierung der Krankenhäuser eingeräumt und die Kompetenz betrifft in der Gesetz gewordenen Fassung nur einen Ausschnitt aus der Sachaufgabe Krankenhausversorgung (BVerfG, a. a. O., Rn. 60, juris). Der Kompetenztitel der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser umfasst nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nur die Finanzhilfen und die Entgelte für teilstationäre und stationäre Krankenbehandlung (BVerfG, Beschl. v. 13.09.2005, BVerfGE 114, 196-257, Rn. 151, juris). Die Gesetzgebungskompetenz auf dem Gebiet der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und der Regelung der Krankenhauspflegesätze erstreckt sich auf die Einnahmen, die die Ausgaben für eine leistungsfähige Krankenhausversorgung ausgleichen sollen und schließt die Befugnis ein zu bestimmen, wer in welcher Höhe Zahlungen zu erbringen hat, um diese Kosten zu decken (BVerfG, Beschl. v. 13.09.2005, BVerfGE 114, 196-220, Rn. 151, juris; BVerwG, Urt. v. 27.02.2008, BVerwGE 130, 252-262, Rn. 14; BVerwG, Urt. v. 16.11.2000, BVerwGE 112, 170-179, Rn. 29, juris).

Für die Krankenhausplanung und die Krankenhausorganisation hat der Bund nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts keine Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG (BVerfG, Beschl. v. 12.06.1990, BVerfGE 82, 209-236, Rn. 88, juris; BVerfG, Beschl. v. 07.02.1991, BVerfGE 83, 363-395, Rn. 60, juris; BVerwG, Beschl. v. 11.06.2021, Rn. 12 m. w. N., juris; BSG, Urt. v. 19.06.2018, BSGE 126, 87-96, Rn. 18; aus der Literatur vgl.: Stollmann, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2017, § 4, Rn. 5 ff. – Annexkompetenz –; Steiner, in: Spickhoff, Medizinrecht, 3. Aufl. 2018, Art. 74 Nr. 19a, Rn. 12; Seiler, BeckOK-Grundgesetz, Art. 74 GG, 49. Edition, Stand 15.11.2021, Rn. 73; Broemel, in: von Münch/Kunig, GG, 7. Aufl. 2021, Art. 74, Rn. 74; Oeter, in: von Mangoldt/Klein/Starck, Grundgesetz, 7. Aufl. 2018, Art. 74; Kment, in: Jarass/Pieroth, GG, 16. Aufl. 2020, Art. 74, Rn. 54a; Degenhart, in: Sachs, GG, 9. Aufl. 2021, Art. 74, Rn. 88 f.; Maunz, in: Maunz/Dürig, GG, 76. EL Dezember 2015, Art. 74 GG, Rn. 170, 220, 221; Quaas, in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 26, Rn. 547 ff.; Kuhla/Bedau, in: Sodan, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Aufl. 2018,

§ 25, Rn. 9 ff.; Wittreck, in: Dreier, GG, 3. Aufl. 2015, Art. 74, Rn. 92, 93 – strukturell dilemmatisch –; Halbe/Orlowski, in: Münchener Anwalts Handbuch, 3. Aufl. 2020, § 13, Rn. 15; Kuhla, NZS 2014, 361; Kuhla, NZS 2015, 561).

Vorgaben für die Krankenhäuser mit unmittelbaren Auswirkungen auf die Krankenhausplanung und Krankenhausorganisation ergeben sich aber auch aus den Regelungen des Leistungserbringerrechts des SGB V und insoweit insbesondere aus Regelungen zur Qualitätssicherung der Leistungen eines Krankenhauses. Diese werden auf den Kompetenztitel aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG gestützt, der dem Bund für die Materie der Sozialversicherung die – konkurrierende – Gesetzgebung zuweist. Zur Ermittlung der Reichweite und insbesondere der Grenzen des Kompetenztitels zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG) im Verhältnis zum grundsätzlichen Gesetzgebungsrecht der Länder ist eine Analyse des KHG auf der Grundlage der obergerichtlichen Rechtsprechung zum Krankenhausfinanzierungs- und Krankenhausentgeltrechts erforderlich.

2. Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

2.1. Zweck und Ziele des KHG

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz ist auf der Grundlage des speziell zu diesem Zweck ins Grundgesetz eingefügten Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG erlassen worden (vgl. KHG vom 10.04.1991, BGBl. I. S. 886). Der Zweck des KHG ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um

- eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung
- mit leistungsfähigen, digital ausgestatteten,
- qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und
- zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen (§ 1 Abs. 1 KHG in der Fassung des Krankenhausstrukturgesetzes vom 10.12.2015, BGBl. I S. 2229).

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hat die bisherige, knappere Zweckbestimmung des KHG – „die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern“ – um das Kriterium der „qualitativen Hochwertigkeit“ sowie der „patientengerechten Versorgung“ als Grundlage für Entscheidungen der Krankenhausplanungsbehörde erweitert. Die

Qualität wird dadurch als weiteres Kriterium der Krankenhauszielplanung eingeführt (Regierungsentwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes vom 11.06.2015, BR-Drs. 277/15, S. 37). Bei der Durchführung des KHG, d. h. der Planerstellung und Plandurchführung ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten (§ 1 Abs. 2 Satz 1 KHG). Das Merkmal der digitalen Ausstattung wurde eingefügt durch das Krankenhauszukunftsgesetz vom 23.10.2020 (BGBl. I S. 2208).

Die wirtschaftliche Sicherung der im Plan aufgenommenen Krankenhäuser soll nach dem KHG dadurch erreicht werden, dass

1. die Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie
2. leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen (...) erheben (§ 4 KHG).

Die Förderung der Investitionskosten der Krankenhäuser durch die Länder und leistungsgerechte Erlöse der Kostenträger sollen nach der Systematik des Gesetzes der Garant für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser sein. Eine Garantie, die vor dem Hintergrund einer seit Jahrzehnten bestehenden Investitionslücke i. H. v. ca. vier Mrd. Euro pro Jahr mehr als fraglich geworden ist (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2020 (Stand 04/2021)).

2.2. Krankenhausplan

Die Länder sind durch das KHG bundesrechtlich verpflichtet, zur Verwirklichung dieser Ziele Krankenhauspläne und Investitionspläne aufzustellen (§ 6 Abs. 1 KHG). Die Grundsatzentscheidung zur – weitgehenden – planwirtschaftlichen Sicherung der Krankenhausversorgung ist auf Bundesebene angesiedelt. Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts haben die Länder zur Verwirklichung dieser bundesrechtlichen Zielbestimmung des KHG einen Krankenhausplan aufzustellen, in dem der landesweite Versorgungsbedarf in räumlicher, fachlicher und struktureller Gliederung beschrieben wird (Bedarfsanalyse), in dem des Weiteren die zur Bedarfsdeckung geeigneten Krankenhäuser verzeichnet werden (Krankenhausanalyse) und in dem schließlich festgelegt wird, mit welchen dieser Krankenhäuser der beschriebene Bedarf gedeckt werden soll (Versorgungsentscheidung). Der Krankenhausplan ist das zentrale Instrument, um die Entwicklung des Krankenhauswesens in dem betreffenden Land zu steuern und die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern sicherzustellen

(ständige Rspr. BVerwG, Urt. v. 11.11.2021, 3 C 6/20, GesR 2022, 152-156, Rn. 12, juris; BVerwG, Beschl. v. 11.06.2021, 3 B 43/19, KRS 2021, 372-378, Rn. 12 m. w. N., juris; BVerwG, Urt. v. 26.04.2018, 3 C 11/16, KRS 2018, 345-349, Rn. 24, juris; BVerwG, Urt. v. 08.09.2016, 3 C 6/15, BVerwGE 156, 124-136, Rn. 23, juris).

Ein Krankenhaus, das in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen werden soll, muss hiernach – vor allem – bedarfsgerecht und zur Bedarfsdeckung geeignet, d. h. leistungsfähig sein sowie wirtschaftlich arbeiten (BVerwG, Urt. v. 26.04.2018, 3 C 11/16, KRS 2018, 345-349, Rn. 23, juris).

Ein Krankenhaus ist bedarfsgerecht, wenn es nach seinen objektiven Gegebenheiten in der Lage ist, einem vorhandenen Bedarf gerecht zu werden. Das ist nicht nur dann der Fall, wenn die von dem Krankenhaus angebotenen Betten zusätzlich notwendig sind, um den in seinem Einzugsbereich aktuell vorhandenen Bettenbedarf zu decken, sondern auch dann, wenn ein Krankenhaus neben oder an der Stelle eines anderen Krankenhauses geeignet wäre, den fiktiv vorhandenen Bedarf zu decken. Nur in dieser Auslegung haben hinzutretende Krankenhäuser überhaupt eine Chance auf Aufnahme in den Krankenhausplan, solange sich am Gesamtbedarf nichts ändert. Ansonsten könnte mit dem Hinweis auf bestehende Kapazitäten jeder Neuzugang verhindert werden“ (BVerfG, Kammerbeschl. V. 04.03.2004, 1 BvR 88/00, NJW 2004, 1648-1650, Rn. 26, juris; BVerfG, Beschl. v. 12.06.1990, 1 BvR 355/86, BVerfGE 82, 209-236, juris, Rn. 68; BVerwG, 18.12.1986, 3 C 67/85, juris, Rn. 53; BVerwG, Urt. v. 11.11.2021, 3 C 6/20, GesR 2022, 152-156, Rn. 30, juris; vgl. hierzu Steiner NVwZ 2009, 486, 489; Burgi NVwZ 2010, 601-604). Dabei erfordert der Begriff der bedarfsgerechten Versorgung die Ermittlung des gegenwärtigen und – anhand einer Prognose – des zukünftigen Bedarfs an Krankenhausversorgung (BVerwG, Beschl. v. 25.10.2011, 3 B 17/11, NZS 2012, 464, Rn. 4, juris; BVerwG, Beschl. v. 11.06.2021, 3 B 43/19, KRS 2021, 372-378, Rn. 12, 23, juris).

Ein Krankenhaus ist dann leistungsfähig i. S. d. § 1 Abs. 1 KHG, wenn das Krankenhaus dauerhaft den Anforderungen entspricht, die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft an ein Krankenhaus betreffender Art zu stellen sind. Die nach den medizinischen Erkenntnissen erforderliche personelle, räumliche und medizinisch-technische Ausstattung muss auf Dauer so angelegt sein, dass die Leistungsfähigkeit konstant erhalten bleibt (BVerfG, Beschl. v. 12.06.1990, 1 BvR 355/86, BVerfGE 82, 209-236, Rn. 72, juris; BVerwG, Beschl. v. 11.06.2021, 3 B 43/19, KRS 2021, 372-378, Rn. 23, juris; BVerwG, Urt. v. 26.02.2020, 3 C 14/18, BVerwGE

168, 1-15, Rn. 22, juris; BVerwG, Urt. v. 11.11.2021, 3 C 6/10, GesR 2022, 152-156, juris, Rn. 19; BVerwG, Urt. v. 16.01.1986, 3 C 37/83, NJW 1986, 1561-1562, Rn. 66, juris).

Dabei darf das Merkmal der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses nach der Rechtsprechung des BVerfGs nicht an einem Maßstab gemessen werden, der unverhältnismäßig strenge Anforderungen stellt und insofern mit Art. 12 Abs. 1 GG unvereinbar ist. „Für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser sind weitergehende Anforderungen an die Leistungsfähigkeit weder geeignet noch erforderlich. Sie würden deshalb dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit widersprechen. Gesundheitspolitische Fernziele, die den allgemeinen Standard der Krankenhausversorgung weit übersteigen, können – so sinnvoll sie sein mögen – nicht mit Hilfe zwingender Mindestvoraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz durchgesetzt werden. Für ihre Regelung fehlt es schon an der Gesetzgebungskompetenz des Bundes (Art. 74 Nr. 19a GG)“ (BVerfG, Beschl. v. 17.06.1990, 1 BvR 355/86, BVerfGE 82, 209-236, Rn. 88, juris; BVerfG, Kammerbeschl. v. 04.03.2004, 1 BvR 88/00, NJW 2004, 1648-1650, Rn. 5b, juris).

Das „Nähere“ zum Krankenhausplan eines jeweiligen Landes einschließlich dessen Umsetzung wird durch Landesrecht bestimmt (§ 6 Abs. 4 KHG).

2.3. Feststellungsbescheid

Die Krankenhäuser werden durch Feststellungsbescheid eines Landes in den jeweiligen Krankenhausplan aufgenommen (§ 8 Abs. 1 Satz 3 KHG). Durch den Feststellungsbescheid wird der Versorgungsauftrag des Hauses rechtlich verbindlich festgelegt. Bei dem Krankenhausplan des Landes handelt es sich nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes und des Bundessozialgerichtes um eine verwaltungsinterne Maßnahme ohne unmittelbare Rechtswirkung gegenüber den betroffenen Krankenhäusern (vgl. Stollmann, NZS 2020, 561 m. w. N.).

Die Landesbehörde entscheidet über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan grundsätzlich in einem zweistufigen Verfahren. Ein Krankenhausträger hat nach der ständigen Rechtsprechung des BVerwGs in verfassungskonformer Auslegung von § 8 Abs. 2 Satz 1 KHG einen Anspruch auf Feststellung der Aufnahme seines Krankenhauses in den Krankenhausplan, wenn das Krankenhaus zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung geeignet und

leistungsfähig ist sowie wirtschaftlich arbeitet und wenn es anbietet einen anderweitig nicht gedeckten Bedarf zu befriedigen (Unterangebot). Ist eine Auswahl notwendig, weil das Krankenhaus mit einem oder mehreren anderen Krankenhäusern um einen festgestellten Bedarf konkurriert (Überangebot), hat der Träger einen Anspruch auf fehlerfreie Auswahlentscheidung. Ein Anspruch auf Feststellung der Planaufnahme besteht, wenn sich das Krankenhaus in der Auswahl im Sinne von § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG als „am besten“ durchsetzt (BVerwG, Urt. v. 11.11.2021, 3 C 6/20, GesR 2022, 152-156, Rn. 15 m. w. N., juris; BVerwG, Urt. v. 26.04.2018, 3 C 11/16, KRS 2018, 345-349, Rn. 23 m. w. N., juris; vgl. Hasselbach, GesR 2021, 1, 5; Stollmann/Hermanns NZS 2017, 851, 857). Auf der Tatbestandsseite handelt es sich insbesondere bei der Anwendung der Begriffe der Bedarfsgerechtigkeit und der Leistungsfähigkeit um die Subsumtion von unbestimmten Rechtsbegriffen, bei der der Landesbehörde kein Beurteilungsspielraum zusteht und die gerichtlich vollständig nachvollzogen, d. h. überprüft werden können (BVerwG, Urt. v. 16.01.1986, 3 C 37/83, NJW 1986, 1561-1562, Rn. 56, juris; Stollmann/Hermanns NZS 2017, 851, 854). Die Entscheidung der Landesbehörde ist hiernach eine insgesamt gesetzesakzessorische Entscheidung, wenn die Zahl der in einem Krankenhaus vorhandenen Planbetten die Zahl der zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung benötigten Betten nicht übersteigt (a. a. O., Rn. 57). Entscheidet die Landesbehörde zwischen mehreren bedarfsgerechten leistungsfähigen und kostengünstigen Krankenhäusern, kommt der Behörde auf der Tatbestandsseite ein Beurteilungsspielraum („Beurteilungsermessen“) zu, der gerichtlich nur eingeschränkt überprüft werden kann (a. a. O., Rn. 63 m. w. N.).

Nach der Systematik des KHG ist die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan durch den Feststellungsbescheid keine Entscheidung über die Zulassung zur Krankenhausversorgung. „Der Zugang zu dem Beruf des Krankenhausbetreibers ist kein Gegenstand der Krankenhausplanung. Diese bezieht sich nur auf die Art und den Umfang der konkreten Krankenhäuser, die gefördert werden sollen“ (BVerfG, Beschl. v. 12.06.1990, BVerfGE 82, 209-236, Rn. 80, juris). Das Betreiben eines Krankenhauses ist unabhängig von einer Planaufnahme mit einer gewerberechtlichen Erlaubnis gemäß § 30 GewO möglich. Die Planaufnahme hat zum einen die Teilnahme eines Hauses an dem Investitionsprogramm des Landes zur Folge. Vor allem aber bewirkt die Planaufnahme, dass das Krankenhaus an der Sachleistungsversorgung der in der GKV versicherten Patienten teilnimmt:

Gesetzliche Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen. Das sind vor allem Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen worden sind; für diese gilt die Planaufnahme als Abschluss des Versorgungsvertrages (§ 108 Nr. 2 SGB V, § 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Für Hochschulklinika gilt die Anerkennung nach den jeweiligen landesrechtlichen Vorschriften als Abschluss des Versorgungsvertrages (§ 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Die Krankenkassen können neben den Plankrankenhäusern auch mit anderen Krankenhäusern einen Versorgungsvertrag schließen (§ 108 Nr. 3 SGB V, § 109 Abs. 3 SGB V).

Die Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes hat wegen ihrer faktischen Wirkung eine rechtliche Bedeutung, die einer Zulassung zum Versorgungssystem und damit einer Berufswahlregelung i. S. d. Art. 12 GG nahe kommt (BVerfG, Beschl. v. 12.06.1990, BVerfGE 82, 209-236, Rn. 80, juris). Die wirtschaftlichen Belastungen durch die Nichtaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan eines Landes sind so schwerwiegend, dass sie einer Beschränkung der Berufswahl nahekommen (ebda.). Nicht schon vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls reichen aus, um einen derartigen Eingriff in die Freiheit der Berufsausübung zu rechtfertigen; nur Gemeinwohlbelange von hoher Bedeutung wiegen so schwer, dass sie gegenüber dem schutzwürdigen Interesse des Krankenhausträgers an ungehinderter Betätigung den Vorrang verdienen (BVerfG, Beschl. v. 12.06.1990, 1 BvR 355/86, BVerfGE 82, 209-236, Rn. 81, juris).

2.4. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

a) Empfehlungen des GBA

Die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V sind kraft Gesetzes Bestandteil des jeweiligen Krankenhausplans (§ 6 Abs. 1a KHG). Durch das Landesrecht kann die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt werden (§ 6 Abs. 1a Satz 2 KHG). Mit der Einbeziehung der Empfehlungen des GBA in die Krankenhauspläne werden die Länder in der Zielausrichtung hin zu qualitätsorientierten Entscheidungen in der Krankenhausplanung unterstützt (Regierungsentwurf eines KHSG vom 11.06.2015, BR-Drs. 277/15, S. 55).

Diese Empfehlungen des GBA haben eine doppelte, janusköpfige Bedeutung; einerseits haben die Empfehlungen für die Länder als Planungsträger keine rechtlich verbindliche Wirkung sondern werden als antizipierte Sachverständigengutachten zur Beurteilung der Qualität von Krankenhäusern qualifiziert; andererseits haben die Indikatoren für die betroffenen Leistungserbringer Verbindlichkeit, da das Gesetz auf § 91 Abs. 6 SGB V verweist (vgl. Stollmann, NZS 2016, 201, 204; Stollmann, NZS 2020, 561, 565; kritisch z. B. Quaas, GesR 2018, 626-633, 629; Quaas, in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 26, Rn. 547 ff.). Das Letztentscheidungsrecht der Planungsbehörden der Länder bleibt aufgrund dieses Empfehlungscharakters bestehen (Stollmann, a. a. O., S. 204; Quaas, a. a. O., S. 631; Ricken, KrV 2018, 89-95). Gleichwohl wird vielfach in dieser Regulationsstruktur ein verfassungsrechtlich bedenklicher, wenn nicht sogar verfassungswidriger, Eingriff in die Planungshoheit der Länder gesehen (Quaas, GesR 2018, 626, 630; zu den mit diesen Regelungen des KHSG verbundenen verfassungs- und insbesondere kompetenzrechtlichen Fragen vgl. auch: Wollenschläger/Schmidl, GesR 2016, 542 ff.; Wollenschläger/Schmidl, VSSR 2/2014, 117 ff.; Wollenschläger, Gutachten zur Zulässigkeit von Strukturvorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung, erstattet im Auftrag der DKG, 2013; Axer, VSSR 2010, 183, 195; Bohle, GesR 2016, 605, 608; Ternick, NZS 2017, 770, 772).

Der GBA hat erste planungsrelevante Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V in seiner Richtlinie vom 15.12.2016 beschlossen.

b) Planaufnahme, Planherausnahme, Abschluss und Kündigung von Versorgungsverträgen

Krankenhäuser, die bei den für sie maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 6 Abs. 1a KHG nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen, dürfen insoweit ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden (§ 8 Abs. 1a Satz 1 KHG).

Plankrankenhäuser, die nach den Bewertungskriterien der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen [...], sind insoweit durch die Aufhebung des Feststellungsbescheides ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan heraus zu nehmen (§ 8 Abs. 1b KHG).

Mit einem Krankenhaus, das bei den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht nur vorübergehend eine im erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweist, darf ein Versorgungsvertrag von den Kostenträgern nicht abgeschlossen werden (§ 109 Abs. 3 Nr. 2 SGB V).

Der Versorgungsvertrag eines Krankenhauses ist von den Kostenträgern gemeinsam zu kündigen, wenn eine in diesem Sinne unzureichende Qualität nachgewiesen worden ist (§ 110 Abs. 1 Satz 2 i. V. m. § 109 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V).

c) Abweichungsbefugnis der Länder

Im KHSG ist vorgesehen, dass die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren automatisch Teil der Ländergesetze werden, um möglichst einheitliche Vorgaben im ganzen Bundesgebiet zu erreichen. Dieses planungs- und vertragsrechtliche Instrumentarium der Länder und der Kostenträger kommt allerdings nur dann zur Anwendung, sofern und soweit die Länder die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für ihren Planungsbereich nicht ganz oder teilweise durch Landesgesetz ausgeschlossen haben (§ 8 Abs. 1c KHG, § 6 Abs. 1a Satz 2 KHG; vgl. hierzu Stollmann, NZS 2016, 201, 205; Stollmann, NZS 2020, 561, 565, Fn. 55, Ricken, KrV 2018, 89-95). Folgende Länder haben von der Opt-out-Regelung derzeit Gebrauch gemacht:

Bundesland	Rechtsgrundlage
Baden-Württemberg	§ 4 Abs. 1 S. 5 LKHG
Bayern	Art. 4 Abs. 1 S. 3 BayKrG
Mecklenburg-Vorpommern	§ 9 Abs. 1 S. 4 LKHG M-V
Thüringen	§ 4 Abs. 2a S. 1 ThürKHG

Zudem sehen nachfolgende Länder eine Aufnahme der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren erst durch eigenständigen Beschluss der jeweils zuständigen Behörde vor („verlängerte“ Opt-out-Regelung):

Bundesland	Rechtsgrundlage
Berlin	§ 6 Abs. 3 LKG (Bestandteil des Krankenhausplans, soweit Senatsverwaltung die Empfehlungen des GBA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aufnimmt.)
Nordrhein-Westfalen	§ 13 Abs. 2 KHGG NRW (Die Empfehlungen des GBA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (...) werden erst nach Maßgabe des Abschnitts II (Abschnitt II Planung - KHGG NRW) Bestandteil des Krankenhausplans.)
Rheinland-Pfalz	§ 6 Abs. 3 LKG (Bestandteil des Krankenhausplans, soweit fachlich zuständige Ministerium die Empfehlungen des GBA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aufnimmt.)
Schleswig-Holstein	§ 8 Abs. 7 LKHG (Die Empfehlungen des GBA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (...) werden erst nach Beschluss des Landesgesundheitsministeriums Bestandteil des Krankenhausplans.)

Ein praktischer Anwendungsfall dieser komplexen Regelungsstruktur bzw. eine diesbezügliche Gerichtsentscheidung ist – auch wegen dieser Öffnungsklausel – auch sieben Jahre nach Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes nicht bekannt geworden.

Hier nicht tabellarisch aufgeführte Bundesländer haben zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung nicht von einer (verlängerten) Opt-out-Regelung Gebrauch gemacht.

3. Gestaltungsspielraum der Länder (insbesondere bei Krankenhausplanung und Organisation)

3.1. Konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit

Grundsätzlich liegt das Gesetzgebungsrecht für den Sachbereich der Krankenhausversorgung bei den Ländern im Rahmen von deren Verpflichtung zur Daseinsvorsorge. Der Bund hat nur ausnahmsweise kraft spezieller, grundgesetzlicher Zuweisung das Gesetzgebungsrecht und zwar nur als konkurrierende Gesetzgebung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG, Art. 72 Abs. 1 GG). Auch in der konkurrierenden Gesetzgebung bleiben die Länder zur Gesetzgebung befugt, soweit der Bund von seinem Gesetzgebungsrecht keinen Gebrauch gemacht hat. Etwas anderes gilt nur dann, wenn der Bund von seinem Gesetzgebungsrecht abschließend Gebrauch gemacht hat, d. h. die Gesetzgebungskompetenz voll ausgeschöpft hat (vgl. Kaltenborn, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2017, § 2, Rn. 3). Das ist bei der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser nicht der Fall. Gerade hinsichtlich der Materie der Krankenhausfinanzierung, Krankenhausplanung und Krankenhausorganisation hat der Bundesgesetzgeber den Ländern weitreichende Ausgestaltungs- und Konkretisierungsspielräume eingeräumt (ebda.) So sind die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nur dann Bestandteil des Krankenhausplans eines Landes, wenn das Land deren Geltung nicht ganz oder teilweise durch landesrechtliche Regelung ausgeschlossen oder eingeschränkt hat (§ 6 Abs. 2 KHG). Hier steht also eine bundesrechtliche Planvorgabe generell unter dem Vorbehalt einer abweichenden Regelung des Landesgesetzgebers. Für die Krankenhausplanung – als Mittel zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser – hat der Bundesgesetzgeber nur geregelt, dass die Länder – orientiert an diesen Zielen über die Planaufnahme der bedarfsgerechten, leistungsfähigen sowie wirtschaftlichen Krankenhäuser in der Ausprägung der Begriffe durch die Rechtsprechung des BVerwGs (s. o.) – bei Überangebot – nach pflichtgemäßen Ermessen zu entscheiden haben (s. o.). Im übrigen wird das „Nähere“ durch Landesrecht bestimmt (§ 6 Abs. 4 KHG). Der Landesgesetzgeber kann hinsichtlich der Materie der Krankenhausversorgung und insbesondere der Krankenhausplanung und Krankenhausorganisation grundsätzlich

im Rahmen der (Bundes-)Gesetze alles regeln, was der Bundesgesetzgeber auf der Grundlage seines Rechts zur konkurrierenden Gesetzgebung nicht geregelt hat. Diese Offenheit des Regelungshaushalts des KHG für die Gesetzgebung der Länder folgt aus der grundgesetzlichen Aufteilung der Regelungszuständigkeiten im Bund-Länder-Verhältnis und wird durch § 6 Abs. 4 KHG klargestellt.

3.2. Landesrechtliche Regelungen

Für die im Kontext dieser Untersuchung insbesondere relevante Materie der Krankenhausplanung und Krankenhausorganisation sind – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – folgende Regelungsgegenstände hervorzuheben:

- Das KHG regelt allein das „ob“ der staatlichen Krankenhausplanung und – in der Ausformung durch die Rechtsprechung des BVerwGs – die Kriterien für die Feststellung der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan. Bundesrechtlich nicht geregelt ist die Art und Weise dieser staatlichen Planung. Krankenhausplanung wird durchgeführt z. B. als Planung von Betten und (Fach-)Abteilungen, als Rahmenplanung auf Hausebene sowie auf der Grundlage von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen. Dieses konkrete „Wie“ staatlicher Krankenhausplanung ist Angelegenheit des Landesgesetzgebers soweit die gewählte Planungsmethode geeignet ist, die Ziele des KHG durch die Planung zu realisieren (vgl. BVerwG, Urt. v. 11.11.2021, 3 C 6/20, GesR 2022, 152-156, Rn. 12, juris). Es obliegt der Ausgestaltung durch Landesrecht, anhand welcher räumlichen, fachlichen und strukturellen Gliederung die Darstellung des Versorgungsbedarfs im Krankenhausplan im Einzelnen vorgenommen wird (ebda.).
- Das KHG regelt auch nicht – bis auf die Planaufnahme durch Feststellungsbescheid – die Ausgestaltung des Verfahrens, in dem ein Land seinen Krankenhausplan aufstellt, umsetzt und fortschreibt. Der Plan kann aus Rahmenvorgaben und regionalen Planungskonzepten bestehen; der Plan kann in der Form einer Bettenplanung auf Haus- oder Abteilungsebene erfolgen, bei der ein Landes- oder Krankenhausplanungsausschuss zu beteiligen ist. Die Gestaltung des Planungsverfahrens ist Angelegenheit der Länder; das Letztentscheidungsrecht muss bei der Planungsbehörde liegen.
- Das KHG regelt für die staatliche Planentscheidung auf Landesebene mit den Begriffen der Bedarfsgerechtigkeit und Leistungsfähigkeit „nur“ die Kriterien für

den Feststellungsbescheid in der Ausprägung der Begrifflichkeit durch die Rechtsprechung des BVerwGs. Die Entscheidung zur Planaufnahme in der jeweiligen spezifischen regionalen Versorgungssituation ist allein von der Landesbehörde zu treffen.

- Das KHG regelt auch keine Gliederung der Krankenhausplanung nach Versorgungsstufen verbunden mit Vorgaben zur Erreichbarkeit der jeweiligen Häuser einer Stufe, damit eine bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt werden kann.
- Das KHG enthält – schließlich – keine Vorgaben zur inneren Organisationsstruktur der Krankenhäuser. Formen der Betriebsleitung, der Patientenbeteiligung oder auch finanzielle Mitarbeiterbeteiligungen sind allein Angelegenheit des Landesgesetzgebers.

3.3. Ausweitung der Regelungen des Bundes?

Hieraus folgt allerdings nicht, dass diese derzeit aufgrund der offenen Regelungsstruktur des KHG von den Ländern wahrgenommenen Regelungszuständigkeiten auch künftig Gesetzgebungskompetenzen der Länder bleiben müssten. Die entscheidende Frage, ob der Bundesgesetzgeber sein Gesetzgebungsrecht aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung auch in einem größeren, weitergehenden Umfang wahrnehmen kann, ist mit dieser Analyse noch nicht beantwortet. Die hier gestellte Frage, ob der Bundesgesetzgeber eine leistungs- und morbiditätsbezogene Krankenhausplanung in Versorgungsstufen ausnahmslos für die Krankenhausplanung aller Länder im KHG vorgeben kann, ist mit dieser Beschreibung nicht entschieden. Diese Frage ist strittig und ihre Beantwortung hängt davon ab, wie Inhalt und Umfang der Gesetzgebungskompetenz des Bundes – vor diesem Hintergrund – durch Auslegung des Grundgesetzes (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG) zu ermitteln sind.

Zunächst soll anhand zweier Länder exemplarisch dargestellt werden, wie unterschiedlich Krankenhausplanung im Rahmen der Vorgaben des KHG durchgeführt werden kann.

4. Beispielhafte Landesgesetze: Krankenhausgestaltungsgesetz NRW

4.1. Zweck, Ziele

Die Rahmenbedingungen für die Krankenhausplanung des Landes Nordrhein-Westfalen sind im Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes NRW geregelt (KHGG-

NRW vom 11.12.2007, zuletzt geändert durch Änderungsgesetz vom 09.03.2021, GV. NRW S. 272). Der Zweck dieses Gesetzes ist die Sicherstellung einer patienten- und bedarfsgerechten, gestuften, wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser (§ 1 Abs. 1 KHGG NRW). Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist eine öffentliche Aufgabe des Landes NRW (§ 1 Abs. 2 KHGG NRW), an der Gemeinden und Gemeindeverbände mitwirken.

Krankenhausträger sind in der Regel freigemeinnützige, kommunale, private Träger und das Land. Findet sich kein anderer geeigneter Träger, sind die Gemeinden und Gemeindeverbände verpflichtet, Krankenhäuser zu betreiben (§ 1 Abs. 3 KHGG NRW).

Das einzelne Krankenhaus ist verpflichtet entsprechend seiner im Planfeststellungsbescheid ausgewiesene Aufgaben alle, die seine Leistungen benötigen, nach Art und Schwere der Erkrankung zu versorgen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 KHGG NRW). Notfallpatienten haben Vorrang (§ 2 Abs. 1 Satz 2 KHGG NRW).

4.2. Krankenhausplan

Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium stellt einen Krankenhausplan gemäß § 6 KHG auf, überprüft ihn regelmäßig und schreibt ihn fort (§ 12 Abs. 1 KHGG NRW). Krankenhausplanung ist – nach einer Definition von Prütting – die Planung der Strukturen der stationären Versorgung in qualitativer und quantitativer Hinsicht (Prütting, MedR 2014, 626, 628). Strukturkriterien setzen dabei nicht die Vorgaben für die Erbringung der therapeutischen Einzelleistung am Patienten (ebda.). Die Abgrenzung von – planerischen – Strukturvorgaben und dem Leistungserbringerrecht der Krankenhäuser ist allerdings fließend und enthält erhebliche Überschneidungen.

Der Krankenhausplan weist demnach aus:

- den Stand und die vorgesehene Entwicklung der
- für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung
- erforderlichen Krankenhäuser (§ 12 Abs. 2 KHGG NRW).

Universitätskliniken sind in den Krankenhausplan eines Landes einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen (§ 12 Abs. 4 KHGG NRW).

4.3. Rahmenvorgaben

Der Krankenhausplan des Landes NRW besteht aus

- Rahmenvorgaben, die die Planungsgrundsätze und die Vorgaben für die notwendig aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität enthalten, sowie aus den
- Regionalen Planungskonzepten (§ 12 Abs. 2 Satz 2 KHGG NRW).

Die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans NRW erfolgt auf der Grundlage von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen (§ 12 Abs. 3 Satz 1 KHGG NRW). Die Leistungsbereiche orientieren sich an der Weiterbildungsordnung der Ärzte der Ärztekammer Nordrhein und Westfalen-Lippe (§ 12 Abs. 3 Satz 3 KHG NRW); die Leistungsgruppen bilden konkrete medizinische Leistungen ab (§ 12 Abs. 3 Satz 4 KHGG-NRW). Den Leistungsgruppen werden qualitative Anforderungen zugeordnet (§ 12 Abs. 3 Satz 10 KHGG NRW). Die Versorgungskapazitäten werden durch quantitative und qualitative Parameter bestimmt (§ 12 Abs. 3 Satz 11 KHG NRW). Dies können auch Planbetten oder Behandlungsplatzzahlen sein (§ 12 Abs. 3 Satz 12 KHGG NRW).

Das zuständige Landesministerium legt auf der Grundlage der Rahmenvorgaben insbesondere die nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen differenzierten Versorgungskapazitäten abschließend fest (§ 14 Abs. 1 Satz 1 KHGG NRW). Die Festlegungen für die Universitätsklinik erfolgen im Einvernehmen mit dem für die Wissenschaft zuständigen Ministerium (§ 14 Abs. 1 Satz 1 KHGG NRW).

Das Ministerium entscheidet außerdem auf der Grundlage der Vorgaben des GBA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Abs. 5 SGB V über die Ausweisung besonderer Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten.

Empfehlungen, die insbesondere zur Neuaufstellung, Fortschreibung und Umsetzung der Rahmenvorgaben erforderlich sind, erarbeitet der Landesausschuss (§ 15 Abs. 3 Satz 1 KHGG NRW). Das Letztentscheidungsrecht im Landesausschuss liegt beim zuständigen Ministerium, das auch den Vorsitz im Landesausschuss innehat (§ 15 Abs. 3 Satz 4, Abs. 2 Satz 1 KHGG NRW).

4.4. Regionale Planungskonzepte

Auf der Grundlage der Rahmenvorgaben des Plans und dieser Festlegungen des Ministeriums erarbeiten die Krankenhausträger und die Krankenkassen für die jeweilige Region ein regionales Planungskonzept (§ 14 Abs. 1 Satz 4 KHGG NRW). Der Krankenhausplan des Landes NRW 2015 wird derzeit fortgeschrieben und auf ein

neues Planungskonzept umgestellt; er enthält 16 Planungsregionen (vgl. F. Anhang, Versorgungsgebiete des Krankenhausplan des Landes NRW 2015).

4.5. Feststellungsbescheid, Versorgungsauftrag

Ein Krankenhaus wird auf der Grundlage des regionalen Planungskonzepts durch Feststellungsbescheid der Planungsbehörde des Landes in den Krankenhausplan aufgenommen; der Feststellungsbescheid bestimmt den konkreten Versorgungsauftrag des Krankenhauses nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen (§ 16 Abs. 1 Nr. 6 KHGG NRW). Die der jeweiligen Leistungsgruppe zugehörigen Leistungen dürfen von einem Krankenhaus nur erbracht werden, wenn diese Leistungen im Feststellungsbescheid dem Krankenhaus zugewiesen wurden (§ 16 Abs. 1 Satz 2 KHGG NRW). Ist im Feststellungsbescheid eine allgemeine Leistungsgruppe zugewiesen worden, darf grundsätzlich das gesamte Leistungsspektrum des betreffenden Gebiets der Weiterbildungsordnung erbracht werden (§ 16 Abs. 1 Satz 3 KHGG NRW). Nur nachrichtlich werden die Planbettenzahl sowie die Behandlungsplatzzahl im Feststellungsbescheid ausgewiesen (§ 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 KHGG NRW).

5. Beispielhafte Landesgesetze: Rheinland-Pfalz

5.1. Zweck, Ziele

Die Rahmenbedingungen für die Krankenhausplanung des Landes Rheinland-Pfalz sind im Landeskrankenhausgesetz des Landes Rheinland-Pfalz geregelt (LKG vom 28.11.1986, zuletzt geändert durch Änderungsgesetz vom 19.11.2018, GVBl. S. 448). Ziel dieses Gesetzes ist es, eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte sowie wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen (§ 1 Abs. 1 LKG). Die Gewährleistung der Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern ist eine öffentliche Aufgabe des Landes, der Landkreise und kreisfreien Städte (Sicherstellungsauftrag), die zur Erfüllung dieser Aufgabe zusammenarbeiten (§ 2 Abs. 1 LKG).

Dabei erfüllt das Land seinen Teil des Sicherstellungsauftrags durch die Aufstellung des Landeskrankenhausplans und des Investitionsprogramms sowie durch die öffentliche Förderung der Krankenhäuser (§ 2 Abs. 2 Satz 1 LKG). Die Landkreise und kreisfreien Städte erfüllen ihre Aufgaben als Pflichtaufgabe der Selbstverwaltung, indem sie die Krankenhäuser errichten und unterhalten, soweit nicht Krankenhäuser

von freigemeinnützigen, privaten oder anderen geeigneten Trägern errichtet und unterhalten werden (§ 2 Abs. 2 Satz 2 LKG).

5.2. Krankenhausplan

Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium (vgl. § 4 Abs. 1 LKG) stellt einen Krankenhausplan gemäß § 6 KHG auf, überprüft ihn regelmäßig und schreibt ihn fort (§§ 7 Abs. 1, 10 LKG).

In den Landeskrankenhausplan werden

- unter Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung
- alle gegenwärtige und zukünftig für die Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser,
- gegliedert nach Versorgungstufen und Versorgungsgebieten aufgenommen (§ 6 Abs. 2 LKG).

Kliniken und sonstige medizinische Betriebseinheiten von Hochschulen werden unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben in Forschung und Lehre in den Landeskrankenhausplan einbezogen (§ 6 Abs. 2 LKG).

Der gegenwärtige und der zukünftige Versorgungsauftrag der einzelnen Krankenhäuser, die Art und Anzahl der Fachrichtungen und die Versorgungsschwerpunkte sowie die Zahl der Krankenhausbetten (Planbetten) und ihre Aufteilung auf die einzelnen Fachrichtungen sind anzugeben (§ 6 Abs. 2 Satz 2 LKG). Das Ministerium kann als fachlich zuständige Behörde weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung machen und im Landeskrankenhausplan festlegen (§ 6 Abs. 4 LKG).

5.3. Verfahrensfragen

Das Ministerium hat bei der Aufstellung der Fortentwicklung des Krankenhausplans diesen im Ausschuss für Krankenhausplanung zu erörtern mit dem Ziel, mit den unmittelbar Beteiligten zu einer einvernehmlichen Regelung zu gelangen (§§ 7 Abs. 1, 8 Abs. 1 LKG). Der Ausschuss für Krankenhausplanung wird von einem Vertreter des zuständigen Ministeriums geleitet (§ 8 Abs. 4 Satz 1 LKG).

Das Ministerium kann als für die Krankenhausplanung zuständige Behörde im Einzelfall Änderungen des Landeskrankenhausplans vornehmen, soweit diese

sachlich geboten sind und der allgemeinen Zielsetzung nicht zuwiderlaufen (§ 10 Abs. 1 LKG).

Der Krankenhausträger kann im Rahmen des im Feststellungsbescheids nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG vorgegebenen Versorgungsauftrags, sowie im Rahmen der Struktur und Größenklassen der Fachrichtungen Änderungen der Planbettenzahl vornehmen (§ 10 Abs. 2 Satz 1 LKG); die Änderungen sind dem Ministerium als zuständiger Behörde vorher anzuzeigen (§ 10 Abs. 2 Satz 2 LKG).

6. Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG für „Leitplanken“ der Krankenhausplanung

6.1. Fragestellung und Formulierungsvorschlag

Der Koalitionsvertrag der Regierungsparteien für die 20. Legislaturperiode kündigt die kurzfristige Einsetzung einer Regierungskommission an, die den Auftrag hat, Empfehlungen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vorzulegen. Insbesondere soll die Regierungskommission „Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demografischen Entwicklung orientierende Krankenhausplanung erarbeiten“ (Rn. 2857-2861, s. o.).

Zu klären ist, ob der Bundesgesetzgeber „Leitplanken“ mit einem derartigen Inhalt auf der Grundlage der Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG i. V. m. Art. 72 Abs. 2 GG regeln kann. Es wird zunächst davon ausgegangen, dass diese „Leitplanken“ nicht nur – unverbindliche – Empfehlungen der Regierungskommission für die Landesgesetzgeber sein sollen, sondern bundesrechtliche Vorgaben im Rahmen des KHG, die die Länder als Träger der Krankenhausplanung zu einer bestimmten Art und Weise der Krankenhausplanung veranlassen sollen. Das ist bisher nicht der Fall. Das KHG regelt allein das „Ob“ der Krankenhausplanung, das „Wie“ der Planung ist in der Kompetenzordnung des Grundgesetzes den Ländern zur eigenverantwortlichen Gestaltung überlassen. Dass die Vorgaben der Länder zu ihrer Krankenhausplanung durchaus unterschiedlich sind, wurde an zwei Beispielen gezeigt.

Eine Regelung im KHG, mit der derartige „Leitplanken“ als Gesetz umgesetzt würden, müsste insbesondere die folgenden Bestandteile enthalten: Die Krankenhausplanung der Länder muss:

- auf Leistungsgruppen und

- auf Versorgungsstufen basierend und
- an der Erreichbarkeit (der Krankenhäuser) sowie
- an der demografischen Entwicklung orientiert, d. h. ausgerichtet sein.

Das Kriterium der „Leistungsgruppe“ wird hier dahingehend verstanden, dass mit „Leistungsgruppen“ konkrete medizinische Leistungen abgebildet werden sollen vergleichbar dem Planungskonzept des KHGG-NRW vom 11.12.2007, zuletzt geändert am 09.03.2021 (GV. NRW S. 272) (s. o.). Unbeschadet seiner Differenzierung zwischen „Leistungsbereichen“ und „Leistungsgruppen“ wie sie das KHGG-NRW kennt (§ 12 Abs. 3 KHGG NRW) geht es im Kern darum, dass Morbiditätskriterien in die Krankenhausplanung zur Konkretisierung der Versorgungsaufträge Eingang finden sollen.

Das Kriterium der „Versorgungsstufen“ wird hier dahingehend verstanden, dass die Plankrankenhäuser in Allgemeinkrankenhäuser, Schwerpunktversorger, Häuser der Maximalversorgung, Universitätsklinika aufgeteilt werden, wie es z. B. auch das Landeskrankenhausgesetz des Landes Rheinland-Pfalz vorgibt (§ 6 Abs. 2 Satz 1 LKG).

Mit dem Kriterium der Erreichbarkeit ist – vergleichbar den Vorgaben des GBA in seinen Richtlinien zur gestuften Notfallversorgung (GBA, Richtlinie vom 19.04.2018, Banz AT 18.05.2018) – die Frage zu beantworten, in welcher Zeit ein Krankenhaus einer bestimmten Versorgungsstufe erreichbar sein muss, damit eine bedarfsnotwendige Krankenhausversorgung im Land gewährleistet ist. Hierbei ist – in einer überalterten und weiter überalternden Gesellschaft die demografische Entwicklung z. B. mit einer Konzentration alter, morbider und pflegebedürftiger Versicherten in strukturschwachen, ländlichen Regionen zu berücksichtigen.

Als Formulierungsvorschlag wird zur Überprüfung der Umsetzbarkeit dieser Vorgabe des Koalitionsvertrages folgende Ergänzung des KHG vorgeschlagen:

[§ 6 KHG]:

„Abs. 1: ¹Die Länder stellen zur Verwirklichung der in § 1 genannten Ziele Krankenhauspläne und Investitionspläne auf. ²Die Krankenhauspläne müssen insbesondere auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basieren; die Pläne sind an der Erreichbarkeit der Krankenhäuser der verschiedenen Versorgungsstufen auszurichten und haben dabei die demografische

Entwicklung zu berücksichtigen. ³Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, sind zu berücksichtigen.“

[optional]

„Abs. 1a: ¹Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu bestimmen zu

- den medizinischen Leistungsgruppen,
- den fünf Versorgungsstufen der Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Universitätsklinika sowie
- die Erreichbarkeit der Krankenhäuser verschiedener Versorgungsstufen unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung.

²§ 17b Abs. 7 Sätze 3 und 4 finden entsprechende Anwendung.“

Wegen der Bedeutung und Reichweite der Regelung für die Krankenhausversorgung der Länder wird zur Konkretisierung der parlamentsgesetzlichen Vorgaben die Form der Rechtsverordnung gewählt. Fraglich und zu überprüfen ist, ob eine derartige bundesrechtliche Regelung mit einer derartigen inhaltlichen Konkretisierung und Strukturierung von Krankenhausplanung von der Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG gedeckt ist.

6.2. Teilausschnitt aus der Sachaufgabe Krankenhausversorgung

Das Gesetzgebungsrecht für die Krankenhausversorgung steht grundsätzlich den Ländern als Aufgabe der Daseinsvorsorge zu (Art. 70 GG). Der Bundesgesetzgeber hat die Gesetzgebungskompetenz nur für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a i. V. m. Art. 72 Abs. 2 GG). Dieser Kompetenztitel wurde eingefügt durch das 22. Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes vom 12.05.1969 (BGBl. I. S. 363) und soll dem Bund nach seiner Entstehungsgeschichte nicht die (volle) Kompetenz für den gesamten Bereich der Krankenhausversorgung einräumen sondern nur für einen Teilausschnitt, die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser (BVerfG, Beschl. v. 7.02.1991, BVerfGE 83, 363-395, Rn. 60, juris; BVerfG, Beschl. v. 12.06.1990, BVerfGE 82, 209-236, Rn. 88, juris).

Für die Krankenhausplanung und Krankenhausorganisation hat der Bund nach der Rechtsprechung des BVerfGs, des BVerwGs sowie des BSGs grundsätzlich keine – umfassende – Gesetzgebungskompetenz (BVerfG, a. a. O.; BVerwG, Beschl. v. 11.06.2021, 3 B 43/19, KRS 2021, 372-378, Rn. 12 m. w. N., juris; BVerwG, Urt. v. 08.09.2016, 3 C 16/15, BVerwGE 156, 124-136, Rn. 28, juris; BSG, Urt. v. 19.06.2018, B 1 KR 32/17 R, BSGE 126, 87-96, Rn. 18 m. w. N., juris). Die Aufstellung von Krankenhausplänen und die Regelung des Planungsverfahrens obliegen – im Hinblick auf den Regionalbezug dieses Regelungsgegenstandes – den Ländern. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG ist bewusst so gefasst worden, dass dem Bund die Befugnis zur Regelung finanzieller Fragen eröffnet ist, nicht aber die Zuständigkeit für die Gesetzgebung im Bereich der Krankenhausorganisation und der Krankenhausplanung (BVerwG, a. a. O., Rn. 28; BSG, a. a. O., Rn. 18). „Gesundheitspolitische Fernziele, die den allgemeinen Standard der Krankenhausversorgung weit übersteigen, können – so sinnvoll sie sein mögen – nicht mit Hilfe zwingender Mindestvorgaben für die Aufnahme in den Krankenhausplan nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz durchgesetzt werden“ (BVerfG, Beschl. v. 12.06.1990, BVerfGE 82, 209-236, Rn. 88, juris – s. o. –).

6.3. Zweckbezogenheit des Kompetenztitels

Inhalt und Reichweite der Gesetzgebungskompetenz des Bundes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser sind aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG allerdings bei weitem nicht so eindeutig bestimmbar wie es die Zitate aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und der der weiteren obersten Bundesgerichte vermuten lassen könnten. Denn dieser Kompetenztitel ist nicht gegenstandsbezogen, sondern zweckbezogen formuliert (vgl. hierzu und zum folgenden: Wollenschläger/Schmidl, GesR 2016, 542, 545; Wollenschläger/Schmidl VSSR 2014, 117, 125). Es geht nicht insgesamt um die „Sicherung der Krankenhausversorgung“ oder nur um die „Krankenhausfinanzierung“ sondern um die „wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser“. Bei einer am Wortlaut der Kompetenznorm orientierten Auslegung liegt das Ergebnis nahe, dass alles, was zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser geeignet ist, den Zweck der Regelungsbefugnis erfüllt und daher vom Umfang des Kompetenztitels umfasst ist. Das können naturgemäß auch Maßnahmen der Krankenhausplanung sein, da in einem staatlich regulierten Versorgungssystem Marktzugangsregelungen auch zur Wirtschaftlichkeit der zum regulierten Markt zugelassenen Krankenhäuser beitragen. Das können naturgemäß auch Maßnahmen

der Krankenhausorganisation sein, da die Vorgabe von effizienten Organisationsstrukturen als Voraussetzung des Zugangs zum staatlich regulierten Markt, die wirtschaftlichen Erfolgsaussichten marktteilnehmender Krankenhäuser erhöhen (vgl. Kaltenborn, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2017, § 2, Rn. 2).

Die Zweckbezogenheit des Kompetenztitels führt daher zu einer sehr weiten Öffnung des Gegenstandsbereiches der Kompetenznorm nahezu hin zu einer Vollkompetenz, was allerdings nach den Materialien des Verfassungsgesetzgebers gerade nicht gewollt war (– s. o. –, Wollenschläger/Schmidl, GesR 2016, 542, 545).

6.4. Einschränkung des Kompetenztitels

a) Abgrenzung: Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts

Ausgangspunkt der Abgrenzung hat die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu sein, nach der Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG dem Bundesgesetzgeber nur einen „Ausschnitt aus der Sachaufgabe Krankenhausversorgung“ zuweist, der „in der Kompetenz zur Regelung der Finanzierung der Krankenhäuser“ besteht (BVerfG, Beschl. v. 07.02.1991, BVerfGE 83, 363-395, Rn. 60, juris). „Die neue Formulierung sollte dem Bund lediglich Spielraum zur Regelung finanzieller Fragen eröffnen, ihm jedoch den Bereich der Krankenhausorganisation und der Krankenhausplanung versperren“ (ebda.). Dabei können „gesundheitspolitische Fernziele, die den allgemeinen Standard der Krankenhausversorgung weit übersteigen“, nicht mit Hilfe von zwingenden Mindestvorgaben der Krankenhausplanung durchgesetzt werden (BVerfG, Beschl. v. 12.06.1990, BVerfGE 82, 209, 236, Rn. 88, juris).

b) Allgemeiner Standard der Krankenhausversorgung, Leistungsfähigkeit

Mit der Frage, was dieser allgemeine Standard der Krankenhausversorgung ist, hat sich das Bundesverfassungsgericht aus Anlass der Ablehnung einer Aufnahme einer Klinik in den Krankenhausplan des Freistaates Bayern befasst. Unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist ein Krankenhaus bereits dann leistungsfähig im Sinne des § 1 KHG, wenn es dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft genügt. Gesundheitspolitische Fernziele, die den allgemeinen Standard der Krankenhausversorgung weit übersteigen, können daher nicht mit Hilfe von Mindestvorgaben der Krankenhausplanung durchgesetzt werden (BVerfG, Beschl. v. 12.06.1990, BVerfGE 82, 209, 236, Rn. 88, juris).

Das entspricht – so das Bundesverfassungsgericht – dem Zweck des Gesetzes. Für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser sind weitergehende Anforderungen an die Leistungsfähigkeit weder geeignet noch erforderlich. Sie würden deshalb dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit widersprechen. Für derartige Regelungen fehle es schon an der Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG. Nicht schon vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls reichen aus, um den Eingriff in die Freiheit der Berufsausübung des Krankenhausbetreibers zu rechtfertigen. Nur Gemeinwohlbelange von hoher Bedeutung wiegen so schwer, dass sie gegenüber dem schutzwürdigen Interesse des Krankenhausträgers an ungehinderter Betätigung den Vorrang verdienen (BVerfG, Beschl. v. 12.06.1990, BVerfGE 82, 209-236, Rn. 81, juris).

c) Rechtsprechung der Verfassungsgerichte der Länder

In den letzten Jahren haben sich mehrere Verfassungsgerichtshöfe der Länder aus Anlass diverser Volksbegehren, mit denen das Ziel einer besseren Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal verfolgt wurde, mit den Kompetenzen des Grundgesetzes befasst, die im Wesentlichen die Krankenhausversorgung betreffen (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG, Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG). Unter anderem ging es in diesen Verfahren darum, ob und inwieweit der Bundesgesetzgeber durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz vom 11.12.2018 (BGBl. I S. 2394) von seiner Gesetzgebungskompetenz Gebrauch gemacht und diese voll ausgeschöpft habe und daher ein an den Landesgesetzgeber gerichtetes Volksbegehren unbegründet sei. Insoweit stellte sich zuerst die Frage, ob die Regelungen des Pflegepersonalstärkungsgesetzes und der auf dieser Grundlage erlassenen Verordnungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen überhaupt auf den Kompetenzgrundlagen des Grundgesetzes vom Bund geregelt werden konnten.

Der Bayrische Verfassungsgerichtshof hat mit Urteil vom 16.07.2019 (MedR 2020, 399, 403 mit Anmerkung von Stollmann) insoweit entschieden, dass „auch grundsätzliche und allgemeine Regelungen des Bundes zur Krankenhausplanung und Krankenhausorganisation auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG gestützt werden [können]“,

- „sofern deren Bezug zur wirtschaftlichen Sicherung naheliegend und offensichtlich ist und

- den Ländern dennoch eigenständige und umfangmäßig erhebliche Ausgestaltungsspielräume bleiben.“ (BayVerfGH, Entsch. v. 16.07.2019, MedR 2020, 399, 403).

Denn das Aufstellen von Qualitätsanforderungen, zu denen auch Regelungen zur Personalbemessung einschließlich zu Personaluntergrenzen gehörten, betreffen in der Regel nicht nur die Krankenhausplanung und Krankenhausorganisation, sondern sie haben aufgrund der damit verbundenen Kosten auch Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser (ebda.). Entschieden hat der BayVerfGH diese Frage allerdings nicht, sondern seine Entscheidung vielmehr auf die Kompetenz für die Sozialversicherung aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG gestützt (a. a. O., S. 404).

Das Hamburgische Verfassungsgericht hat in einem ähnlich gelagerten Verfahren entschieden, dass selbst auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG grundsätzliche und allgemeine Regelungen zur Krankenhausplanung und Krankenhausorganisation gestützt werden können, sofern deren Bezug zur wirtschaftlichen Sicherung naheliegend und offensichtlich ist und den Ländern eigenständige und umfangmäßig erhebliche Ausgestaltungsspielräume verbleiben (HmbVerfG, Urt. v. 07.05.2019, HmbVerfG 4/18, juris).

Der Verfassungsgerichtshof Berlin hat mit Beschluss vom 20.01.2021 (VerfGH Bln, Beschl. v. 20.01.2021, VerfGH 105/20, juris) entschieden, dass eine Zuständigkeit für strukturelle Eingriffe in das Krankenhauswesen oder eine umfassende Bedarfsplanung sich aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG nicht ergibt. Fragen der Krankenhaus- und Personalstruktur, der Einkünfte des Personals und des Liquidationsrechts der Ärzte sind nicht von Nr. 19a umfasst. Dass sie für die wirtschaftliche Situation der Häuser bedeutsam sind, reicht dafür allein nicht aus; würde dies anders beurteilt, würde Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG zu einer Vollkompetenz erstarken, die nach dem Wortlaut gerade nicht gewollt ist (ebda., Rn. 42).

Ähnlich hat schließlich der Staatsgerichtshof Bremen mit Urteil vom 20.02.2020 entschieden (BremStGH, Urt. v. 20.02.2020, St 1/19, BeckRS 2020, 5311). Auch hier werden gleichlautende Ausführungen zu der Kompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG gemacht, letztendlich stützen sich diese Entscheidungen im Ergebnis jedoch auf die Kompetenz für die Materie der Sozialversicherung aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG (ebda., Rn. 64, 65). Insoweit wird im Zusammenhang mit der Untersuchung einer sozialversicherungsrechtlichen Regelung die Frage zu klären sein, in welchem Umfang und mit welcher Reichweite bundesrechtliche Vorgaben, die sich auf Art. 74

Abs. 1 Nr. 12 GG stützen, Auswirkungen auf Krankenhausplanung und Krankenhausorganisation haben können (vgl. BremStGH, a. a. O., Rn. 65; HmbVerfG, a. a. O., Rn. 101, juris; VerfGH Bln, a. a. O., Rn. 44).

6.5. Abwägung

Diese Rechtsprechung der Verfassungs- und Staatsgerichtshöfe einiger Länder deckt sich mit dem was im wohl überwiegenden Teil der Literatur zur Auslegung der Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG vertreten wird (vgl. Wollenschläger/Schmidl, GesR 2016, 542, 546 m. w. N.). Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes umfasst Regelungen zur Krankenhausplanung und Krankenhausorganisation nur dann, sofern deren Bezug zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser naheliegend und offensichtlich ist und den Ländern eigenständige und umfangmäßig erhebliche Ausgestaltungsspielräume bleiben (Wollenschläger/Schmidl, ebda.; BayVerfGH, Urt. v. 16.07.2019, V f 41-IX-19, MedR 2020, 399, 403; HmbVerfG, Urt. v. 07.05.2019 – 4/18, Rn. 101, juris). Selbst dann, wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, ist vor dem Hintergrund der Auswirkungen der Krankenhausplanung und deren Umsetzung durch den Feststellungsbescheid auf die Grundrechtspositionen der Krankenhausträger aus Art. 12 Abs. 1 GG i. V. m. Art. 19 Abs. 3 GG Zurückhaltung, d. h. eine einschränkende Auslegung der Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG geboten. Für die Regelung gesundheitspolitischer oder auch krankenhauspoltischer „Fernziele“ bietet Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG nach der Rechtsprechung des BVerfGs (BVerfG, Beschl. v. 12.06.1990, 1 BvR 355/86, BVerfGE 82, 209-236, Rn. 88, juris) keine Kompetenzgrundlage. Es ist daher bereits kompetenzrechtlich nicht möglich, für bedarfsgerecht und wirtschaftlich arbeitende Krankenhäuser über den krankenhausplanungsrechtlichen Begriff der Leistungsfähigkeit eines Hauses strukturelle Vorgaben für die Planung und deren Umsetzung bundesrechtlich vorzugeben, die über die Anforderungen hinausgehen, die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft an ein Krankenhaus der jeweils betreffenden Art zu stellen sind (BVerwG, Urt. v. 26.02.2020, 3 c 14/18, BVerwGE 168, 1-15, Rn. 22, juris; BVerfG, Beschl. v. 12.06.1990, 1 BvR 355/86, BVerfGE 82, 209-236, Rn. 72, 88, juris). Hinsichtlich der hier zu prüfenden Frage, ob „Leitplanken“ für die Krankenhausplanung i. S. d. Koalitionsvertrages (s. o.) von der Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG gedeckt sind, wird das Abwägungsergebnis damit ziemlich eindeutig.

Die bundesrechtliche Vorgabe einer auf (medizinischen) Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung, die an den Kriterien der Erreichbarkeit und der Demografie ausgerichtet ist, wird die eigenständigen Ausgestaltungsspielräume der Länder bei der Planung umfangmäßig erheblich beeinträchtigen. Das belegt bereits die exemplarisch dargestellte Krankenhausplanung der Länder NRW und Rheinland-Pfalz (s. o.). Der Bezug derartiger Planvorgaben zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser ist weder offensichtlich noch naheliegend und dürfte zumindest hinsichtlich einer auf Leistungsgruppen bezogenen Planung zweifelhaft sein. So ist die bisher praktizierte bettenbezogene Planung auf Abteilungs- oder auf Hausebene zumindest genauso naheliegend wenn nicht sogar viel naheliegender. Schließlich verbietet auch Art. 12 Abs. 1, 19 Abs. 3 GG eine Auslegung des Kompetenztitels, nach der für die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses Anforderungen gestellt werden, die über den Stand der medizinischen Wissenschaft hinausgehen (BVerfG, Beschl. v. 12.06.1990, 1 BvR 355/86, BVerfGE 82, 209.236, juris, Rn. 88). Einen Hinweis darauf, dass allein eine auf Leistungsgruppen bezogene Krankenhausplanung differenziert nach Versorgungsstufen und ausgerichtet an Erreichbarkeit und demografischen Wandel dem medizinischen Stand der Wissenschaft entsprechen würde, gibt es nicht.

6.6. Erforderlichkeit (Art. 72 Abs. 2 GG)

Die Gesetzgebungsbefugnis aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG kann der Bund darüber hinaus nur dann in Anspruch nehmen, wenn die bundesrechtliche Regelung erforderlich ist,

- zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder
- zur Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse (Art. 72 Abs. 2 GG).

Auch diejenigen Autoren, die bei der Auslegung des Umfangs der Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG für eine breitere Anwendung der Kompetenz eintreten, lehnen die Erforderlichkeit derartiger bundesrechtlicher Regelungen überwiegend ab. Auch nach diesen Autoren kommt eine umfassende Normierung der Krankenhausplanung durch den Bundesgesetzgeber nicht in Betracht (Kaltenborn, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2017, § 2, Rn. 4) und zwar selbst dann nicht, wenn dargelegt werden konnte, dass die Regelungen ausnahmslos der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser dienen.

Die Erforderlichkeit der Herstellung gleichwertiger (nicht der gleichen) Lebensverhältnisse im Bundesgebiet setzt voraus, dass die in der bundesstaatlichen Ordnung des Grundgesetzes angelegte Bandbreite unterschiedlicher Lebensverhältnisse ohne eine bundesgesetzliche Regelung überschritten wird (BVerfG, Urt. v. 26.01.2005, BVerfGE 112, 226, 248 f.). Bloß regionale Unterschiedlichkeit der Lebensverhältnisse ist nicht ausreichend. Das ist nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts der Fall, wenn sich die Lebensverhältnisse in den Ländern in erheblicher, das bundesstaatliche Sozialgefüge beeinträchtigender Weise auseinanderentwickelt haben oder sich eine derartige Entwicklung konkret abzeichnet (BVerfG, Urt. v. 24.10.2002, BVerfGE 106, 62, 144 – Altenpflege –; Uhle, in: Maunz/Dürig, GG, Art. 72 GG, 76. EL Dezember 2015, Rn. 132).

Derartige Voraussetzungen sind für die Krankenhausversorgung auch derzeit nicht gegeben. Die Tatsache, dass Krankenhausplanung in den Ländern unterschiedlich gestaltet wird und die Intensität der Planung unterschiedlich ist, führt nicht dazu, dass sich die Lebensverhältnisse in den Ländern in erheblicher, das bundesstaatliche Sozialgefüge beeinträchtigender Weise auseinanderentwickelt haben oder dass eine derartige Entwicklung sich konkret abzeichnet.

Erforderlich ist eine bundesgesetzliche Regelung schließlich nur dann, wenn ohne die Maßnahme das Ziel der Erstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse nicht erreicht werden kann (Uhle, a. a. O., Rn. 166). Die Rechtsprechung fordert zudem, dass der Bund den geringstmöglichen Eingriff in das Gesetzgebungsrecht der Länder wählt (BVerfG, Urt. v. 24.10.2002, BVerfGE 106, 62, 149 – Altenpflege–). So fehlt bereits die Erforderlichkeit einer bundesrechtlichen Regelung, wenn landesrechtliche Regelungen ausreichend sind, um gleichwertige Lebensverhältnisse herzustellen (BVerfG, Beschl. v. 27.01.2010, BVerfGE 125, 141, 154 – Gewerbesteuer-Mindesthebesatz). Ebenso wird durch bundesrechtliche Öffnungsklauseln wie bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (§ 6 Abs. 1a Satz 2 KHG) die Erforderlichkeit der bundesgesetzlichen Regelung in Frage gestellt (BVerfG, Urt. v. 09.06.2004, BVerfGE 111, 10-54, Rn. 100 –Ladenschlussgesetz–).

6.7. Zwischenergebnis zu II./6.

- Der Bund hat im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung mit der Kompetenz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG) nur die Gesetzgebungskompetenz für einen Teilausschnitt der

Krankenhausversorgung. Für die Krankenhausplanung und die Krankenhausorganisation hat der Bund nach der Rechtsprechung des BVerfGs, des BVerwGs und des BSGs keine Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG.

- Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG umfasst Regelungen zur Krankenhausplanung und Krankenhausorganisation nur dann, sofern deren Bezug zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser naheliegend und offensichtlich ist und den Ländern eigenständige und umfangmäßig erhebliche Ausgestaltungsspielräume bleiben.
- Im Hinblick auf die erheblichen Auswirkungen der Krankenhausplanung und deren Umsetzung durch den Feststellungsbescheid auf die Berufsausübungsfreiheit eines Krankenhausträgers (Art. 12 Abs. 1, 19 Abs. 3 GG), die einer Beschränkung der Berufswahl nahekommen, bietet Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG keine gesetzliche Grundlage für die Regelung gesundheits- oder krankenhauspoltischer „Fernziele“, die über den Stand der medizinischen Wissenschaft als Kriterium für die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses weit hinausgehen.
- Eine bundesrechtliche Vorgabe einer auf (medizinischen) Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierenden Krankenhausplanung, die an Kriterien der Erreichbarkeit und Demografie ausgerichtet ist, wird die eigenständigen Ausgestaltungsspielräume der Länder bei der Planung gemessen am status quo der unterschiedlichen Krankenhausplanungen in den Ländern erheblich beeinträchtigen.
- Der Bezug derartiger Planvorgaben zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser ist bei den derzeitigen unterschiedlichen Planungsansätzen weder offensichtlich noch naheliegend.
- Auch nur einen Hinweis darauf, dass allein eine auf medizinischen Leistungsgruppen bezogene Krankenhausplanung, differenziert nach Versorgungsstufen und an Kriterien der Erreichbarkeit und Demografie ausgerichtet, dem Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht, gibt es nicht. Bei der Regelung derartiger bundesrechtlicher Vorgaben für die Krankenhausplanung und Krankenhausorganisation geht es um die Umsetzung

gesundheits- und krankenhauspoltischer „Fernziele“, für die Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG keine Kompetenzgrundlage bietet.

- Eine bundesrechtliche Regelung derartiger Vorgaben für die Krankenhausplanung ist auch nicht erforderlich zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder zur Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse (Art. 72 Abs. 2 GG). Die Tatsache, dass Krankenhausplanung in den Ländern in ihrer Art und Tiefe unterschiedlich gestaltet wird, hat nicht dazu geführt, dass sich die Lebensverhältnisse in den Ländern in erheblicher, das bundesstaatliche Sozialgefüge beeinträchtigender Weise auseinanderentwickelt haben oder dass eine derartige Entwicklung sich konkret abzeichnet. Die bundesrechtliche Regelung ist auch nicht erforderlich weil die unterschiedlichen Krankenhausgesetze der Länder ausreichend sind, um gleichwertige, aber nicht gleiche Lebensverhältnisse im gebotenen Maß herzustellen.

7. Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus der Materie der Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) für „Leitplanken“ für die Krankenhausplanung

7.1. Fragestellung und Formulierungsvorschlag

Die bisherige Untersuchung hat ergeben, dass Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG keine geeignete Kompetenzgrundlage für die „Leitplanken“ zur Konkretisierung der Krankenhausplanung sind. Fraglich ist, ob die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende und sich an der Erreichbarkeit der Krankenhäuser und dem demografischen Wandel orientierende Krankenhausplanung aus der Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Materie der Sozialversicherung abgeleitet werden kann. Der Prüfung dieser Frage wird folgender Formulierungsvorschlag im Leistungserbringerrecht der Krankenhäuser des SGB V zugrunde gelegt.

[§ 136 Abs. 2a SGB V – neu –]

„¹Der gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum ... bundeseinheitliche Vorgaben für die Anerkennung von [Leistungen aus] Versorgungsaufträgen von Plankrankenhäusern i. S. d. § 108 Nr. 2. ²Als Voraussetzung für die Anerkennung des Versorgungsauftrags eines Krankenhauses sind insbesondere zu beschließen

- (Nr. 1) medizinische Leistungsgruppen, auf denen ein Versorgungsauftrag beruhen kann,
- (Nr. 2) Kriterien für die fünf Versorgungsstufen der Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Universitätsklinika, denen regelhaft ein jeweiliger Versorgungsauftrag zugeordnet werden kann, sowie
- (Nr. 3) Kriterien für die Erreichbarkeit von Krankenhäusern bezogen auf den jeweiligen Versorgungsauftrag auch unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung der Versicherten.

³§ 6 Abs. 1a Satz 2 KHG findet Anwendung.“

7.2. Sozialversicherung als verfassungsrechtlicher Gattungsbegriff

Der Bundesgesetzgeber hat das Gesetzgebungsrecht für die Materie der Sozialversicherung im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG). Anders als bei der Kompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG ist für die Kompetenz aus Nr. 12 eine Erforderlichkeitsprüfung gemäß Art. 72 Abs. 2 GG nicht vorgesehen. Der Bundesgesetzgeber hat daher für das Sachgebiet der Sozialversicherung eine sehr weitreichende Gesetzgebungsbefugnis.

Der Begriff der Sozialversicherung in Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG ist nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts als weit gefasster verfassungsrechtlicher Gattungsbegriff zu verstehen. Er umfasst alles, was sich der Sache nach als Sozialversicherung darstellt. „[...] Zur Sozialversicherung gehört jedenfalls die gemeinsame Deckung eines möglichen, in seiner Gesamtheit schätzbaren Bedarfs durch Verteilung auf eine organisierte Vielheit. [...] Außer dem sozialen Bedürfnis nach Ausgleich besonderer Lasten ist die Art und Weise kennzeichnend, wie die Aufgabe organisatorisch bewältigt wird. Träger der Sozialversicherung sind selbstständige Anstalten oder Körperschaften des öffentlichen Rechts, die ihre Mittel durch Beiträge der Beteiligten aufbringen“ (BVerfG, Beschl. v. 08.04.1987, BVerfGE 75, 108-165, Rn. 95, juris – Künstlersozialversicherungsabgabe –; BVerfG, Beschl. v. 13.09.2005, BVerfGE 114, 196-257, Rn. 188; vgl. Zimmermann, Sozialversicherung im Kompetenzgefüge des Grundgesetzes, 2009, S. 84 ff.).

7.3. Leistungserbringerrecht

Zur Krankenversicherung als Sozialversicherung gehört aber nicht nur das Krankenversicherungsrecht in der Gestalt des Mitgliedschafts-, Leistungs-, Beitrags-

und Organisationsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch das gesamte Leistungserbringerrecht einschließlich desjenigen der Krankenhäuser gehört als Ausprägung des Sachleistungsprinzips zum weitgefassten Begriff der Sozialversicherung (BayVerfGH, Urt. v. 16.07.2019, MedR 2020, 399 ff., 403, Rn. 77 mit Anmerkung v. Stollmann; HmbVerfG, Urt. v. 07.05.2019, 4/18, Rn. 76, juris; VerfGH Berlin, Beschl. v. 20.01.2021, VerfGH 105/20, BeckRS 2012, 1218, Rn. 43; BremStGH, Urt. v. 20.02.2020, St 1/19, BeckRS 2020, 5311, Rn. 62; BSG, Urt. v. 18.03.1998, BSGE 82, 55-63, Rn. 19; BVerwG, Urt. v. 09.06.1982, BVerwGE 65, 365, Rn. 25; Maunz, in: Maunz/Dürig, Art. 74 GG, 76. EL Dezember 2015, Rn. 170 ff., 175; Wollenschläger/Schmidl, GesR 2016, 542, 546; Wollenschläger/Schmidl, VSSR 2014, 117, 126; Gutachten zur Zulässigkeit von Strukturvorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung, erstattet im Auftrag der DKG, 2013, S. 15; Axer, VSSR 2010, 183, 195; kritisch zum Arztrechtsvorbehalt: Rixen, VSSR 2007, 213, 217). Das schließt Anforderungen an die Art und Qualität der Leistungserbringung der Krankenhäuser ein (Wollenschläger/Schmidl, GesR 2016, 542, 546).

7.4. Zuordnung nach dem Schwerpunkt der Regelung

Offensichtlich ist, dass sich derartige leistungserbringerrechtliche Vorschriften mit den Materien der Krankenhausplanung und der Krankenhausorganisation überschneiden. Die Sachgebiete der Kompetenzen aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG und Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG bedürfen daher einer Abgrenzung, wenn nicht die Vollkompetenz für die Materie der Sozialversicherung insbesondere mit der Regelungsbefugnis für das Leistungserbringerrecht die Länderkompetenzen, für Krankenhausplanung und Krankenhausorganisation völlig überlagern soll. Die Abgrenzung der verschiedenen Kompetenzbereiche hat nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nach dem Schwerpunkt der jeweiligen Regelung zu erfolgen (BVerfG, Urt. v. 12.03.2008, BVerfGE 121, 30-69, Rn. 80; BVerfG, Beschl. v. 10.03.1998, BVerfGE 97, 332-349, Rn. 57). Liegt der Schwerpunkt der Regelung im Leistungserbringerrecht der gesetzlichen Krankenversicherung, ist die Anknüpfung an Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG gegeben. Einwirkungen auf das den Ländern zustehende Recht der Krankenhausplanung sind unter den genannten Voraussetzungen unvermeidlich und hinzunehmen (VerfGH Bln, Beschl. v. 20.01.2021, VerfGH 105/20, Beck RS 2021, 1218, Rn. 44; BremStGH, Urt. v. 20.02.2020, St 1/19, BeckRS 2020, 5311, Rn. 65; HmbVerfG, Urt. v. 07.05.2019, 4/18, Rn. 101, juris). Der Schwerpunkt der Regelung liegt dann im Bereich der Sozialversicherung, wenn die aufgestellten

sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen für die Leistungserbringung geboten und erforderlich sind (HmbVerfG, ebda.). Sind die Regelungen für die Erbringung der sozialversicherungsrechtlich geregelten Krankenhausleistungen erforderlich und primär darauf gerichtet, ist die Kompetenz der Sozialversicherung gegeben (BremStGH, ebda.). Etwaige damit verbundene Nebeneffekte auf andere Bereiche – auch auf den Bereich der Krankenhausplanung – ändern daran nichts (BremStGH, ebda.; ebenso Wollenschläger/Schmidl, GesR 2016, 542, 546; Wollenschläger/Schmidl VSSR 2014, 117, 127; Gutachten zur Zulässigkeit von Strukturvorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung, erstattet im Auftrag der DKG, 2013, S. 16, 17; Axer, VSSR 2010, 183 ff., 195).

Liegt der Schwerpunkt der Regelung demgegenüber bei der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser oder dem Krankenhausplanungs- und Krankenhausorganisationsrecht der Länder ist die Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG nicht eröffnet. Es handelt sich dann nicht um eine Regelung aus dem Leistungserbringerrecht der Sozialversicherung, sondern aus dem Krankenhausplanungsrecht der Länder, für das der Bund nur ganz ausnahmsweise eine Regelungszuständigkeit aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG hat.

Zur Beantwortung der Frage, was der Schwerpunkt der Regelung ist, kommt es insbesondere darauf an, ob die fragliche Regelung behandlungsbezogen ist oder sich vielmehr auf die Krankenhausstruktur bezieht (vgl. Wollenschläger/Schmidl, GesR 2016, 542, 546; Hasselbach, GesR 2021, 1, 5; Stollmann/Hermanns NZS 2017, 851, 855). Behandlungsbezogene Regelungen wie insbesondere Regelungen der Qualitätssicherung einschließlich der Strukturqualität können dem Leistungserbringerrecht und somit der Materie der Sozialversicherung zugeordnet werden, auch wenn sie wie z. B. Regelungen zu Mindestmengen erhebliche Auswirkungen auf die Krankenhausplanung haben. Strukturbezogene Regelungen, wie insbesondere die Art und Weise der Planung von Krankenhäusern einschließlich der Planung von Versorgungsstufen gehören nicht zur Materie der Sozialversicherung. Der Schwerpunkt derartiger Regelungen liegt in der Zuordnung stationärer Versorgungsaufträge an Krankenhäuser als Umsetzung des Sicherstellungsauftrages des Landes als Planungsträger. Die Art und Weise der regionalen Versorgungsplanung als Umsetzung des Sicherstellungsauftrages im Rahmen der begrifflichen Vorgaben des KHG wie insbesondere der Bedarfsgerechtigkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser einschließlich der Gestaltung des

Planungsverfahrens obliegen allein dem Land. Regelungen, deren Schwerpunkt diese Materie betrifft, gehören nicht zum Leistungserbringerrecht der Sozialversicherung.

Die bundesrechtliche Regelung einer auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierenden Krankenhausplanung die sich an Kriterien der Erreichbarkeit und der Demografie orientiert, hat ihren Schwerpunkt deutlich im Bereich der Strukturvorgaben und kann daher auch nicht auf der Grundlage der Kompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG geregelt werden.

Schließlich sind selbst erforderliche Maßnahmen im Leistungserbringerrecht dann kompetenzrechtlich nicht mehr abgedeckt, wenn sie den Kernbereich des Krankenhausplanungs- und Krankenhausorganisationsrecht betreffen und beeinträchtigen. Auch für erforderlich gehaltene Maßnahmen im Leistungserbringerrecht können das Kompetenzgefüge zwischen Bund und Ländern nicht in Frage stellen (vgl. Rixen VSSR 2007, 213, 217 ff. zum Vorrang des Arztrechts gegenüber dem Sozialversicherungsrecht). Die Vollkompetenz der Sozialversicherung findet demnach da ihre Grenze, wo Regelungen des Leistungserbringerrechts die Krankenhausstruktur und Krankenhausorganisation im Schwerpunkt mitregeln. Denn Krankenhausplanung ist nach Auftrag und Verständnis die Planung der Strukturen des stationären Versorgungssystems in qualitativer und quantitativer Hinsicht. Die Länder – und nicht der Bund – legen den Rahmen fest, in dem die an der Versorgung mitwirkenden Krankenhäuser ihre individuellen Leistungen erbringen (Prütting MedR 2014, 626, 628).

Für eine einschränkende Auslegung der Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG spricht schließlich auch die Konfliktlage in der diese Kompetenz mit der begrenzten Kompetenz für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser steht (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG). Die Kompetenz aus Nr. 19a kann nur bei Erforderlichkeit einer bundesgesetzlichen Regelung i. S. d. Art. 72 Abs. 2 GG in Anspruch genommen werden (s. o.). Für die Kompetenz für die Materie der Sozialversicherung fehlt eine derartige Begrenzung durch Art. 72 Abs. 2 GG. Durch die Gesetzgebungskompetenz für den Bereich der Sozialversicherung könnte also der Bund weitreichende Regelungen treffen, durch die mit insbesondere leistungserbringerrechtlichen Vorgaben der Bereich der Krankenhausversorgung mitgeregelt wird, obwohl die Voraussetzungen der Erforderlichkeit einer bundesgesetzlichen Regelung nach Art. 72 Abs. 2 GG nicht gegeben sind. Auch um derartige „Umgehungseffekte“ zu vermeiden, ist eine klare und restriktive Abgrenzung der Materie der

Sozialversicherung von der der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser erforderlich (vgl. Becker, in: Becker/Kingreen, 7. Aufl. 2020, SGB V, § 136c Rn. 12; Schimmelpfeng-Schütte MedR 2006, 630, 631; Halbe/Orlowski,, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, Clausen/Schröder-Printzen, 3. Aufl. 2020, § 13, Rn. 17).

8. Gesamtergebnis zu II.

8.1. Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a, Art. 72 Abs. 2 GG

- Der Bund hat im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung mit der Kompetenz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG) nur die Gesetzgebungskompetenz für einen Teilausschnitt der Krankenhausversorgung. Für die Krankenhausplanung und die Krankenhausorganisation hat der Bund nach der Rechtsprechung des BVerfGs, des BVerwGs und des BSGs keine Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG.
- Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG umfasst Regelungen zur Krankenhausplanung und Krankenhausorganisation nur dann, sofern deren Bezug zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser naheliegend und offensichtlich ist und den Ländern eigenständige und umfangmäßig erhebliche Ausgestaltungsspielräume bleiben.
- Im Hinblick auf die erheblichen Auswirkungen der Krankenhausplanung und deren Umsetzung durch den Feststellungsbescheid auf die Berufsausübungsfreiheit eines Krankenhausträgers (Art. 12 Abs. 1, 19 Abs. 3 GG), die einer Beschränkung der Berufswahl nahekommen, bietet Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG keine gesetzliche Grundlage für die Regelung gesundheits- oder krankenhauspoltischer „Fernziele“, die über den Stand der medizinischen Wissenschaft als Kriterium für die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses weit hinausgehen.
- Eine bundesrechtliche Vorgabe einer auf (medizinischen) Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierenden Krankenhausplanung, die an Kriterien der Erreichbarkeit und Demografie ausgerichtet ist, wird die eigenständigen Ausgestaltungsspielräume der Länder bei der Planung gemessen am status quo der unterschiedlichen Krankenhausplanungen in den Ländern erheblich beeinträchtigen.

- Der Bezug derartiger Planvorgaben zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser ist bei den derzeitigen unterschiedlichen Planungsansätzen weder offensichtlich noch naheliegend.
- Auch nur einen Hinweis darauf, dass allein eine auf medizinischen Leistungsgruppen bezogene Krankenhausplanung, differenziert nach Versorgungsstufen und an Kriterien der Erreichbarkeit und Demografie ausgerichtet, dem Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht, gibt es nicht. Bei der Regelung derartiger bundesrechtlicher Vorgaben für die Krankenhausplanung und Krankenhausorganisation geht es um die Umsetzung gesundheits- und krankenhauspoltischer „Fernziele“, für die Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG keine Kompetenzgrundlage bietet.
- Eine bundesrechtliche Regelung derartiger Vorgaben für die Krankenhausplanung ist auch nicht erforderlich zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder zur Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse (Art. 72 Abs. 2 GG). Die Tatsache, dass Krankenhausplanung in den Ländern in ihrer Art und Tiefe unterschiedlich gestaltet wird, hat nicht dazu geführt, dass sich die Lebensverhältnisse in den Ländern in erheblicher, das bundesstaatliche Sozialgefüge beeinträchtigender Weise auseinanderentwickelt haben oder dass eine derartige Entwicklung sich konkret abzeichnet. Die bundesrechtliche Regelung ist auch nicht erforderlich weil die unterschiedlichen Krankenhausgesetze der Länder ausreichend sind, um gleichwertige, aber nicht gleiche Lebensverhältnisse im gebotenen Maß herzustellen.

8.2. Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG

- Der Begriff der Sozialversicherung in Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG ist nach der Rechtsprechung des BVerfGs ein weitgefasster verfassungsrechtlicher Gattungsbegriff, der alles umfasst, was sich der Sache nach als Sozialversicherung darstellt. Dazu gehört auch das Leistungserbringerrecht einschließlich desjenigen der Krankenhäuser als Ausprägung des Sachleistungsprinzips.
- Die Sachgebiete der Kompetenzen aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG und Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG überschneiden sich erheblich und bedürfen daher der Abgrenzung. Die Abgrenzung hat nach der Rechtsprechung des BVerfGs nach

dem Schwerpunkt der Regelung zu erfolgen. Der Schwerpunkt der Regelung liegt dann im Bereich der Sozialversicherung, wenn die aufgestellten sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen für die Leistungserbringung geboten und erforderlich sind. Etwaige damit verbundene Nebeneffekte – auch auf den Bereich der Krankenhausplanung – ändern daran nichts.

- Zur Beantwortung der Frage, was der Schwerpunkt einer Regelung ist, kommt es darauf an, ob die fragliche Regelung behandlungsbezogen ist oder sich vielmehr auf die Krankenhausstruktur bezieht. Strukturbezogene Regelungen, wie insbesondere die Art und Weise der Planung von Krankenhäusern einschließlich der Planung von Versorgungsstufen gehören nicht zur Materie der Sozialversicherung. Der Schwerpunkt derartiger Regelungen liegt in der Zuordnung stationärer Versorgungsaufträge als Umsetzung des Sicherstellungsauftrages des Landes als Planungsträger.
- Selbst für erforderlich gehaltene Maßnahmen im Leistungserbringerrecht sind dann kompetenzrechtlich nicht mehr abgedeckt, wenn sie den Kernbereich des Krankenhausplanungs- und Krankenhausorganisationsrecht betreffen. Auch für erforderlich gehaltene Maßnahmen im Leistungserbringerrecht können das Kompetenzgefüge des Grundgesetzes nicht in Frage stellen. Die Vollkompetenz für die Materie der Sozialversicherung findet da ihre Grenze, wo Regelungen des Leistungserbringerrechts die Krankenhausplanung und Krankenhausstruktur – im Schwerpunkt – mitregeln.
- Für eine derartige einschränkende Auslegung der Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG spricht schließlich die Konfliktlage, in der sich diese Kompetenz zur Kompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG befindet. Nur so kann eine Umgehung der Erforderlichkeitsklausel aus Art. 72 Abs. 2 GG vermieden werden.
- Die bundesrechtliche Regelung einer auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierenden Krankenhausplanung, die an den Kriterien der Erreichbarkeit und Demografie ausgerichtet ist, hat ihren Schwerpunkt deutlich im Bereich krankenhauserplanerischer Strukturvorgaben und kann daher nicht auf der Grundlage der Kompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG geregelt werden.
- „Leitplanken“ eines derartigen Inhalts können daher nur als unverbindliche Empfehlungen von der Regierungskommission vereinbart werden. Sollte eine

stringente bundesrechtliche Vorgabe für den Strukturwandel in der Krankenhausversorgung für erforderlich gehalten werden, bietet sich eine Änderung des Grundgesetzes an, mit der die Bundeskompetenz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser um die hier relevanten Aspekte der Krankenhausplanung erweitert wird, um so zugleich die völlig konturlose Bundeskompetenz für die Materie der Sozialversicherung einzugrenzen (vgl. Wollenschläger/Schmidl, VSSR 2014, 117, 140).

III. Vorhaltepauschalen

1. Fragestellung

Die Regierungskommission hat die Aufgabe aus dem Koalitionsvertrag, Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vorzulegen, die das bisherige System der Finanzierung der Betriebskosten um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Universitätsklinik) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt (Rn. 2861-2864). Bisher ist dargelegt worden, dass gesetzliche Vorgaben zu einer bundesweit verbindlichen, auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierenden und an den Kriterien der Erreichbarkeit und des demografischen Wandels orientierten Krankenhausplanung bereits aus kompetenzrechtlichen Gründen – ohne eine Änderung des Grundgesetzes – nicht zu verwirklichen sind. Abschließend bleibt noch zu klären, ob zumindest die Vorhaltepauschalen kompetenzrechtlich sowie unter Legitimationsgesichtspunkten realisiert werden können.

2. Stellungnahmen

2.1. Bundesrat

Der Bundesrat hat am 17.12.2021 eine EntschlieÙung gefasst, in der er diese Vorgaben unterstützt. Der Bundesrat fordert die Bundesregierung insbesondere auf, das geltende DRG-System weiterzuentwickeln, um die unterschiedlichen Kostenstrukturen abzubilden, denen die einzelnen Krankenhäuser zum Beispiel als Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorger, Universitätsklinik unterliegen. Nur so können – so der Bundesrat – die unterschiedlichen Vorhaltekosten in den einzelnen Einrichtungen gerecht finanziert werden. Dabei ist ein System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen zu entwickeln (BR-Drs. 804/21, Beschluss Nr. 2 der EntschlieÙung). Die Differenzierung „nach Versorgungsstufen sollte im DRG-System durch zum Beispiel Multiplikation auf das Relativgewicht vorgenommen werden.“ (BR-

Drs. 804/21, Begründung zu Nr. 2 der EntschlieÙung). Dabei müsse die Definition der Versorgungsstufen nach Auffassung des Bundesrates bundeseinheitlich erfolgen, damit eine Anpassung bei der Betriebskostenfinanzierung erfolgen kann. Neben der Betrachtung der Größe des Krankenhauses anhand der Zahl der Betten, sollte auch eine Berücksichtigung der Anzahl der Fachabteilungen erfolgen, da das Kostenniveau maßgeblich von der Anzahl der Fachabteilungen beeinflusst werde (ebda.).

2.2. Sachverständigenrat

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat sich in seinem Jahresgutachten 2018 mit der bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung befasst. Im 8. Kapitel des Gutachtens wird u. a. der Reformbedarf bei der Betriebskostenfinanzierung analysiert (8.3., S. 243 ff., Rn. 358 ff.).

Durch die aktuelle Berechnungsweise der DRGs auf der Grundlage des sog. Einhausansatzes könne – so der Rat – das gesamte Leistungsspektrum der Versorgungsstufen nicht adäquat abgebildet werden (Nr. 364, S. 247). Die Vergütung der Betriebskosten werde, trotz der inzwischen hohen Ausdifferenzierung des Systems, nicht als angemessen für die unterschiedlichen Versorgungsstufen wahrgenommen. Naheliegend sei es, dass der Grund für die wahrgenommene Unangemessenheit der Vergütung in den strukturellen Unterschieden der Kosten zwischen verschiedenen Versorgungsstufen liege, die durch den Einhausansatz nicht abgebildet werden (a. a. O., S. 247, Rn. 365).

Deshalb wird vom Rat grundsätzlich eine explizite Unterscheidung nach Versorgungsstufen im DRG-System empfohlen, z. B. durch Multiplikatoren auf die Relativgewichte wie in Österreich oder der Schweiz (a. a. O., S. 248, Rn. 366). Die derzeitige heterogene Definition von Versorgungsstufen sei hierfür nicht geeignet. Vielmehr sollte eine neue Definition von Versorgungsstufen – ggf. auf Fachabteilungsebene – erfolgen (ebda.). Zur Ermittlung der Kostenunterschiede zwischen den Krankenhäusern verschiedener Versorgungsstufen hält der Rat „qualitativ hochwertige wissenschaftliche empirische Untersuchungen [...] für notwendig“ (ebda.).

Davon unabhängig hält der Rat eine Erhöhung des Anteils pauschaler Vergütungselemente durch gezielte Berücksichtigung der Besonderheiten in der Versorgungslandschaft, [...], für sinnvoll (a. a. O., S. 249, Rn. 369). Kosten, die in

keinem direkten Zusammenhang mit der Fallzahl stehen, sollten aus der fallleistungsorientierten Vergütung gelöst und pauschal vergütet werden (a. a. O., S. 249, Rn. 249). Pauschalvergütung sollte also dort stattfinden, wo Kosten keinen direkten Bezug zur stationären Fallmenge haben, beispielsweise bei Vorhaltekosten für die Notfallversorgung, für Quarantäneeinheiten sowie Verbrennungs- und Traumazentren (a. a. O., S. 249, Rn. 371).

Der Rat empfiehlt, „den pauschalen Vergütungskomponenten außerhalb der DRGs – einen höheren Anteil an der Krankenhausvergütung einzuräumen“ (a. a. O., S. 772, Empfehlung: i).

3. Gesetzgebungskompetenz

Der Bundesgesetzgeber hat aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a, 72 Abs. 2 GG neben der Gesetzgebungskompetenz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser auch die Kompetenz zur Regelung der Krankenhauspflegesätze. Diese Gesetzgebungskompetenz umfasst nach der Rechtsprechung des BVerfGs und des BVerwGs die Finanzhilfen und die Entgelte für teilstationäre und stationäre Krankenbehandlung (BVerfG, Beschl. v. 13.09.2005, 2 BvF 2/03, BVerfGE 114, 196-257, Rn. 151, juris). Die konkurrierende Gesetzgebung auf dem Gebiet der Krankenhäuser und der Regelung der Krankenhauspflegesätze erstreckt sich jedenfalls auf die Einnahmen, die die Ausgaben für eine leistungsfähige Krankenhausversorgung ausgleichen sollen und schließt die Befugnis ein zu bestimmen, wer in welcher Höhe Zahlungen zu erbringen hat, um diese Kosten zu decken (BVerwG, Urt. v. 16.11.2000, 2 C 35/99, BVerwGE 112, 170-179, Rn. 29, juris; BVerwG, Urt. v. 27.02.2008, 2 C 27/06, BVerwGE 130, 252-262, Rn. 14, juris). Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23.04.2002, BGBl. I S. 1412, zuletzt geändert durch Gesetz vom 11.07.2021 (BGBl. I S. 2754) und das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10.04.1991 (BGBl. I. S. 886) sind auf dieser Kompetenzgrundlage erlassen.

4. Formulierungsvorschläge

Zur Regelung von Vorhaltepauschalen, gestaffelt nach der Versorgungsstufe des jeweiligen Krankenhauses, kommen verschiedene Regelungsansätze in Betracht. Fraglich ist hier allerdings nicht nur, ob eine krankenhaushausfinanzierungsrechtliche oder eine leistungserbringerrechtliche Regelung gewählt wird. Im Mittelpunkt der Diskussion steht vielmehr die Frage, ob eine Selbstverwaltungslösung über den GBA

für diesen Regelungsbedarf gangbar ist oder ob nicht vielmehr wegen der grundsätzlichen Bedeutung der zu regelnden Struktur allein der Parlamentsgesetzgeber sowie der Ordnungsgeber zur Vorgabe eines Systems bundeseinheitlicher Versorgungsstufen mit Vorhaltepauschalen berufen ist.

- Verordnungslösung:

[§ 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 5 KHG – neu –; Anpassungsbedarf § 5, Abs. 3a KHEntgG – neu – sowie § 11 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG – neu –]

„Das BMG wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates (erstmalig bis zum ...)

[...] Nr. 5 Vorschriften für bundeseinheitliche insbesondere an Kostenunterschieden orientierte Versorgungsstufen der Krankenhäuser zu erlassen einschließlich der Kriterien, auf deren Grundlage die Vertragspartner nach § 11 KHEntgG Vorhaltepauschalen für ihre jeweilige Versorgungsstufe vereinbaren. Für die Bestimmung der Versorgungsstufe sind insbesondere maßgeblich

- die Anzahl der Betten bzw. Behandlungsplätze der Häuser sowie
- die Anzahl der Fachabteilungen der Häuser.

Für die Bestimmung der Kriterien, anhand deren auf der jeweiligen Versorgungsstufe die Vorhaltepauschale zu vereinbaren ist, sind insbesondere maßgeblich

- die mindestens erforderliche personelle und sachliche Ausstattung sowie
- die Erreichbarkeit des Versorgungsangebotes für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung.

[Hinweis: Das InEK ist über § 17b Abs. 7 Satz 3 KHG eingebunden; Sachverständige können über § 17b Abs. 7 Satz 4 KHG hinzugezogen werden.]

- Selbstverwaltungslösung durch den GBA:

[§ 136 Abs. 2a SGB V – neu – und entgeltrechtliche Anpassungen]

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmalig bis zum ... bundeseinheitliche Vorgaben für Vorhaltepauschalen der Krankenhäuser gestaffelt nach den Versorgungsstufen der Krankenhäuser. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt insbesondere

- die Versorgungsstufen der Häuser einschließlich des in der jeweiligen Stufe vorzuhaltenden Versorgungsangebots,
- bezogen auf die fünf Versorgungsstufen der Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Universitätsklinik die für das jeweilige Versorgungsangebot der Stufe mindestens erforderliche personelle und sachliche Ausstattung sowie
- Kriterien für die Ableitung der Vorhaltepauschalen für die jeweilige Versorgungsstufe und ihr Versorgungsangebot.

5. Kompetenzfragen

Kompetenzrechtlich stellen sich hinsichtlich der hier diskutierten Regelung eines bundeseinheitlichen Systems von Versorgungsstufen der Krankenhäuser in Kombination mit Vorhaltepauschalen die gleichen Fragen, wie sie zuvor zu den Fragen des Krankenhausplanungsrechts erörtert worden sind.

Die Entwicklung eines Systems von Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Universitätsklinik) auf der Grundlage einer Rechtsverordnung des BMG hat zwar deutliche Auswirkungen auch auf die Krankenhausplanung der Länder. Der Zweck des Systems der Versorgungsstufen ist jedoch die Regelung von Vorhaltepauschalen und damit ein Zweck der Krankenhausfinanzierung. Dies umso mehr, wenn – perspektivisch – dem Vorschlag des Sachverständigenrates gefolgt werden sollte und das DRG-System vom Einhaus-Ansatz abgelöst wird und eine Differenzierung der DRGs nach Versorgungsstufen eingeführt werden sollte. Zweck der Regelung sind keine Fragen der Krankenhausplanung sowie der Krankenhausorganisation. Der Schwerpunkt der dargestellten Regelung liegt damit im Finanzierungsrecht der Krankenhäuser. Sofern durch diese Regelung Fragen der Krankenhausplanung miterfasst werden, ist das unbeachtlich, da der Bezug der Regelung zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser naheliegend und offensichtlich ist und den Ländern eigenständige und umfangmäßig erhebliche Ausgestaltungsspielräume bleiben (Wollenschläger/Schmidl, GesR 2016, 542, 546; BayVerfGH, Urt. v. 16.07.2019, Vf. 41-IX-19, MedR 2020, 399, 403; HmbVerfG, Urt. v. 07.05.2019, HmbVerfG 4/18, Rn. 101, juris). Die dargestellte Verordnungslösung ist über Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG kompetenzrechtlich gedeckt.

Die krankenhausesfinanzierungsrechtliche Regelung ist auch erforderlich zur Wahrnehmung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse

(Art. 72 Abs. 2 GG). Eine unterschiedliche rechtliche Regelung von Versorgungsstufen auf Landesebene ist als Grundlage für die Weiterentwicklung des bundeseinheitlichen Systems der Betriebskostenfinanzierung nicht geeignet, worauf der Sachverständigenrat in seinem Gutachten zutreffend hinweist (Sachverständigenrat, Ratsgutachten 2018, S. 248, Rn. 366). Die bundeseinheitliche Regelung dieses Tatbestandes des Rechts der Betriebskostenfinanzierung ist daher erforderlich zur Wahrung von Rechts- und Wirtschaftseinheit (vgl. die Nachweise aus der Rechtsprechung des BVerfGs zum Recht der Krankenversicherung ohne Differenzierung zwischen Rechts- oder Wirtschaftseinheit bei Uhle, in: Maunz/Dürig, GG, 76. EL Dezember 2015, Art. 72 GG, Rn. 147).

Eine Regelung von Versorgungsstufen der Krankenhäuser durch Richtlinien des GBA als Grundlage von Vorhaltepauschalen im Krankenhausentgeltrecht (leistungserbringerrechtliche Lösung, § 135 Abs. 2a SGB V – neu –) kann demgegenüber nicht auf die Kompetenz des Bundes zur Gesetzgebung im Bereich der Materie der Sozialversicherung gestützt werden (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG). Verschiedene kompetenzrechtliche Grundlagen sind nach dem Schwerpunkt der Regelung abzugrenzen (BVerfG, Urt. v. 12.03.2008, BVerfGE 121, 30-69, Rn. 80; BVerfG, Beschl. v. 10.03.1998, BVerfGE 97, 332-349, Rn. 57). Der Schwerpunkt der Regelung, die Bestimmung der Versorgungsstufen sowie der Kriterien für die Vorhaltepauschalen liegt im Recht der Krankenhausfinanzierung und ist durch die Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG getragen. Die Regelung der Versorgungsstufen der Krankenhäuser und der auf diesen Stufen beruhenden entgeltrechtlichen Regelungen ist keine Regelung, die – behandlungsbezogen – die Anforderungen an die Leistungserbringung regelt, sondern eine solche, die allein entgeltrechtliche Tatbestände betrifft und sich nach den Vorgaben des Krankenhausfinanzierungs- und Krankenhausentgeltrechts zu richten hat. Für ein derartiges Verständnis spricht schließlich auch die im Bereich von Art. 74 Nr. 19a GG anzuwendende Erforderlichkeitsklausel (Art. 72 Abs. 2 GG), die ansonsten unschwer über Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG umgangen werden könnte.

6. Legitimation

Losgelöst von der Frage nach der zu wählenden Gesetzgebungskompetenz für die hier interessierende Regelung stellt sich ganz grundsätzlich die Frage nach der Legitimation des GBA zur rechtlich verbindlichen Regelung von Versorgungsstufen

einschließlich deren inhaltlichen Kriterien als Grundlage für Vorhaltepauschalen im Krankenhausentgeltgesetz.

Das DRG-System ist als durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschaliertes Vergütungssystem gesetzlich vorgegeben (§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG), soweit nicht § 17b Abs. 4 KHG mit den Regelungen des Pflegebudgets eine Ausnahme enthält. Mit der Bestimmung der Versorgungsstufen durch Richtlinien des GBA (§ 136a Abs. 2a SGB V – neu –) als Grundlage von Vorhaltepauschalen würde eine weitere Ausnahme zu der gesetzlichen Vorgabe mit weitreichenden entgeltrechtlichen Konsequenzen hinzukommen.

Die Regelung der Versorgungsstufen in den Richtlinien des GBA entfaltet unmittelbar regelnde Wirkung gegenüber den Krankenhäusern und den Universitätsklinika, da durch die Regelung der Versorgungsstufen – quasi – die Kategorie gegenüber den Krankenhäusern festgelegt wird, innerhalb der das jeweilige Krankenhaus auf seiner Versorgungsstufe die Vorhaltepauschale vereinbart. Die Festlegung der Versorgungsstufe in den Richtlinien des GBA ist gegenüber den Krankenhäusern als Mitgliedern der Trägerorganisation DKG sowie kraft Gesetzes unmittelbar verbindlich (§ 91 Abs. 6 SGB V). Dabei wird hier davon ausgegangen, dass die Regularien der internen Willensbildung der DKG als Körperschaft des privaten Rechts den verfassungsrechtlichen Voraussetzungen für die Legitimation derartiger Rechtssetzungsakte gegenüber den einzelnen Krankenhäusern genügt.

Grundsätzlich ist der GBA nach der Rechtsprechung des BVerfGs auf der Grundlage einer ausreichenden gesetzlichen Ermächtigung auch zu verbindlichem Handeln mit Entscheidungscharakter ermächtigt. Das gilt für Mitglieder und – in begrenztem Umfang – auch für ein Handeln gegenüber Dritten als Nichtmitgliedern (BVerfG, Beschl. v. 05.12.2002, 2 BvL 5/98, BVerfGE 107, 59-103, Rn. 148, juris – Lippeverband –). „Verbindliches Handeln mit Entscheidungscharakter ist den Organen von Trägern der funktionalen Selbstverwaltung aus verfassungsrechtlicher Sicht aber nur gestattet, weil und soweit das Volk auch insoweit sein Selbstbestimmungsrecht wahrt, indem es maßgeblichen Einfluss auf dieses Handeln behält. Das erfordert, dass die Aufgaben und Handlungsbefugnisse der Organe in einem von der Volksvertretung beschlossenen Gesetz ausreichend vorherbestimmt sind und ihre Wahrnehmung der Aufsicht personell demokratisch legitimierter Amtswalter unterliegt“ (ebda.).

Der GBA kann hiernach für eine Richtlinie hinreichend legitimiert sein, „wenn sie zum Beispiel nur an der Regelsetzung Beteiligte, mit geringer Intensität trifft, während“ die

Legitimität „für eine andere seiner Normen fehlen kann, wenn sie zum Beispiel mit hoher Intensität Angelegenheiten Dritter regelt, die an deren Entstehung nicht mitwirken konnten. Maßgeblich ist hierfür insbesondere, inwieweit der Ausschuss für seine zu treffenden Entscheidungen gesetzlich angeleitet ist (BVerfG, Beschl. v. 10.11.2015, 1 BvR 2056/12, BVerfGE 140, 229, Rn. 22, juris).

Festzuhalten bleibt zunächst, dass der GBA zu einer derartigen Beschlussfassung von Richtlinien verfassungsrechtlich nur dann befugt sein kann, wenn die Leistungserbringerstimmen vollständig auf die DKG konzentriert werden (§ 91 Abs. 2a Satz 1 SGB V). „Der Gesetzgeber hat sicherzustellen, dass sich die verbindlich und autonom gesetzten Regelungen mit Eingriffscharakter als Ergebnis eines demokratischen Willensbildungsprozesses im Inneren darstellen“ (BVerfG, Beschl. v. 13.07.2004, 1 BvR 1298/94, BVerfGE 111, 191-225, Rn. 149, juris – Notarkassensatzung –). Der Gesetzgeber muss „institutionelle Vorkehrungen zur Wahrung der Interessen der von ihr erfassten Personen treffen“ (a. a. O., Rn. 148). „Es sind institutionelle Vorkehrungen vorzusehen, damit die Beschlüsse so gefasst werden, dass nicht einzelne Interessen bevorzugt werden“ (a. a. O., Rn. 149).

Die Frage nach der Legitimation des GBA zu verbindlichen, bundesweiten Regelung von Versorgungsstufen einschließlich von deren Inhalten als Grundlage von Vorhaltepauschalen hängt also maßgeblich davon ab, ob der Parlamentsgesetzgeber in der Ermächtigung zum Richtlinienenerlass den GBA zur Regelung ausreichend „gesetzlich angeleitet“ hat (BVerfG, Beschl. v. 10.11.2015, 1 BvR 2065/12, BVerfGE 140, 229, Rn. 22, juris). Dabei dürfte die Stellung der einzelnen Krankenhäuser und Universitätsklinik gegenüber dem GBA legitimationsrechtlich der Stellung eines Dritten angenähert sein. Die Vorgabe von Versorgungsstufen als Bestandteil einer entgeltrechtlichen Regelung hat für die betroffenen Krankenhäuser eine hohe Regelungsintensität, was zur Folge hat, dass die Anforderungen an die Regelungsdichte der gesetzlichen Anleitung erheblich sind. Die zu regelnden Aufgaben müssen „ausreichend vorherbestimmt“ sein (BVerfG, Beschl. v. 05.12.2012, 2 BvL 5/98, BVerfGE 107, 59-103, Rn. 148, juris – Lippeverband –).

Der Gesetzgeber kann zur Anleitung des GBAs als Richtliniengeber Kriterien regeln, durch die die verschiedenen Versorgungsstufen der Krankenhäuser näher bestimmt werden. In Betracht kommt, wie der Bundesrat in der Begründung seiner EntschlieÙung dargelegt hat, die Größe der Krankenhäuser anhand der Zahl der Betten sowie die Anzahl der Fachabteilungen eines Hauses (BR-Drs. 804/21, Nr. 2 der

Entschließung, S. 3). Ebenso sind für die Versorgungsstufen die auf den verschiedenen Stufen (mindestens) für einen Versorgungsauftrag vorzuhaltenden personellen und sachlichen Mittel von Relevanz.

Der Sachverständigenrat vertritt in seinem Jahresgutachten 2018 allerdings die Auffassung, dass „zur Ermittlung der Kostenunterschiede zwischen Krankenhäusern verschiedener Versorgungsstufen qualitativ hochwertige wissenschaftlich, empirische Untersuchungen [...] notwendig sind“ (Sachverständigenrat, Ratsgutachten 2018, S. 248, Rn. 367). Die derzeitigen heterogenen Definitionen von Versorgungsstufen seien hierfür nicht geeignet (a. a. O., Rn. 366).

Die Aufteilung und Zuordnung der unterschiedlichen Krankenhäuser der Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Universitätsklinik auf zu definierende Versorgungsstufen ist also derzeit allenfalls als Ziel bestimmbar, in seiner Ausgestaltung und Abgrenzung einschließlich seiner ökonomischen Auswirkungen auf die Häuser jedoch nicht bekannt. Auch die Eignung der soeben beschriebenen möglichen Kriterien für eine sachgerechte, willkürfreie Differenzierung von Versorgungsstufen ist völlig offen. Die Auswirkungen des hier diskutierten Regelungsauftrages und seiner Umsetzung in der derzeitigen und künftigen Krankenhausversorgung in Deutschland ist derzeit nicht vorhersehbar.

Eine gesetzliche Anleitung des GBA für die Entwicklung und Regelung von Versorgungsstufen ist daher allenfalls als Zielbestimmung, nicht aber als konkreter gesetzlicher Handlungsauftrag regelbar. Die bloße Vorgabe eines Ziels ist auch angesichts der Intensität der Regelung für eine „ausreichende gesetzliche Anleitung“ i. S. d. Rechtsprechung des BVerfGs nicht genügend (BVerfG, Beschl. v. 10.11.2015, 1 BvR 2056/12, BVerfGE 140, 229, Rn. 22, juris). Denn die bloße Vorgabe eines Ziels führt dazu, dass der GBA – letztlich – selbst über die Gestaltung des Ziels in seiner Richtlinie entscheidet, wozu er aber gerade mangels gesetzlicher Anleitung nicht legitimiert ist. Der Parlamentsgesetzgeber würde sich mit der Regelung einer bloßen Zielbestimmung seiner ureigenen Aufgabe entledigen, nämlich der Aufgabe, über das Ziel und dessen Umsetzung in Anbetracht seiner Wirkungen selbst zu entscheiden. Der GBA ist zur Regelung der Versorgungsstufen nicht ausreichend legitimiert.

Daran ändert sich schließlich auch nichts dadurch, dass der GBA als Richtliniengeber der Aufsicht personell demokratisch legitimierter Amtswalter unterliegt. Die vom GBA beschlossenen Richtlinien sind dem BMG vorzulegen, das diese Beschlüsse im Rahmen seiner Rechtsaufsicht innerhalb von zwei Monaten beanstanden kann (§ 94

Abs. 1 Satz 1 SGB V). Diese rechtsaufsichtlichen Befugnisse sind allerdings auf der Grundlage der jüngsten Rechtsprechung des BSG dermaßen reduziert, dass daraus keine hinreichende Legitimation abgeleitet werden kann (vgl. BSG, Beschl. v. 27.01.2021, B 6 A 1/19 R, Rn. 11, juris, zur Aufsicht über das Handeln des Schiedsamtes). Nach dem Grundsatz der maßvollen Ausübung einer Rechtsaufsicht ist – so das BSG – das Handeln eines Aufsichtsunterworfenen erst dann aufsichtsrechtlich relevant, wenn es sich nicht mehr im Bereich des rechtlich Vertretbaren bewegt sondern vielmehr „schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig“ ist (ebda.).

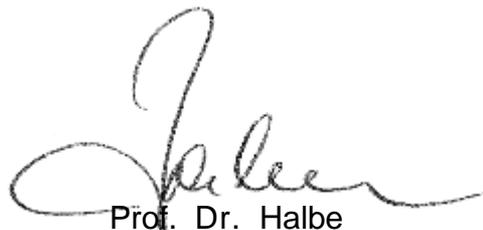
7. Ergebnis zu III.

- Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für Fragen der Krankenhausfinanzierung und des Entgeltrechts ergibt sich aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a i. V. m. Art. 72 Abs. 2 GG. Das gilt auch für die bundesrechtliche Regelung von Vorhaltepauschalen auf der Grundlage von Versorgungsstufen, die durch Rechtsverordnung des BMG ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen wird.
- Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das Leistungserbringerrecht der Krankenhäuser aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG tritt insofern für die Regelung der Versorgungsstufen und Vorhaltepauschalen zurück, da der Schwerpunkt dieser Regelung im Recht der Krankenhausfinanzierung liegt.
- Eine gesetzliche Anleitung des GBA für die Regelung von Versorgungsstufen als Grundlage von Vorhaltepauschalen ist derzeit allenfalls als Zielbestimmung, nicht aber als konkreter gesetzlicher Handlungsauftrag regelbar. Zur Ermittlung der Kostenunterschiede zwischen Krankenhäusern verschiedener Versorgungsstufen sind nach der Expertise des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen „hochwertige, wissenschaftlich empirische Untersuchungen notwendig“. Die bloße Vorgabe eines Ziels ist angesichts der Intensität der Regelung für eine ausreichende gesetzliche Anleitung des GBA im Sinne der Rechtsprechung des BVerfGs nicht genügend.



Dr. Orłowski

Rechtsanwalt



Prof. Dr. Halbe

Rechtsanwalt