



Ausarbeitung

**Zur aktuellen Diskussion über die geplante bundesweite Reform
der Krankenhausvergütung**

**Zur aktuellen Diskussion über die geplante bundesweite Reform
der Krankenhausvergütung**

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 016/23
Abschluss der Arbeit: 27.03.2023
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorbemerkung	4
2.	Gegenwärtige Krankenhausversorgung und -vergütung	6
2.1.	Aufgaben und Arten von Krankenhäusern	6
2.1.1.	Zugelassene Krankenhäuser und Privatkliniken	6
2.1.2.	Krankenhaustypen	8
2.1.3.	Bisherige Versorgungsstufen	8
2.2.	Duales Krankenhausfinanzierungssystem	9
2.2.1.	Finanzierung der Investitionskosten durch die Länder	10
2.2.2.	Finanzierung der Betriebskosten durch Pflegesätze	10
2.3.	Kritik am bisherigen Finanzierungssystem	11
3.	Eckpfeiler der Krankenhausvergütungsreform	13
3.1.	Bundesweite Krankenhausversorgungsstufen (Levels)	14
3.2.	Mindeststrukturvoraussetzungen der einzelnen Level	15
3.3.	Leistungsgruppen	17
3.4.	Vorhaltefinanzierung	18
3.5.	Ausgewählte Reaktionen auf den Reformvorschlag	19
4.	Gesetzgebungskompetenzen im Krankenhausrecht	24
4.1.	Reichweite der Bundeskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG	25
4.1.1.	Wahrnehmung der Planungshoheit durch die Länder	28
4.1.2.	Erforderlichkeit bundesgesetzlicher Regelungen	32
4.2.	Kompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12, 2. Alt. GG zur Regelung von Mindeststrukturvoraussetzungen	34
4.3.	Fazit	36

1. Vorbemerkung

Wenngleich sich das deutsche Gesundheitssystem im europäischen Vergleich auf einem hohen Niveau bewegt,¹ zeichnen sich seit Jahren Probleme in der Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung ab. Aufgrund der schwierigen finanziellen Situation der Krankenhäuser besteht die Gefahr von Einschränkungen in der medizinischen Versorgung bis hin zu Krankenhausschließungen, wodurch insbesondere die Versorgung der Bevölkerung in der Fläche nicht sichergestellt wäre.² Häufig wird kritisiert, dass die stationäre Versorgung vorrangig nach wirtschaftlichen und nicht nach medizinischen Gründen erfolge.³ Die bisherige Finanzierung über Fallpauschalen schaffe Fehlanreize, da Vorhaltekosten für die medizinische Personal- und Infrastruktur nur unzureichend abgebildet seien und Kliniken ihre Kosten vermehrt durch gut bezahlte Leistungen zu decken versuchten.⁴

Mit dem Ziel: „*Weniger Ökonomie, mehr Medizin*“⁵ - bereitet die Bundesregierung aktuell eine umfassende Reform der Krankenhausfinanzierung auf Basis eines Bund-Länder-Pakts vor. Die bereits im Koalitionsvertrag⁶ angekündigte Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung⁷ stellte am 6. Dezember 2022 ihre Empfehlungen für eine auf

-
- 1 Bild der Wissenschaft, Das deutsche Gesundheitssystem im europäischen Vergleich, wissenschaft.de, 7. April 2022, abrufbar unter <https://www.wissenschaft.de/gesundheit-medizin/das-deutsche-gesundheitssystem-im-europaeischen-vergleich/>. Diese und alle weiteren Links wurden zuletzt abgerufen am 24. März 2023.
 - 2 Blum, Karl u. a., Umfrage August 2022: Drängende Problemlagen deutscher Krankenhäuser, Deutsches Krankenhaus Institut (DKI), 24. August 2022, abrufbar unter https://www.dki.de/sites/default/files/2022-09/2022_08_24%20Krankenhaus-Pool_Dr%C3%A4ngende%20Problemlagen.pdf; Stern, Appell der Landkreise: "Gesundheitsversorgung bedroht", 10. März 2023, abrufbar unter <https://www.stern.de/gesellschaft/regional/niedersachsen-bremen/unterstuetzung--appell-der-landkreise--gesundheitsversorgung-bedroht--33271770.html>.
 - 3 Hahn, Anke, Warum vielen Kliniken Geld fehlt, tagesschau.de, 17. Dezember 2021, abrufbar unter <https://www.tagesschau.de/wirtschaft/unternehmen/krankhaeuser-finanzierung-105.html>.
 - 4 Marburger Bund, Landesverband NRW/RLP, Delegierte fordern Abschaffung der Fallpauschalen, 16. November 2022, abrufbar unter <https://www.marburger-bund.de/nrw-rlp/meldungen/delegierte-fordern-abschaffung-der-fallpauschalen>.
 - 5 Deutschlandfunk, Lauterbachs Krankenhausreform, Was sich in Deutschlands Kliniken ändern soll, 13. März 2023, abrufbar unter <https://www.deutschlandfunk.de/krankhaeuser-reform-lauterbach-fallpauschale-100.html#Fallpauschale>.
 - 6 Mehr Fortschritt wagen, Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP), S. 86, abrufbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/koalitionsvertrag-2021-1990800>.
 - 7 Die im Mai 2022 eingerichtete Regierungskommission veröffentlichte bisher vier Empfehlungen, um notwendige Reformen im Krankenhausbereich anzugehen. Zu den Empfehlungen der Regierungskommission siehe Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Stand: 13. Februar 2023, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/regierungskommission-krankenhausversorgung.html>.

Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung vor.⁸ Im Sinne einer nachhaltigen Stabilisierung der Krankenhausversorgung und -vergütung flossen dabei Kriterien wie eine sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung, regionale Erreichbarkeiten und ein durch die demographische Entwicklung bedingter Personalbedarf mit ein. Mit den vorgeschlagenen Reformschritten soll eine bundesweit neue Krankenhausversorgungsstruktur entwickelt werden, welche aber auch Regelungskomplexe berührt, die in Länderentscheidungen hineinragen könnten, sodass eine Umsetzung nur mit Mitwirkung der Länder, insbesondere auch vor dem Hintergrund der grundgesetzlich verankerten Zuständigkeitsverteilung von Bund und Ländern, erfolgen muss. In ihren Reformvorschlägen empfiehlt die Regierungskommission den Bundesländern, ihre Krankenhausplanung mit den vorgeschlagenen neuen Strukturen der Krankenhausversorgung zu harmonisieren und darauf abzustimmen.⁹

Die in der „Bund-Länder-Gruppe für die Krankenhausreform“ zwischenzeitlich diskutierten Reformvorschläge sind die Grundlage, auf der nun bis zur Sommerpause 2023 ein Vorschlag für eine neue Vergütungs- und Planungsstruktur im Rahmen einer „gemeinsamen Gesetzgebung“ von Bund und Ländern erarbeitet werden soll.¹⁰ Aktuell kündigt das Bundesgesundheitsministerium an, bereits bis Ende April einen neuen Vorschlag mit konkreteren Umsetzungsvorgaben vorzulegen, auf deren Grundlage eine **Folgenabschätzung** der Krankenhausreform möglich sein soll.¹¹

Diese Arbeit befasst sich auftragsgemäß mit der **Dritten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung**.¹² Zunächst wird ein Überblick über die Struktur der aktuellen Krankenhauslandschaft und des derzeit geltenden Krankenhausvergütungssystems gegeben. Nachfolgend werden die einzelnen Komponenten der von der Regierungskommission vorgestellten Krankenhausfinanzierungsreform dargestellt. Es werden kritische Reaktionen auf diese Vorschläge aufgezeigt und verfassungsrechtliche Bedenken im Hinblick auf die Gesetzgebungskompetenzen des Bundes und der Länder im Bereich des Krankenhausrechts in den Blick genommen.

-
- 8 BMG, Qualität und Angemessenheit als Kriterien für Krankenhaus-Reform, 6. Dezember 2022, abrufbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/krankenhaus-reform-2150196>; Krankenhausreform: Drei Versorgungsstufen sollen es richten, Deutsches Ärzteblatt, 6. Dezember 2022, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/139402/Krankenhausreform-Drei-Versorgungsstufen-sollen-es-richten>.
 - 9 Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, S. 30, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf.
 - 10 Vgl. BMG, Krankenhausreform - Lauterbach: Es braucht eine neue Vergütungs- und Planungsstruktur, 5. Januar 2023, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausreform.html>.
 - 11 BMG, Krankenhausreform: Bund legt neuen Vorschlag bis Ende April vor, 23. März 2023, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/bund-legt-neuen-vorschlag-bis-ende-april-vor.html>.
 - 12 Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf.

2. Gegenwärtige Krankenhausversorgung und -vergütung

Bei der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland wird zwischen der ambulanten Behandlung, die durch zugelassene Ärztinnen und Ärzte (Haus- und Fachärzte)¹³, medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie ermächtigte Ärztinnen und Ärzte und Einrichtungen¹⁴ erbracht wird, der stationären Versorgung in Krankenhäusern sowie der Rehabilitation, die in Rehabilitationseinrichtungen erfolgt, unterschieden.

Krankenhäuser sind nach der Legaldefinition in § 2 Nr. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)¹⁵ Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird, und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können. Die Anzahl der Krankenhäuser beziffert das Statistische Bundesamt für das Jahr 2021 auf 1.887 mit insgesamt 483.606 aufgestellten Betten mit einer durchschnittlichen Bettenauslastung von 68,2 Prozent (bei einer Fallzahl von 16.742.344).¹⁶

2.1. Aufgaben und Arten von Krankenhäusern

Die Krankenhausversorgung umfasst neben der Notfallbehandlung, die über eine Notaufnahme bzw. Rettungsstelle sichergestellt wird, vollstationäre und teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Behandlungen (diese jeweils ohne Verpflegung und Unterkunft). Daneben können in Krankenhäusern kleinere Eingriffe ambulant durchgeführt bzw. Spezialsprechstunden in Ambulanzen angeboten sowie im Rahmen der Frührehabilitation außerdem rehabilitative Leistungen durchgeführt werden. Unterschieden wird grundsätzlich zwischen zugelassenen Krankenhäusern und Privatkrankenhäusern.

2.1.1. Zugelassene Krankenhäuser und Privatkliniken

Entsprechend § 107 Abs. 1 SGB V sind Krankenhäuser im Sinne des Sozialrechts der Gesetzlichen Krankenversicherung Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe

13 Von den Kassenärztlichen Vereinigungen zugelassene Ärztinnen und Ärzte nehmen an der ärztlichen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten teil und rechnen mit den gesetzlichen Krankenversicherungen ab. Diese Kassenzulassung ist zudem Voraussetzung, um sich als Vertragsarzt in eigener Praxis oder in Anstellung niederzulassen.

14 Neben der ambulanten Versorgung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte kann der Zulassungsausschuss, ein von der örtlichen Kassenärztlichen Vereinigung und von den Krankenkassen besetztes Gremium, Ärztinnen und Ärzte in einem bestimmten Umfang bzw. für einen festgelegten Zeitraum ermächtigen, gesetzlich Versicherte zu behandeln, wenn etwa eine Unterversorgung der Bevölkerung besteht oder droht. Siehe Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Ermächtigte Ärzte, abrufbar unter <https://www.gbe-bund.de/gbe/>.

15 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793).

16 Statistisches Bundesamt, Krankenhäuser, Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung, Stand 26. Oktober 2022, abrufbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html>.

dienen, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten. Diese Einrichtungen sind mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und können die Patienten unterbringen und verpflegen.

§ 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)¹⁷ normiert die **zugelassenen Krankenhäuser** und damit die Krankenhäuser, welche die gesetzlichen Krankenkassen für Krankenhausbehandlungen gesetzlich Krankenversicherter zulassen dürfen. Zugelassene Krankenhäuser sind danach solche, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind, Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.¹⁸ Auf der Grundlage eines Versorgungsvertrages gemäß § 109 Abs. 1 SGB V sind diese Krankenhäuser zur Krankenhausbehandlung gesetzlich Versicherter zugelassen und zugleich verpflichtet (§ 39 SGB V). Die Vergütung für diese Behandlung erfolgt durch die gesetzlichen Krankenkassen über Pflegesätze, die nach Maßgabe des KHG sowie des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)¹⁹ und der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)²⁰ mit dem Krankenhausträger vereinbart wurden.

Privatkliniken sind in der Regel nur für Selbstzahlerinnen und Selbstzahler zugänglich und in ihrer Preisgestaltung weitgehend frei. Entgegen den zugelassenen Krankenhäusern unterliegen sie nicht der Preisbindung durch das KHG. Der Anspruch des Krankenhauses auf die Vergütung für die erbrachte Leistung ergibt sich bei Privatpatienten, die die Behandlung selbst bezahlen, gemäß § 630a Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)²¹ aus dem Behandlungsvertrag.

17 Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 1b des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793).

18 Ein Versorgungsvertrag kann gemäß § 109 Abs. 1 Satz 1 SGB V zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und dem Krankenhausträger geschlossen werden. Näher dazu Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Krankenhausbehandlung als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Leistungsumfang, Qualitätssicherung und Reformbestrebungen im Bereich der Finanzierung, Ausarbeitung vom 7. Juli 2022, WD 9 – 3000 – 031/22.

19 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793).

20 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793).

21 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), zuletzt geändert durch Artikel 24 des Gesetzes vom 22. Februar 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 51).

2.1.2. Krankenhaustypen

Neben der Differenzierung nach zugelassenen Krankenhäusern und Privatkliniken bietet die Krankenhauslandschaft verschiedene Krankenhaustypen mit unterschiedlichem Versorgungsumfang und Tätigkeitsschwerpunkten. **Universitätskliniken** decken in der Regel alle medizinischen Fachrichtungen ab und übernehmen zusätzlich die Aufgaben der Forschung und Lehre, der ärztlichen Weiterbildung sowie der Behandlung schwerer und komplexer Erkrankungen.²² **Allgemeinkliniken** bieten eine umfassende stationäre Versorgung mit unterschiedlicher Anzahl vorgehaltener medizinischer Fachrichtungen, während **Fachkliniken** auf bestimmte Fachgebiete spezialisiert sind. In **Belegkliniken** werden die ärztlichen Leistungen nicht durch angestellte Ärztinnen und Ärzte, sondern durch Belegärzte (niedergelassene Vertragsärzte, für die die Klinik die räumliche, technische und pflegerische Ausstattung stellt) erbracht. **Tages- und Nachtkliniken** sind hingegen auf teilstationäre Behandlungen sowie Betreuung spezialisiert.

2.1.3. Bisherige Versorgungsstufen

Abhängig von der Zahl der Fachabteilungen und der Betten ordnen die Länder die Krankenhäuser verschiedenen Versorgungsstufen zu. Mit dem im Jahr 1981 verabschiedeten Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz (KHKG)²³ sollten die Instrumentarien zur Bedarfsplanung verbessert und eine Änderung in der Investitionsförderung bewirkt werden. Die Krankenhäuser konnten ab diesem Zeitpunkt in den **Krankenhausplänen der Länder** einer der vier Stufen – Grund-, Regel-, Schwerpunkt- oder Zentralversorgung – zugeordnet werden.

Krankenhäuser der **Grundversorgung** gewährleisten eine Versorgung auf den Gebieten der inneren Medizin und der allgemeinen Chirurgie, während Krankenhäuser der **Regelversorgung** darüber hinaus weitere Fachabteilungen, zumeist für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Augenheilkunde oder Orthopädie, betreiben.²⁴ Ein noch breiteres Spektrum bieten Krankenhäuser der **Schwerpunktversorgung**, mit zumeist Fachabteilungen für Pädiatrie (Kinderheilkunde) und Neurologie, und Krankenhäuser der **Maximalversorgung** wie Universitätskliniken, die in der Regel das gesamte Leistungsspektrum anbieten und auch besonders seltene oder schwere Erkrankungen behandeln.

Eine Vergleichbarkeit ist dennoch kaum gegeben, da die Krankenhäuser im Hinblick auf vorgehaltene Fachabteilungen und Leistungsmöglichkeiten sehr differenziert ausgestaltet sind und le-

22 Vgl. BMG, Ratgeber Krankenhaus, Was Sie zum Thema Krankenhaus wissen sollten, 3. aktualisierte Auflage: Stand Juni 2019, S. 17, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Datien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Ratgeber_Krankenhaus_0619.pdf.

23 Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz (KHKG) vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568).

24 Siehe hierzu BMG, Ratgeber Krankenhaus, Was Sie zum Thema Krankenhaus wissen sollten, 3. aktualisierte Auflage: Stand Juni 2019, S. 17, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Datien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Ratgeber_Krankenhaus_0619.pdf.

diglich teilweise bundeseinheitliche Vorgaben an Mindestanforderungen für einzelne Fachabteilungen bestehen.²⁵ Durch das Fehlen einer einheitlichen Definition der Versorgungsstufen wie etwa für eine Grund- oder Regelversorgung, sowie der tatsächlich auf Fachabteilungs- und Leistungsebene sehr differenzierten Ausgestaltung sind die Krankenhausstrukturen in den einzelnen Bundesländern sehr verschieden. So teilen einige Bundesländer in ihren Landeskrankenhausgesetzen die nach § 108 SGB V für die Krankenhausbehandlung zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser in drei, andere in vier Kategorien ein, die sich zudem terminologisch unterscheiden.²⁶

2.2. Duales Krankenhausfinanzierungssystem

Gemäß § 1 KHG sind die **Länder verpflichtet, die wirtschaftliche Sicherung ihrer Krankenhäuser zu gewährleisten**, damit die Bevölkerung in leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern bedarfsgerecht versorgt werden kann. Diese wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser erfolgt nach § 4 KHG dadurch, dass einerseits die Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und andererseits die Krankenhäuser die leistungsgerechten Erlöse aus den Pflegesätzen sowie die Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlungen und für ambulantes Operieren erhalten. Dementsprechend liegt der Finanzierung von Krankenhäusern in Deutschland ein duales Finanzierungssystem zugrunde, bei dem zwischen Betriebskosten zum einen und Investitionskosten zum anderen unterschieden wird.²⁷

Zur Verwirklichung der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser stellen die Länder gemäß § 6 Abs. 1 KHG neben Investitionsprogrammen **Krankenhauspläne** auf und legen damit Standorte, Fachabteilungen sowie Bettenzahlen und Versorgungsstufen fest. Der Krankenhausplan ist nach ständiger Rechtsprechung eine verwaltungsinterne Maßnahme, der die in § 1 KHG verankerten Ziele räumlich, fachlich, qualitativ und quantitativ konkretisiert.²⁸ Nach § 6 Abs. 1a KHG sind zwar Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V Bestandteil des Krankenhausplans. Die Einzelheiten der Krankenhausplanung unterliegen jedoch nach § 6 Abs. 4 KHG den landesrechtlichen Regelungen.²⁹ Mit den Krankenhausplänen liegt das zentrale Steuerungselement in der Hand der

25 Beispielsweise müssen alle Notfallkrankenhäuser Mindestanforderungen für eine Basisnotfallversorgung und alle Notfallzentren Mindestanforderungen für eine umfassende Notfallversorgung erfüllen. Siehe Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung vom 19. April 2018 (BANz AT 18. Mai 2018 B4), zuletzt geändert am 20. November 2020 (BANz AT 24. Dezember 2020 B2), abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2340/Not-Kra-R_2020-11-20_iK-2020-11-01.pdf.

26 Siehe hierzu BMG, Ratgeber Krankenhaus, Was Sie zum Thema Krankenhaus wissen sollten, 3. aktualisierte Auflage: Stand Juni 2019, S. 17, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Ratgeber_Krankenhaus_0619.pdf.

27 Szabados, Tibor, in: Spickhoff, Medizinrecht, 3. Auflage 2018, KHG, § 4, Rn. 1.

28 Stollmann, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Auflage 2017, § 4, Rn. 13.

29 Für eine Festlegung und Ausgestaltung eines Krankenhausplans am Beispiel Land Berlin siehe Wissenschaftliche Dienste, Krankenhausbehandlung als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Leistungsumfang, Qualitätssicherung und Reformbestrebungen im Bereich der Finanzierung, Ausarbeitung vom 7. Juli 2022, WD 9 – 3000 – 031/22.

Länder, da durch die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan beide Finanzierungsquellen eröffnet werden – einerseits die Vergütung der Leistungen durch die gesetzlichen Krankenkassen über Pflegesätze und andererseits die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer öffentlichen Förderung durch die Länder.

2.2.1. Finanzierung der Investitionskosten durch die Länder

Die **Investitionskosten** für Krankenhäuser werden gemäß § 4 Nr. 1 KHG im Wege der öffentlichen Förderung durch die **Länder** übernommen. Als Investitionskosten gelten nach § 2 Nr. 2 KHG die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter, ausgenommen der zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter) sowie die Kosten der Wiederbeschaffung der Güter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens (Anlagegüter). Nicht zu den Investitionskosten gehören die Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung und ihrer Finanzierung sowie die Ausstattungs- und Betriebskosten für die Telematikinfrastruktur.

Einen Anspruch auf Förderung haben die Krankenhäuser gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 KHG, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes und bei Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG in das Investitionsprogramm aufgenommen sind. Für diese Investitionskosten tragen die Länder die Verantwortung, §§ 8-15 KHG. Aktuell bemängelt die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), dass die Bundesländer ihrer Pflicht zur auskömmlichen Finanzierung der Investitionen der Krankenhäuser nicht nachkämen.³⁰ Mit Verweis auf die erhobene jährliche „Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern“³¹ hätten dem für 2021 ermittelten Investitionsbedarf von rund 6,7 Milliarden Euro nur rund 3,3 Milliarden Euro tatsächlich geleistete Zahlungen gegenübergestanden. Eine unzureichende Investitionskostenfinanzierung sei aus Sicht der DKG ein wesentlicher Grund für den „kalten Strukturwandel“ mit zahlreichen wirtschaftlich bedingten Klinikschließungen, dem durch eine kontrollierte Krankenhausplanung begegnet werden müsse.

2.2.2. Finanzierung der Betriebskosten durch Pflegesätze

Die **Betriebskosten** werden von den **gesetzlichen Krankenkassen** über die Erlöse aus den Pflegesätzen getragen (§§ 16-20 KHG). Nach § 16 KHG kann die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Regelungen beispielsweise zu den Pflegesätzen der Krankenhäuser oder zur Abgrenzung der allgemeinen stationären und teilstationären Leistungen des Krankenhauses von anderen Leistungsarten (z. B. von ambulanten Leistungen, Wahlleistungen oder belegärztlichen Leistungen) erlassen. Diese Ermächtigung kann durch Rechtsverordnung auf

30 Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Länder kommen erneut ihrer Pflicht zur Krankenhaus-Finanzierung nicht nach, Pressemitteilung vom 15. Februar 2023, abrufbar unter <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/laender-kommen-erneut-ihrer-pflicht-zur-krankenhaus-finanzierung-nicht-nach/>.

31 DKG, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2022, Stand: Dezember 2022, abrufbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Media-pool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2023/Anlage_PM_DKG_Bestandsaufnahme_KH-Planung_Investitionsfinanzierung.pdf.

die Landesregierungen übertragen werden, welche ihrerseits diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden weiter übertragen können.

Die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen erfolgt über Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG). Das DRG-System ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem, welches im Jahr 2003 auf der Grundlage von § 17b Abs. 1 und 3 KHG eingeführt wurde. Gemäß § 7 KHEntgG erfolgt die Vergütung für alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen in Form von Fallpauschalen sowie darüber hinaus durch Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge sowie weitere besondere Entgelte, u. a. für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.³²

Vergütet wird eine genau definierte Erkrankung und ihre Behandlung. Der Fallpauschalen-Katalog enthält ca. 1.200 verschiedene abrechenbare Fallpauschalen und ist das Kernelement des Vergütungssystems.³³ Seit 2020 werden allerdings die Kosten des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung nicht mehr über die Fallpauschale, sondern über ein flächendeckendes Pflegebudget finanziert.³⁴

Gemäß § 17b Abs. 2 KHG und § 9 Abs. 1 Nrn. 1 bis 3 KHEntgG schließen die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene, d. h. der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, zur Konkretisierung dieses Entgeltsystems jährlich eine Fallpauschalenvereinbarung (FPV) ab. Diese Vereinbarung entfaltet nach § 11 KHEntgG normative Wirkung für die Vertragsparteien, d. h. für die Träger der einzelnen Krankenhäuser und die Kostenträger.³⁵

2.3. Kritik am bisherigen Finanzierungssystem

Der Regierungskommission zufolge führt das Zusammenspiel zwischen dem **bundesrechtlich** geprägten Vergütungssystem und dem **landesrechtlich** konkretisierten Planungsrecht zu erheblichen Abstimmungsproblemen, da die landesrechtlichen Krankenhauspläne häufig nicht mit dem

32 Lungstras, Anne Barbara/Bockholdt, Frank, Einführung in das Krankenhausvergütungsrecht, NZS 2021, S. 1, Rn. 5.

33 InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Fallpauschalen-Katalog 2021, abrufbar unter <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2021/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2021>. Nach dem AOK-Bundesverband weist der Fallpauschalen-Katalog 2021 genau 1.275 Fallpauschalen aus, siehe AOK-Bundesverband, Zahl des Monats, abrufbar unter https://www.aok-bv.de/hintergrund/dossier/krankenhaus/index_24373.html.

34 Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System wurde mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) beschlossen. Vgl. InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Pflegebudget 2020, abrufbar unter <https://www.g-drg.de/pflegebudget-2020>.

35 Die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2023 (Fallpauschalenvereinbarung 2023 – FPV 2023) vom 29. September 2022 ist abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/drg/drg_2023/FPV_2023_29.09.2022.pdf.

zur Vergütung der Betriebskosten zur Verfügung stehenden DRG-System korrespondierten.³⁶ Insbesondere die leistungsbezogene Abrechnung über das DRG-System sowie eine starre Trennung zwischen ambulanten und stationären Behandlungen führten zu einer unangemessenen Ausweitung von stationären Behandlungen, in Fällen, in denen auch eine ambulante Versorgung möglich wäre, sowie zu einer Übertherapie und damit zu erheblichen Kosten im Rahmen der stationären Versorgung.³⁷

Den Grund für dieses Ungleichgewicht sehen das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) sowie der Bundesverband für ambulantes Operieren (BAO) einem aktuellen Bericht in der Tagespresse zufolge darin, dass ambulante Behandlungen gegenüber stationären Eingriffen schlechter bezahlt würden, mit der Folge, dass hier dringend ein Umbau der Finanzierung erforderlich müsse.³⁸ Nach einer vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Auftrag gegebenen Studie³⁹ sei das deutsche Gesundheitssystem im Hinblick auf das Potential der ambulanten Leistungserbringung noch ausbaufähig.

Im internationalen Vergleich werde in England, Frankreich, Dänemark oder Norwegen durch eine gezielte finanzielle Förderung wesentlich mehr ambulant operiert. Daneben seien die bisherigen Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Krankenhausfinanzierung wie die Einführung von Mindestmengen, eine Vorhaltungsfinanzierung für die Notfallversorgung, in ländlichen Regionen definierte Mindestreichbarkeiten oder Untergrenzen für Pflegefachpersonen weder mit der Krankenhausplanung noch mit der Krankenhausvergütung systematisch verknüpft, sodass dem durch die DRG-Fallpauschalen ausgeübten Leistungs- und Mengenanreiz nicht begegnet werde.⁴⁰

36 Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Problembeschreibung, S. 6, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf.

37 Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Problembeschreibung, S. 6, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf.

38 Stadler, Rainer, Kritischer Eingriff ins System, in: Süddeutsche Zeitung, 10. Februar 2023, abrufbar unter <https://www.sueddeutsche.de/politik/ambulant-operationen-verguetung-lauterbach-1.5748292>.

39 Schreyögg, Jonas/Milstein, Ricarda, Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung, Hamburg Center for Health Economics (hche, Hrsg.), Hamburg, 26. März 2021, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Expertise_sektorengleiche_Verguetung.pdf.

40 Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Problembeschreibung, S. 7, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf.

Nach dem Krankenhaus Rating Report 2022⁴¹ entsprechen zudem die Investitionsfördermittel der Länder nur noch 3,4 Prozent der Krankenhauserlöse, obwohl jedoch mindestens sieben bis acht Prozent der Erlöse jährlich investiert werden sollten, um die Unternehmenssubstanz der Krankenhäuser dauerhaft erhalten zu können.⁴² Nach Auffassung der Krankenhäuser kommen die Bundesländer der Investitionskostenfinanzierung nicht ausreichend nach.⁴³ Letztlich sei aus Sicht der Regierungskommission eine Finanzierungsreform auch deshalb notwendig, um ausreichend Präventionsangebote zu schaffen und der Überbürokratisierung und dem Personalmangel, der sich durch den demographischen Wandel noch verstärken werde, entgegenzuwirken.

3. Eckpfeiler der Krankenhausvergütungsreform

Mit der Krankenhausvergütungsreform sollen Strukturen geschaffen werden, die eine verbesserte Orientierung der Leistungserbringung am tatsächlichen Bedarf bewirken. Dazu sollen bundesweit qualitative Mindestvorgaben für verschiedene Krankenhausstufen eingeführt und die Finanzierung von Fallpauschalen (DRG) teilweise auf Vorhaltekosten umgestellt werden. Der Reformvorschlag definiert drei sich gegenseitig ergänzende Elemente, nach denen Kliniken künftig finanziert werden sollen: Versorgungsstufen (Levels), Leistungsgruppen und Vorhalteleistungen.



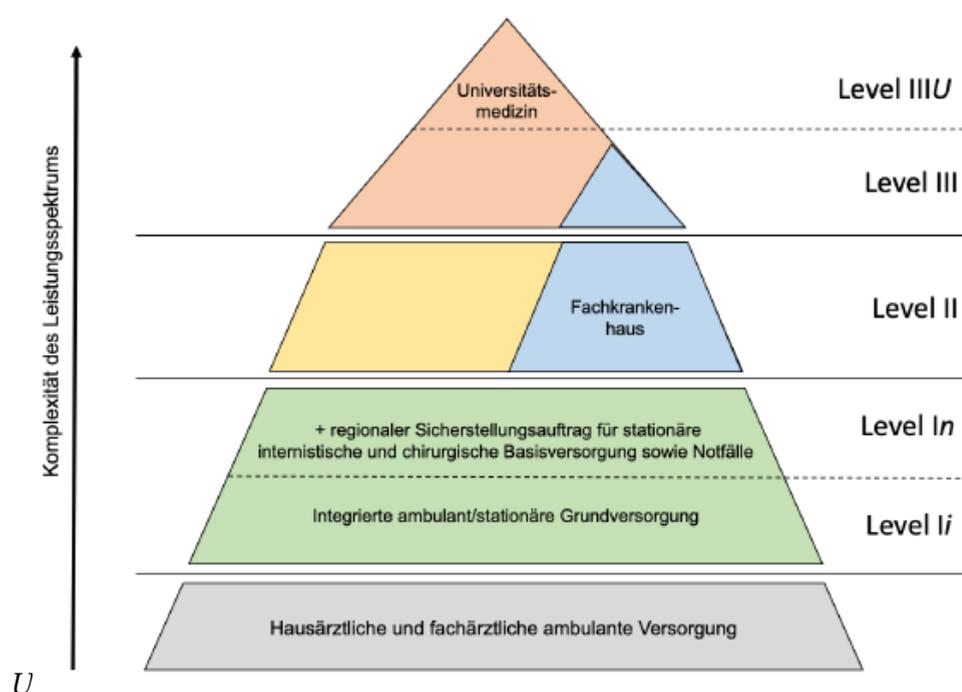
Quelle: Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, S. 9.

-
- 41 RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e.V., Krankenhaus Rating Report 2022: Wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser hat sich 2020 durch Pandemie-Hilfen verbessert, Pressemitteilung vom 23. Juni 2022, abrufbar unter <https://www.rwi-essen.de/presse/wissenschaftskommunikation/pressemitteilungen/detail/krankenhaus-rating-report-2022>.
- 42 Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Problembeschreibung, S. 8, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf.
- 43 DKG, Länder kommen erneut ihrer Pflicht zur Krankenhaus-Finanzierung nicht nach, Pressemitteilung vom 15. Februar 2023, abrufbar unter <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/laender-kommen-erneut-ihrer-pflicht-zur-krankenhaus-finanzierung-nicht-nach/>; Deutsches Ärzteblatt, Krankenhäuser beklagen fehlende Investitionskostenfinanzierung durch die Länder, 17. Januar 2022, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/130977/Krankenhaeuser-beklagen-fehlende-Investitionskostenfinanzierung-durch-die-Laender>.

3.1. Bundesweite Krankenhausversorgungsstufen (Levels)

Um die bisher in den einzelnen Ländern verschieden ausgestalteten Versorgungsstufen zu vereinheitlichen, sollen für alle Krankenhäuser bundesweit einheitliche sogenannte Level definiert und diese der Krankenhausversorgung zugrunde gelegt werden.

Zur Qualitätssicherung und Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung sollen für jeden Level feste Mindestvoraussetzungen gelten. Das von der Regierungskommission vorgeschlagene Versorgungsstufenmodell mit drei Levels – wobei Level I und Level III nochmals weiter differenzieren – zeigt die nachfolgende Grafik.



Quelle: Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, S. 13.

Nach der angestrebten **Dreiteilung der Krankenhausversorgung** soll es Kliniken zur Grundversorgung (Level I) sowie zur „Regel- und Schwerpunktversorgung“ (Level II) und Universitätskliniken für die "Maximalversorgung" (Level III) geben. Zwischen den einzelnen Levels soll eine gesondert zu refinanzierende enge – auch telemedizinische – Vernetzung erfolgen, sodass durch gemeinsam abgestimmte „Patientenpfade“ eine gemeinsame Beratung und Entscheidungsfindung ermöglicht wird. Gleichzeitig soll eine Kooperation und starke Vernetzung von Level-I- und Level-III-Krankenhäusern zu einer umfassenden ärztlichen Ausbildung in unterschiedlichen Versorgungsstufen führen.

Zusätzlich zu den drei Levels soll es **Fachkrankenhäuser** mit hoher Expertise und hohen Fallzahlen in dem spezifischen Fachgebiet geben, die zwar typischerweise keine Notaufnahmen vorhalten würden, aber für die Versorgung der Bevölkerung elementar seien. Diese Kliniken sollen baulich und inhaltlich in Kliniken der Level II und III integriert werden.

Für eine bessere Verzahnung der ambulanten und stationären Behandlung und zur Schaffung einer neuen Form der integrierten Krankenhausbehandlung empfiehlt die Regierungskommission eine Unterteilung der Level-I-Krankenhäuser mit und ohne Notfallversorgung für die regionale Grundversorgung. Die **Level-In-Krankenhäuser** sollen dabei dem **Sicherstellungsauftrag** nachkommen, indem sie eine stationäre internistische und chirurgische Basisversorgung, Basis-Notfallversorgung und je nach Bedarf auch Geriatrie oder Palliativmedizin vorhalten und in den Regionen liegen, in denen das nächstgelegene Krankenhaus der Regel- und Schwerpunktversorgung (Level II) bzw. Maximalversorgung (Level III) weiter als 30 Minuten Pkw-Fahrzeit entfernt ist oder bei denen das jeweilige Bundesland einen besonderen Versorgungsauftrag sieht.

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels mit steigender Krankheitslast und einem zunehmenden Fachkräftemangel soll den **Level-Ii-Krankenhäusern** eine Schlüsselrolle zukommen, indem sie eine **sektorenübergreifende und integrierende Gesundheitsversorgung** insbesondere in strukturschwachen Regionen ermöglichen und wohnortnah allgemeine und spezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen mit Akutpflegebetten zur Beobachtung, Basistherapie und Pflege verknüpfen. Unter Berücksichtigung regionaler Umstände soll es je nach Bedarf möglich sein, Level-Ii-Krankenhäuser als regionale Gesundheitszentren mit ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, aber zwingend mit Akutpflegebetten ohne Fachabteilungszuordnung zu schaffen.

3.2. Mindeststrukturvoraussetzungen der einzelnen Level

Nach dem Vorschlag der Regierungskommission soll **jeder Krankenhausstandort**, der auch Gebäude-Komplexe oder -Ansiedlungen in einem Radius von fünf Kilometern Luftlinie umfasst, zur Qualitätssicherung Mindeststrukturvoraussetzungen auf Ebene der Levels und Leistungsgruppen erfüllen.

Die nachfolgende Tabelle bildet für den jeweiligen Level auszugsweise die jeweiligen Charakteristika sowie die bisher definierten notwendigen Strukturvoraussetzungen am Standort ab.⁴⁴

44 Für sämtliche bisher vorgeschlagenen Anforderungen siehe Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Synopsis wesentlicher Charakteristika der jeweiligen Stufen, Tabelle 1a, S. 15 sowie Detaillierte Mindeststrukturvoraussetzung auf der jeweiligen Stufe, Tabelle 1b, S. 16, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf.

Level	Zwingend notwendige Mindeststrukturvoraussetzungen am Standort
<i>Ii</i> (integrierte ambulant/ stationäre Krankenhäuser)	Akutpflegebetten ohne feste Fachabteilungszuordnung mit Möglichkeit der Angehörigenpflege; Leitung durch qualifizierte Pflegefachpersonen; Innere Medizin und/oder Chirurgie verpflichtend, daneben allg. fachärztliche Versorgung und Allgemeinmedizin möglich; Mindestvoraussetzung: Labor, Ultraschall, Röntgen; Tagdienst: ärztliche Anwesenheit; Nacht- und Wochenenddienst: mindestens fachärztliche Rufbereitschaft; Sozialdienst; sektorenübergreifende Integration mit niedergelassenen Ärzten erwünscht; keine Notaufnahme; keine Intensivmedizin
<i>In</i> (Sicherstellung der stationären Basis- und Notfall- versorgung)	Basisbehandlung Innere Medizin und Chirurgie mit Facharzt-Standard 24/7 für die jeweilige Leistungsgruppe; Vorhaltung stationärer Betten, Basisbehandlung Intensivmedizin mit mind. sechs täglich betreibbaren Intensivbetten, ggf. weitere Leistungsgruppen (LG) der Basisbehandlung, Geriatrie und/oder Palliativmedizin, Notaufnahme mit LG Basisbehandlung Notfallmedizin (Level I gem. G-BA), telemedizinische Verknüpfung mit Kliniken der Stufe II, III oder Fachkliniken in der jeweiligen LG; CT, Labor, feste Kooperation mit übergeordneten Kliniken; Hubschrauberlandeplatz falls Distanz zur nächsten Level-III-Klinik über 30 km; Sozialdienst
<i>II</i>	Mindestens je drei internistische und chirurgische LG, Stroke Units, LG Allgemeine (erweiterte) Intensivmedizin mit mindestens zehn täglich betreibbaren Low-care-Intensivbetten, mindestens zehn High-care-Intensivbetten, erweiterte Notfallmedizin (Level II gem. G-BA), weitere Leistungsgruppen aus mindestens fünf weiteren Leistungsbereichen, telemedizinische Anbindung an andere Krankenhäuser in der jeweiligen Leistungsgruppe; MRT, Angiographie, Endoskopie, Stroke Unit; Hubschrauberlandeplatz falls Distanz zur nächsten Level-III-Klinik über 30 km; Pflege-Ausbildungsstätten; Sozialdienst; Onkologie in zertifizierten Zentren.
<i>III</i> (nicht universitär)	Wie Level II, aber mindestens je fünf internistische und chirurgische Leistungsgruppen, komplexe (umfassende) Intensivmedizin mit mindestens 20 täglich betreibbaren Low-care-Intensivbetten, mindestens 20 High-care-Intensivbetten, umfassende Notfallmedizin (Level III gem. G-BA), weitere Leistungsgruppen aus mindestens acht der zwölf weiteren Leistungsbereiche am Standort, telemedizinische Verknüpfung mit Kliniken der Stufe I, II und Fachkliniken in der jeweiligen Leistungsgruppe; Hubschrauberlandeplatz; zertifizierte und refinanzierte Studienzentren, verpflichtender Einschluss von Patienten in klinische Studien; umfassende Pflege-Ausbildungsstätten; Sozialdienst; Onkologie in zertifizierten Zentren
<i>IIIU</i> (universitär)	Wie Stufe III – Aufgaben der überregionalen Koordination/Steuerung, System- und Zukunftsaufgaben, Erhalt und Weiterentwicklung des Fächerspektrums; Entwicklung und Umsetzung von Translation und Innovation; Entwicklung, Evaluation und Implementierung regionaler Versorgungsnetze und präventiver Public-Health-Konzepte; Vorhaltung für seltene Erkrankungen; umfassende Pflege-Ausbildungsstätten; Sozialdienst
Somatische Fachkliniken	Leistungsgruppen des entsprechenden Faches mit 24/7-Facharztstandard für die jeweilige Gruppe, Vorhaltung stationärer Betten, Basisbehandlung Intensivmedizin mit mindestens vier täglich betreibbaren Low-care-Intensivbetten und zwei täglich betreibbaren High-care-Intensivbetten mit vom Bundesland zu definierenden Ausnahmen, telemedizinische Verbindung mit Kliniken der Level I, II, III in der jeweiligen Leistungsgruppe; CT, Labor; Hubschrauberlandeplatz falls Distanz zur nächsten Level-III-Klinik über 30 km; Mindestmengenvorgabe für die entsprechende Leistungsgruppe mit Beratung durch die Fachgesellschaften; Sozialdienst

Für die Prüfung der Einhaltung dieser Mindeststrukturvoraussetzungen soll der Medizinische Dienst (MD) zuständig sein. Nach der MD-Prüfung ordnen die Länder die jeweiligen Krankenhäuser einem Level zu und vergeben Leistungsgruppen.

3.3. Leistungsgruppen

Für eine gesteigerte qualitätsorientierte Leistungserbringung mit entsprechender personeller und technischer Ausstattung der Fachabteilungen ist aus Sicht der Regierungskommission zusätzlich zur Definition von Krankenhaus-Levels und Mindestanforderungen eine Definition von bundeseinheitlichen Mindestvoraussetzungen für ein Behandlungsspektrum notwendig. Entgegen der bisherigen Praxis einer Orientierung der Fachabteilungen an den ärztlichen Fachgebieten soll die Gliederung des Behandlungsspektrums feingliederiger als in Fachabteilungen, aber gröber als in DRGs gestaltet werden.

Vorgeschlagen wird eine Ablösung der bisherigen Fachabteilungen durch Leistungsgruppen. Die Regierungskommission spricht sich dabei explizit für eine feine Differenzierung mit Strukturvorgaben und detaillierten Definitionen von 128 Leistungsgruppen aus, die nach ICD-10-Diagnosen⁴⁵ und OPS-Codes⁴⁶ erfolgen könne.⁴⁷ Das Bestreben ist, einem Behandlungsspektrum innerhalb einer Leistungsgruppe ähnliche Qualifikationen, Kompetenzen und Erfahrungen sowie eine gleichartige technische Ausstattung zuzuordnen, jeweils unterteilt in die drei Levels. Querschnittsbereiche wie Radiologie, Anästhesie, Labormedizin, Hygiene oder Virologie sollen Teil der Mindeststrukturvoraussetzungen sein.

Um die derzeit gesondert bestehenden Qualitätsvorgaben für die personelle und technische Ausstattung der Fachabteilungen miteinzubinden bzw. zu erweitern, sollen die Leistungsgruppen mit Mindestvorgaben für Personal und Technik verknüpft werden. Die Vorgaben für das ärztliche und pflegerische Personal sollen dabei nicht nur innerhalb der bettenführenden Abteilungen gelten, sondern auch darüber hinaus (z. B. Labor, Radiologie). Daneben soll festgelegt werden, welche anderen, weniger komplexen Leistungsgruppen im jeweiligen Krankenhaus zu erbringen

45 Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Seit dem 1. Januar 2023 ist die ICD-10-GM in der Version 2023 anzuwenden. Vgl. Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), abrufbar unter <https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/ node.html>.

46 Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen. Das BfArM gibt den OPS im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit heraus, er ist gemeinfrei. Die Anwendung erfolgt im stationären Bereich gemäß § 301 SGB V, im Bereich des ambulanten Operierens gemäß § 295 SGB V. Siehe BfArM, OPS, abrufbar unter <https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/OPS-ICHI/OPS/ node.html>.

47 Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Einführung von definierten Leistungsgruppen, S. 17, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf.

sind und welchen Mindestlevel das Krankenhaus erfüllen muss.⁴⁸ Durch diese Vorgaben werde ermöglicht, dass Behandlungen, bei denen diese allgemeinen Anforderungen gering sind und die den Leistungsgruppen der sog. „Basisversorgung“ zugeordnet werden können, ambulant oder stationär von den Level-I-Krankenhäusern erbracht werden können. Das Leistungsspektrum von Krankenhäusern höherer Levels umfasst auch die Leistungsgruppen mit geringeren Mindestanforderungen.

Darüber hinaus ist angedacht, dass die Leistungsgruppen das System der Krankenhaus-Levels mit einer Vorhaltevergütung verbinden, indem den einzelnen Leistungsgruppen ein Vorhalteanteil zugeschrieben wird. Abteilungen, die in hohem Maße der Daseinsvorsorge Rechnung tragen, wie z. B. die Intensiv- und Notfallmedizin, sollen dabei einen höheren Vorhalteanteil erhalten.

3.4. Vorhaltefinanzierung

Neben der bisherigen Finanzierung der Krankenhausleistungen nach der Zahl der Fälle und der jeweiligen DRG-Fallpauschalen soll künftig auch die nötige Vorhaltung einer Leistungsgruppe vergütet werden, um den ökonomischen Druck der Krankenhäuser zu mindern. Eine verringerte DRG-Komponente soll den Mengenanreiz mindern und die Vorhaltevergütung die Grundausrüstung eines Krankenhauses in der jeweiligen Leistungsgruppe sichern. Neben der fallabhängigen Vergütung nach DRG-Fallpauschalen soll für jede Leistungsgruppe ein Vorhalteanteil in der Vergütung normativ festgelegt werden.

Das Konzept sieht vor, dass sich die Vergütung der Level I-, Level II- und Level III-Kliniken aus **zwei Komponenten** zusammensetzt: einem **fallmengenunabhängigen Vorhaltebudget**, bestehend aus dem Pflegebudget und dem Vorhaltebudget auf Basis eines normativ festzulegenden und potenziell anzupassenden Vorhalteanteils pro Leistungsgruppe, sowie aus **fallmengenabhängigen Erlösen** aus dem verbleibendem Restanteil der DRG-Fallpauschalen. Level-I-Kliniken sollen hingegen keine Vorhaltebudgets und kein Pflegebudget erhalten. Die Vergütung soll hier ausschließlich durch degressive Tagespauschalen für die Akutpflege einschließlich allgemeiner Personal- und Sachkosten erfolgen.

Um einen Anreiz zu einer sektorenübergreifenden Versorgung zu schaffen, soll die Vergütung der ärztlichen Leistungen durch erhöhte Tagespauschalen bei fest am Krankenhaus angestellten Ärztinnen und Ärzten und nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)⁴⁹ für Ärztinnen und Ärzte mit einer KV-Zulassung⁵⁰ erfolgen. Das stationäre Gesamtbudget soll sich folglich aus dem

48 Die genauen Definitionen der Leistungsgruppen mit Mindestvorgaben für Personal und Technik sollen von einem unabhängigen, an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) assoziierten, Ausschuss unter Mitwirkung sachverständiger Verbände und Gesellschaften innerhalb von zwölf Monaten festgelegt und sukzessive weiterentwickelt werden.

49 Der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) bildet die Grundlage für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen. Der bundesweit geltende EBM wird erstellt vom Bewertungsausschuss, der sich aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des GKV-Spitzenverbands zusammensetzt. Vgl. BMG, Einheitlicher Bewertungsmaßstab – EBM, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/be-griffe-von-a-z/e/einheitlicher-bewertungsmaassstab>.

50 Eine KV-Zulassung berechtigt Ärzte und Psychotherapeuten zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Pflegebudget, einem Vorhaltebudget, den Erlösen der DRG (nach Abzug der Vorhaltung) und den Tagessätzen der Level-I-Kliniken zusammensetzen. Für die **Vergütung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin** schlägt die Regierungskommission aufgrund der besonderen Vulnerabilität und des erhöhten Behandlungsaufwands die Einrichtung eines **Sonderfonds** vor.

Zur Gewährleistung einer Vorhaltevergütung sollen zunächst die DRG-Fallpauschalen so abgesenkt werden, dass das **Gesamtfinanzierungsvolumen gleich bleibt**. Die **Finanzierung** soll dabei nicht wie bisher aus den DRGs und dem Pflegebudget, sondern **durch abgesenkte DRGs, dem Pflegebudget und einem Vorhaltebudget** sichergestellt werden.

Die Höhe des Vorhalteanteils soll auf Vorschlag der Kommission normativ festgelegt werden und – orientiert an den mittelfristig fixen Kosten – in den Leistungsgruppen der Intensiv-, Notfallmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie in Höhe von 60 Prozent der DRGs und in den übrigen Leistungsgruppen in Höhe von 40 Prozent der DRGs jeweils inklusive dem Pflegebudget liegen.⁵¹ Vorgesehen ist ein schrittweiser Übergang bis zur Erreichung des vollen Vorhalteanteils innerhalb von fünf Jahren, um eine „Systeminstabilität“ zu vermeiden (Konvergenzphase). Im Zielzustand soll sich die Festlegung der Höhe des Vorhaltebudgets für jede Leistungsgruppe eines Krankenhauses an drei Komponenten orientieren: an der Bevölkerung (Mindestanzahl der zu versorgenden Menschen), an Parametern der Prozess- und Ergebnisqualität und an der Leistungsmenge in einer Leistungsgruppe.

Das je Leistungsgruppe definierte Vorhaltebudget soll vom **Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)** auf die einzelnen Krankenhäuser verteilt werden. Eine Auszahlung des vollen Vorhaltebudgets kann dann erfolgen, wenn die Strukturvoraussetzungen für den Level des Krankenhauses und für die Leistungsgruppe eingehalten werden. Nach dem Konzept setzt die Verteilung des Vorhaltebudgets je Leistungsgruppe auf die einzelnen Krankenhäuser voraus, dass die **Bundesländer** die Krankenhäuser nach Level eingeteilt sowie Leistungsgruppen und Versorgungsaufträge vergeben haben. Die Regierungskommission empfiehlt den Ländern, ihre Krankenhausplanung mit diesen Versorgungslevels und Leistungsgruppen zu harmonisieren und mit der Zuweisung von Leistungsgruppen einen Versorgungsauftrag zu verbinden.

3.5. Ausgewählte Reaktionen auf den Reformvorschlag

Um die Effekte der Vorschläge für eine Krankenhausvergütungsreform für die gegenwärtige Krankenhauslandschaft abschätzen zu können, hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) beim

51 Näher dazu Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Anlage Tabelle A 1, S. 34, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf.

Forschungsinstitut Institute for Health Care Business (hcb) in Kooperation mit Vebeto eine **Auswirkungsanalyse**⁵² in Auftrag gegeben. Nach dieser Folgenabschätzung des Vorschlags der Regierungskommission würden von den rund 1.700 Krankenhausstandorten laut Modell ca. 150 in Level III, etwa 80 in Level II und ca. 830 Standorte in Level I eingeordnet werden. Eine Vielzahl der heutigen Kliniken, die als Grund- und Regelversorger gelten und gleichzeitig ausgewählte Spezialisierungen anbieten, könnten demnach den nächsthöheren Level nicht erreichen und müssten ihre Spezialisierung aufgeben.

Dementsprechend wurde durch die Analyse besonders auffällig, dass lediglich eine geringe Anzahl an Standorten in Level II eingeordnet werden könnten. Dies finde seine Begründung darin, dass die Reformvorschläge für das Erreichen einer Level-II-Versorgungsstufe das Erfordernis einer Notfallstufe 2 mit der Vorhaltung von **Gynäkologie und Geburtshilfe** sowie einer Stroke Unit kombinieren. Zwar würden 430 Standorte die Kriterien der Notfallstufe 2 erfüllen, aber nur 230 davon könnten die weiteren Kriterien für Level II oder III realisieren. Dies hätte u. a. zur Folge, dass von den ca. 600 Geburtshilfen in Deutschland lediglich 230 an Standorten beheimatet wären, die derzeit Level II oder III erreichen würden. Laut der Auswirkungsanalyse könnten hier bis zu 52 Prozent der Patientinnen von einer Verlagerung von geburtshilflichen Kliniken und damit einer wohnortnahen Versorgung betroffen sein.

Vor dem Hintergrund, dass die Zahl der Standorte für Pädiatrie und Geburtshilfe bereits in den letzten Jahren zurückgegangen ist, was von Experten und Patientinnen und Patienten mit großer Sorge betrachtet wird⁵³, sollte demgegenüber gerade die Sicherstellung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen und wohnortnahen Geburtshilfe im Rahmen der Reformbemühungen eine Sonderstellung einnehmen. So hatte auch im Juli 2022 die Regierungskommission zu Beginn ihrer Arbeit eine Empfehlung für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe vorgelegt.⁵⁴ Insbesondere wird dort – zur wirtschaftlichen Sicherstellung der Geburtshilfen sowie zum Erhalt der Versorgungsqualität – für geburtshilfliche Abteilungen eine kurzfristige finanzielle Unterstützung ab Januar 2023 empfohlen. Zusätzlich zu

52 Augurzky, Boris u. a., Folgeabschätzung des Vorschlags der Regierungskommission, in: Das Krankenhaus, 115. Jahrgang 2023, Heft 3, S. 209 ff. sowie Augurzky, Boris, Folgeabschätzung des Reformvorschlags der Regierungskommission vom 6. Dezember 2022, PowerPoint-Präsentation zur Pressekonferenz vom 13. Februar 2023 abrufbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/Folien_hcb_Folgeabschaetzung_Reformpapier_final.pdf.

53 BMG, Krankenhausreform: Regierungskommission legt erste Stellungnahme vor, 11. Juli 2022, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/erste-stellungnahme-der-regierungskommission.html>.

54 Erste Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/220708_Empfehlung_AG_Paediatrie_und_Geburtshilfe_zu_Paediatrie_und_Geburtshilfe.pdf.

den abgerechneten DRGs sollen vorrangig Abteilungen, die zwar nur eine geringe Zahl an Geburten haben, aber bei ihrem Wegfall eine Versorgungslücke für die Bevölkerung hinterlassen würden, leistungsunabhängige Finanzmittel erhalten.⁵⁵

In die Diskussion um die zukünftige Krankenhausfinanzierung hat die **DKG** aufgrund der weitreichenden Konsequenzen für die einzelnen Krankenhausstandorte, einhergehend mit der Gefahr eines Verlustes ihres Auftrags zur Patientenversorgung oder einer weitgehenden Umgestaltung, einen **eigenen Reformvorschlag** eingebracht.⁵⁶ Kernelemente des Konzeptes sind u. a. bundeseinheitliche Leistungsgruppen zur Krankenhausplanung, ein länderübergreifendes Stufenkonzept zur Einordnung der Krankenhäuser, die Schaffung eines Strukturfonds, die Einführung einer Vorhaltefinanzierung, eine Offensive zu klinisch-ambulanter Patientenbehandlung sowie die Entwicklung Medizinisch-Pflegerischer Versorgungszentren.⁵⁷ Dabei sieht der Finanzierungsvorschlag der DKG eine Beteiligung von Bund, Ländern und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an der ergänzenden Vorhaltefinanzierung, an dem Aufbau des vorgeschlagenen Strukturfonds sowie an der Finanzierung ambulanter Leistungen an den Krankenhäusern vor.

Die am 6. Dezember 2022 vorgestellten Reformvorschläge stießen im Übrigen insbesondere im Hinblick auf die Finanzierung der Reform sowie die bestehenden Bund-Länder-Kompetenzen auf ein geteiltes Echo. Darüber, dass die Krankenhauslandschaft reformiert werden müsse, sind sich Bund und Länder einig. Allerdings gehen die Ansichten über die Frage, wie dies geschehen soll, zum Teil weit auseinander. So begrüßen einige Gesundheitsexperten Medienberichten zufolge die Reformvorschläge und sehen allein Änderungsbedarf bei der konkreten Ausgestaltung und Umsetzung der Pläne.⁵⁸ Der Gesundheitsökonom und Regierungsberater Wolfgang Greiner sieht vor allem im Zusammenhang mit den derzeitigen **Sektorengrenzen** Handlungsbedarf und spricht sich für die geplante Schaffung von regionalen Gesundheitszentren aus, damit Krankheitsfälle statt in kleinen, wenig spezialisierten Krankenhäusern ambulant versorgt werden könnten.⁵⁹

55 Siehe hierzu Deutschlandfunk, Lauterbachs Krankenhausreform, Was sich in Deutschlands Kliniken ändern soll, 13. März 2023, abrufbar unter <https://www.deutschlandfunk.de/krankenhaeuser-reform-lauterbach-fallpauschale-100.html#Fallpauschale>.

56 DKG plädiert für Augenmaß und bringt eigenen Vorschlag in die Reformdiskussion ein, Pressemitteilung vom 13. Februar 2023, abrufbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2023/2023-02-13_PM_DKG_zur_Auswirkungsanalyse.pdf.

57 DKG, Starke Krankenhäuser, leistungsfähige Patientenversorgung, attraktive Arbeitsplätze, Reformvorschlag der DKG zu den Themen Krankenhausstrukturen und Finanzierungsreform, abrufbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2023/DKG_Konzept_Regierungskommission.pdf.

58 Vgl. Handelsblatt, Grünen-Experte optimistisch bei Reformplänen für Kliniken, 24. Februar 2023, abrufbar unter <https://www.handelsblatt.com/dpa/gruenen-experte-optimistisch-bei-reformplaenen-fuer-kliniken/29001138.html>.

59 Tutt, Cordula, Interview mit Greiner, Wolfgang, „Wir sehen derzeit eine planlose, kalte Strukturbereinigung“, in: WirtschaftsWoche, vom 20. Februar 2023, abrufbar unter <https://www.wiwo.de/unternehmen/dienstleister/anstehender-umbau-deutscher-krankenhaeuser-wir-sehen-derzeit-eine-planlose-kalte-strukturbereinigung/28985918.html>.

Vielfach wird ein **höherer Finanzierungsbedarf** bei der Umsetzung der Reform gesehen. So hätten die von der Expertenkommission erstellten Reformpläne nach Ansicht der DKG auf einer "falschen Grundprämisse" basiert, da die Reform bisher lediglich eine Umverteilung der aktuellen Mittel vorsehe.⁶⁰ Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der Krankenkasse DAK-Gesundheit, rechnet für die geplante Krankenhausreform in den nächsten zehn Jahren mit Kosten von bis zu 100 Milliarden Euro und fordert dafür ein Sondervermögen des Bundes.⁶¹ Der Sozialverband VdK steht den bisherigen Plänen zwar positiv gegenüber, allerdings sei eine vollständige Abkehr von der Gewinnerorientierung und den Fallpauschalen im Vergütungssystem erforderlich.⁶²

Josef Hecken, Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), warnte vor einer Kostenexplosion zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung bei der geplanten Reform der Krankenhauslandschaft.⁶³ Um die Reform nicht zu konterkarieren, dürfe es zudem nicht zu viele Ausnahmen für die Länder geben, vielmehr sei der G-BA geeigneter dafür, die künftigen Strukturvorgaben für die Krankenhäuser zu erstellen. Der BKK-Dachverband bemängelte, dass die Frage der Finanzierung von **Investitionen** bei der geplanten Klinikreform keine ausreichende Berücksichtigung gefunden hätte und eine Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen mit direkten Mitwirkungsrechten an der Reform erforderlich sei.⁶⁴

Der niedersächsische Gesundheitsminister Andreas Philippi habe betont, dass mit der Reform in Niedersachsen keine Krankenhäuser geschlossen werden sollen und erklärt, dass stattdessen bereits für dieses Jahr erste Umwandlungen in Regionale Gesundheitszentren mit etwa 20 Betten, die den stationären und ambulanten Sektor verbinden, vorgesehen seien.⁶⁵ Er spreche sich für Kompromisse bei der geplanten bundesweiten Reform aus, um insbesondere die Bedürfnisse von Flächenländern durch **Abweichungsmöglichkeiten von den geplanten Versorgungslevels und Leistungsgruppen** zu berücksichtigen.

Die bayerische Staatsregierung, die bayerischen Landkreise und Städte sowie die Bayerische Krankenhausgesellschaft (BKG) warnten hingegen vor „verheerenden Folgen“ für die bayerische

-
- 60 Tagesschau, Kliniken fordern mehr Geld, Stand: 04. Januar 2023, abrufbar unter <https://www.tagesschau.de/inland/krankenhausreform-lauterbach-fallpauschale-dkg-101.html>.
- 61 Szent-Ivanyi, Tim, Krankenkasse: Lauterbachs Klinikreform kostet bis zu 100 Milliarden Euro, RND, 16. Februar 2023, abrufbar unter <https://www.rnd.de/politik/krankenkasse-klinikreform-von-lauterbach-kostet-bis-zu-100-milliarden-euro-YB5HC5P5WBCG7FONKDJKVR7WWA.html>.
- 62 Tagesschau, Kliniken fordern mehr Geld, Stand: 04. Januar 2023, abrufbar unter <https://www.tagesschau.de/inland/krankenhausreform-lauterbach-fallpauschale-dkg-101.html>.
- 63 Ärzte Zeitung online, G-BA-Chef Hecken warnt vor Kostenexplosion bei geplanter Klinikreform, 1. März 2023, abrufbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Politik/G-BA-Chef-Hecken-warnt-vor-Kostenexplosion-bei-geplanter-Klinikreform-437068.html>.
- 64 Ärzte Zeitung, Kassen wollen bei der Krankenhausplanung mitmischen, 8. März 2023, abrufbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Kassen-wollen-bei-der-Krankenhausplanung-mitmischen-437257.html>.
- 65 Deutsches Ärzteblatt, Reform soll gute Versorgung sichern. Das heißt nicht, Krankenhäuser zu schließen, 4. März 2023, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/141468/Reform-soll-gute-Versorgung-sichern-Das-heisst-nicht-Krankenhaeuser-zu-schliessen>.

Krankenhauslandschaft, wenn die Reformvorschläge umgesetzt würden.⁶⁶ Bayerns Gesundheitsminister Klaus Holetschek verwies darauf, dass sich Bayern grundsätzlich keiner Reform verweigern wolle, dass die derzeitigen Vorschläge aber in der Praxis für Bayern untauglich seien. So würden in Bayern 40 Prozent aller Geburtshilfe-Stationen der Reform zum Opfer fallen und nach den derzeitigen Vorschlägen dürften lediglich 42 große Häuser noch eine vollumfängliche Versorgung anbieten. Der bayerische Gesundheitsminister, aber auch Hamburgs Gesundheitssenatorin Melanie Schlotzhauer hätten daher **Öffnungsklauseln** gefordert, mit denen die einzelnen Länder von den bundesweiten Voraussetzungen für die Einordnung der Kliniken sowie für die Zahlung der Vorhaltepauschalen abweichen könnten.⁶⁷ Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach zeigt sich offen für regional flexiblere Lösungen, sieht aber hierfür die Notwendigkeit bundesweit einheitlicher Regelungen.⁶⁸

Auch der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann kritisiert die Reformpläne.⁶⁹ Bereits seit Herbst 2019 werde in Nordrhein-Westfalen an einem „Krankenhausplan 2022“ gearbeitet, bei dem sich die Krankenhäuser in Abstimmung mit Kassen, Verbänden und Krankenhausgesellschaft künftig auf bestimmte Leistungen wie beispielsweise Herz-Operationen oder Knie-Prothesen spezialisieren und – im Gegensatz zur bundesweit geplanten Krankenhausfinanzierungsreform – zur Ermittlung des Bedarfs die jährliche Fallzahl je medizinischer Leistung herangezogen werden solle.⁷⁰ Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann verwies darauf, dass die Krankenhausplanung auch bei der von Bund und Ländern angestrebten großen Klinikreform weiterhin **Ländersache** bleiben müsse.⁷¹ Die weiterführenden Verhandlungen für eine neue Krankenhausplanung sollen darin münden, dass im Laufe des Jahres 2024 für alle Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen Versorgungsaufträge nach dem neuen Krankenhausplan vorliegen. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach habe allerdings davor gewarnt, die in Nordrhein-Westfalen bereits eingeleitete Krankenhausreform für das bevölkerungsreichste Bundesland im Alleingang

66 Von Hardenberg, Nina, "Schneise der Verwüstung", in: Süddeutsche Zeitung, 15. Februar 2023, abrufbar unter <https://www.sueddeutsche.de/bayern/bayern-refom-krankenhaus-plaene-verwuestung-1.5751394>.

67 Zeit online, Kliniken: Lauterbach offen für flexible regionale Lösungen, 23. Februar 2023, abrufbar unter <https://www.zeit.de/news/2023-02/23/kliniken-lauterbach-offen-fuer-flexible-regionale-loesungen>.

68 Zeit online, Kliniken: Lauterbach offen für flexible regionale Lösungen, 23. Februar 2023, abrufbar unter <https://www.zeit.de/news/2023-02/23/kliniken-lauterbach-offen-fuer-flexible-regionale-loesungen>.

69 Frankfurter Allgemeine Zeitung, Streit über Klinikreform: «Ungeordnetes Krankenhaussterben», 7. März 2023, abrufbar unter <https://www.faz.net/agenturmeldungen/dpa/streit-ueber-klinikreform-ungeordnetes-krankenhaussterben-18730121.html>.

70 Bellmann, Christian, Ab 17. November wird es ernst mit der Krankenhausreform in NRW, in: Ärzte Zeitung, 10. August 2022, abrufbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Ab-17-November-wird-es-ernst-mit-der-Krankenhausreform-in-NRW-431434.html>.

71 Thieme kma Online, Umsetzung der NRW-Krankenhausplanung wird fortgesetzt, 6. Januar 2023, abrufbar unter <https://www.kma-online.de/aktuelles/politik/detail/krankenhausplanung-muss-laendersache-bleiben-49105>.

durchzuziehen und gedroht, dass die Reform „keine Geldflüsse zur Folge“ hätte.⁷² Auch die Opposition im nordrhein-westfälischen Landtag kritisiert, dass es nicht sinnvoll sei, gerade jetzt mit einem eigenen Krankenhausplan Fakten zu schaffen, ohne die sich neu entwickelnden bundespolitischen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.⁷³

Die Gesundheits- und Justizministerin von Schleswig-Holstein Kerstin von der Decken hat einem Bericht in der Tagesschau zufolge ebenfalls bemängelt, dass die vom Bund geplanten Strukturveränderungen massiv in die Krankenhausplanung der Länder eingreifen würden.⁷⁴ Die drei Bundesländer Bayern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein hätten nun ein **Rechtsgutachten** in Auftrag gegeben, um die Verfassungsmäßigkeit der geplanten Krankenhausreform insbesondere im Hinblick auf Eingriffe in die Kompetenzen der Länder zu prüfen.⁷⁵ Im Frühjahr werde mit den Ergebnissen gerechnet.

4. Gesetzgebungskompetenzen im Krankenhausrecht

In der dritten Stellungnahme und Empfehlung betonte die Regierungskommission, dass die rechtliche Implementierung ihres Reformvorschlags eine „juristische Herausforderung“ im Hinblick auf das kompetenzrechtliche Verhältnis zwischen der Bundes- und Landesgesetzgebung sei und dass die Reformbemühungen eine Kooperation von Bund und Ländern im Sinne eines „Bund-Länder-Pakts“ voraussetzten.⁷⁶ Nach Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach beziehen sich die Vorschläge der Kommission auf die Reform der bundesweiten Vergütung, die Krankenhausplanung solle weiterhin zu 100 Prozent in der Hand der Bundesländer bleiben.⁷⁷

Grundsätzlich ist das deutsche Krankenhausrecht geprägt von einer Verzahnung bundes- und landesrechtlicher Kompetenzen. Die vorliegenden Reformvorschläge bezwecken eine Umgestal-

72 Deutsches Ärzteblatt, Lauterbach warnt Laumann vor Alleingang bei Krankenhausreform, 7. März 2023, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/141543/Lauterbach-warnt-Laumann-vor-Alleingang-bei-Krankenhausreform>.

73 Deutsches Ärzteblatt, Lauterbach warnt Laumann vor Alleingang bei Krankenhausreform, 7. März 2023, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/141543/Lauterbach-warnt-Laumann-vor-Alleingang-bei-Krankenhausreform>.

74 Tagesschau, Länder lassen Reformpläne prüfen, 12. März 2023, abrufbar unter <https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/krankenhausreform-lauterbach-gutachten-101.html>.

75 Spiegel, Drei Bundesländer lassen Krankenhausreform prüfen, 12. März 2023, abrufbar unter <https://www.spiegel.de/wirtschaft/krankenhausreform-drei-bundeslaender-lassen-vorhaben-auf-verfassungsmassigkeit-pruefen-a-296b810d-a554-41bc-b025-0120b77cf3a3>.

76 Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Grundprinzipien des Reformvorschlags, S. 9 ff., abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf.

77 Deutsches Ärzteblatt, Krankenhausreform: Drei Versorgungsstufen sollen es richten, 6. Dezember 2022, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/139402/Krankenhausreform-Drei-Versorgungsstufen-sollen-es-richten>.

zung der Krankenhausfinanzierung durch eine Einführung von bundesweit geltenden Krankenhaus-Versorgungsstufen, Leistungsgruppen und einer Vorhaltefinanzierung. Elemente der vorgeschlagenen Krankenhausreform, wie die Festlegung detaillierter Mindeststrukturvoraussetzungen, wären dann formell verfassungswidrig, wenn dem Bund hierfür die Gesetzgebungskompetenz fehlen oder er seine Gesetzgebungskompetenzen überschreiten würde.

Nach Art. 30, 70 Grundgesetz (GG)⁷⁸ sind grundsätzlich die Länder für die Gesetzgebung zuständig, soweit nicht der Bund im Rahmen der ausschließlichen Gesetzgebung (Art. 71, 73 GG) oder der konkurrierenden Gesetzgebung (Art. 72, 74 GG) zuständig ist. Ein eigener Kompetenztitel für das Krankenhausrecht existiert nicht.

Im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenzen des Bundes kommt für Regelungen zur Krankenhausfinanzierung in erster Linie der Kompetenztitel des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG, „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze“, in Betracht. Dabei steht dem Bund die Gesetzgebungsbefugnis auf dem Gebiet des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG nach der sog. Erforderlichkeitsklausel des Art. 72 Abs. 2 GG nur dann zu, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht.

Daneben ergeben sich konkurrierende Gesetzgebungskompetenzen des Bundes auf dem Gebiet des Krankenhausrechts aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12, 2. Alt. GG (Sozialversicherung) und Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG (Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe).⁷⁹ Der Kompetenztitel aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG umfasst die Vorschriften, die sich auf die Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs beziehen, welche nicht Gegenstand der dritten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine Krankenhausvergütungsreform sind.

4.1. Reichweite der Bundeskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG

Der Kompetenztitel des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG erstreckt sich auf **die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze**. Diese Gesetzgebungskompetenz ermöglicht es dem Bund, den gesamten Bereich der Krankenhausfinanzierung und der Preisgestaltung für die Krankenhausleistungen zu regeln, während die für die Sicherstellung der stationären Krankenhausversorgung maßgeblichen Bereiche der Krankenhausorganisation und der

78 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2478).

79 Siehe hierzu auch Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Verfassungsrechtlicher Rahmen für die Regelung der stationären medizinischen Versorgung, Kurzinformation vom 29. April 2022, WD 3 – 3000 – 054/22 sowie Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Gesetzgebungskompetenzen im Bereich des Krankenhausrechts, Sachstand vom 11. April 2019, WD 3 – 3000 – 094/19.

Krankenhausplanung gemäß Art. 70 GG in der alleinigen Regelungskompetenz der Länder verbleiben.⁸⁰ Damit sind strukturelle Eingriffe in das Krankenhauswesen nicht von der Gesetzgebungskompetenz des Bundes umfasst, weshalb auch eine bundesgesetzliche Übertragung der Planungshoheit auf die Kostenträger kompetenzwidrig wäre.⁸¹

Die Länder haben im Rahmen des Sozialstaatsprinzips gemäß Art. 20 Abs. 1 GG einen Sicherstellungsauftrag, kraft dessen sie für alle Einwohner im Land die stationäre Versorgung zu gewährleisten haben.⁸² In Wahrnehmung ihrer Kompetenz haben die Länder jeweils eigene Krankenhausgesetze erlassen. Demgegenüber enthalten Regelungen des Bundes zur Krankenhausfinanzierung und zur Vergütung von Krankenhausleistungen keine Vorgaben für die landesrechtliche Krankenhausplanung.⁸³ Deshalb können auch Vereinbarungen über das Krankenhausbudget nach höchstrichterlicher Rechtsprechung keine Rückschlüsse auf einen bestimmten Versorgungsauftrag zulassen.⁸⁴

In die konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG fallen damit **sämtliche finanziellen Aspekte der Krankenhausversorgung sowie in diesem Regelungskomplex auch mittelbar Fragen der Krankenhausplanung und -organisation, soweit sie auf die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser abzielen.**⁸⁵ Regelungen dienen dann der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser, wenn sie gewährleisten sollen, dass die Krankenhäuser die für die Versorgung der Bevölkerung erforderlichen finanziellen Mittel haben.⁸⁶ Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts erstreckt sich dadurch die Bundeskompetenz auf die Finanzhilfen und die Entgelte für teilstationäre und stationäre Krankenbehandlung,⁸⁷ nicht

80 BVerfGE 82, 209 (232); 83, 363 (379 ff.); BVerfGE 83, 363/380; BSG, Urteil vom 9. April 2019 - B 1 KR 2/18 R, Rn. 16 ff; Lungstras, Barbara/Bockholdt, Frank, Einführung in das Krankenhausvergütungsrecht, in: NZS 2021, S. 1, Rn. 1.

81 Stollmann, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Auflage 2017, § 4, Rn. 5.

82 Halbe/Orlowski, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, Clausen/Schroeder-Printzen, 3. Auflage 2020, § 13, Rn. 18.

83 Vgl. hierzu BSG, Urteil vom 19. Juni 2018 - B 1 KR 32/17 R, in: BeckRS 2018, 22328.

84 BSG, 9. April 2019, B 1 KR 2/18 R, Rn. 18 unter Verweis auf BVerwG, Urteil vom 22. Mai 2014 - 3 C 12/13, Rn. 27 = BeckRS 2014, 55360.

85 Kaltenborn, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Auflage 2017, § 2, Rn. 2.

86 Rübsamen, Katrin, Verfassungsrechtliche Aspekte des Fallpauschalensystems im Krankenhauswesen (DRG-Vergütungssystem), in: Bochumer Schriften zum Sozial- und Gesundheitsrecht, Huster/Schnapp/Kaltenborn (Hrsg.), Band 2, Nomos Verlag, 1. Auflage 2008, S. 81.

87 BVerfGE 114, 196/222; Kment, in: Jarass/Pieroth, Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, 17. Auflage 2022, GG Art. 74, Rn. 54.

jedoch auf gesundheitspolitische Fernziele, die den allgemeinen Standard der Krankenhausversorgung weit übersteigen.⁸⁸

In diesem Zusammenhang wird vertreten, dass der Bund **Annexregelungen** treffen dürfe, wenn es zur effektiven Ausgestaltung der ihm zugewiesenen Regelungsmaterie notwendig ist.⁸⁹ Demnach könne der Bund auch für eine Aufgabe zuständig sein, deren unmittelbare Regelung gemäß Art. 70 Abs. 1 GG an sich in die Kompetenz der Länder fällt, wenn diese nur mittelbar bzw. im Annex oder als Reflex mitgeregelt werde.⁹⁰ So sei es dem Bundesgesetzgeber möglich, zur Verwirklichung der ihm überantworteten Zielsetzung des effektiven Einsatzes der Finanzmittel punktuell weitergehend zu regulieren und etwa auch Bundesvorgaben zu treffen, die auf die Krankenhausplanung Einfluss nehmen, bei denen aber die wirtschaftliche Sicherung des Krankenhauswesens und das Erzielen eines allgemeinen Standards der Krankenhausversorgung als wesentliche Ziele im Vordergrund stünden.⁹¹

In Ausübung seiner Annexkompetenz könne der Bund damit Zielsetzungen für die in § 6 Abs. 1 KHG vorgegebene Aufstellung von Krankenhausplänen vorgeben, um das in § 1 Abs. 1 KHG formulierte Ziel einer wirtschaftlichen Sicherung zu gewährleisten.⁹² Allerdings müsste sichergestellt sein, dass bundeseinheitliche Regelungen, die in den Bereich der den Ländern obliegenden Krankenhausplanung eingreifen, lediglich in engen Grenzen punktuell erfolgten, so dass gewährleistet werde, dass die Länder noch ausreichende Gestaltungsfreiräume hätten.⁹³

Die Reformvorschläge der Regierungskommission sehen primär Regelungen für die Einführung einer leistungsgruppenbasierten Finanzierung sowie einer Vorhaltevergütung der Krankenhäuser vor, um Einnahmen der Krankenhäuser zu generieren. Den Schwerpunkt der Reform und den primären Regelungszweck bildet die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung. Die vorgeschlagenen Regelungen sollen damit unmittelbar der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser nach § 1 Abs. 1 KHG dienen. Die grundlegende Neuordnung der Krankenhausfinanzierung würde folglich in der Kompetenz des Bundes gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG liegen.

88 BVerfGE 82, 209 (232).

89 Stollmann, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Auflage 2017, § 4, Rn. 6.

90 BVerfGE 8, 143 (148 ff.); Rübsamen, Katrin, Verfassungsrechtliche Aspekte des Fallpauschalensystems im Krankenhauswesen (DRG-Vergütungssystem), in: Bochumer Schriften zum Sozial- und Gesundheitsrecht, Huster/Schnapp/Kaltenborn (Hrsg.), Band 2, Nomos Verlag, 1. Auflage 2008, S. 83.

91 BVerfGE 82, 209 (232); 83, 363 (380).

92 Stollmann, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Auflage 2017, § 4, Rn. 6.

93 Stollmann, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Auflage 2017, § 4, Rn. 7.

4.1.1. Wahrnehmung der Planungshoheit durch die Länder

Als Grundlage der Krankenhausfinanzierung schlägt die Regierungskommission eine neue Einteilung der Krankenhäuser in Level mit zu definierenden Leistungsgruppen und Mindeststrukturvoraussetzungen vor, um eine planerische bzw. organisatorische Zuweisung von Krankenhausbereichen bzw. Leistungsgruppen zu finanziellen Mitteln zu ermöglichen. Dabei stellt sich die Frage, ob diese dem Finanzierungskonstrukt zugrundeliegenden, mittelbar wirkenden strukturellen Vorgaben die Bundeskompetenz des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG, auch unter dem Gesichtspunkt der Annexkompetenz, überschreiten und damit in die länderstaatliche Planungskompetenz eingreifen würden.

Seit der grundlegenden Entscheidung des BVerwG⁹⁴ vom 25. Juli 1985 müssen die Krankenhauspläne der Länder auf der Grundlage des KHG im Wesentlichen folgenden Inhalt haben: eine Krankenhauszielplanung, die im Rahmen der durch die KHG-Vorschriften begrenzten Gestaltungsspielräume die Ziele festlegt, eine Bedarfsanalyse, die eine Beschreibung des zu versorgenden Bedarfs der Bevölkerung enthält, eine Krankenhausanalyse (Ist-Analyse), die eine Beschreibung der Versorgungsbedingungen bei den in den Plan aufgenommenen Krankenhäusern enthält, sowie die Festlegung der durch die späteren Feststellungsbescheide zu treffenden Versorgungsentscheidung darüber, mit welchen Krankenhäusern der festgestellte Bedarf der Bevölkerung versorgt werden soll.⁹⁵

Als Beispiel sei auf das **Land Berlin** verwiesen, in dem sich der Erlass des Krankenhausplans nach § 6 des Landeskrankenhausgesetzes (LKG)⁹⁶ richtet. Gemäß § 6 Abs. 2 LKG enthält dieser Rahmenplan insbesondere eine Bedarfsanalyse und benennt Versorgungsziele, Qualitätsanforderungen und die Voraussetzungen für die Zulassung zur Notfallversorgung. Daneben weist der Krankenhausplan für das Land Berlin z. B. die Standorte der Krankenhäuser mit ihren erforderlichen Fachabteilungen aus, trifft krankenhausbetogene Festlegungen zur Anzahl der standort- und abteilungsbezogenen Krankenhausbetten und definiert besondere Anforderungen an Fachabteilungen wie etwa für eine neurologische Versorgung in einem Notfallkrankenhaus mit einer Fachabteilung für Neurologie und dem Nachweis einer zertifizierten Stroke Unit.⁹⁷ Vergleichbare Regelungen finden sich in den Krankenhausplänen der übrigen Bundesländer.

94 BVerwGE 72, 38 ff. = NJW 1986, 796 (797).

95 Stollmann, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Auflage 2017, § 4, Rn. 16.

96 Landeskrankenhausgesetz (LKG) vom 18. September 2011, Art. 1 des Gesetzes zur Neuregelung des Krankenhausrechts vom 18. September 2011 (GVBl. S. 483), zuletzt geändert durch Gesetz vom 2. November 2022 (GVBl. S. 582).

97 Zu den Inhalten des Krankenhausplanes 2020 des Landes Berlin siehe Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Abteilung Gesundheit, Krankenhausplan des Landes Berlin, abrufbar unter <https://www.berlin.de/sen/gesundheits/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan/>.

Grundsätzlich erfolgt die Krankenhausplanung damit ausschließlich durch die Länder und gerade nicht „in Ausführung“ oder „zur Konkretisierung“ von Bundesrecht.⁹⁸ Aufgrund dieser weitreichenden Länderkompetenzen hat der Bundesgesetzgeber den Ländern, so die Literatur, gerade auch im Bereich der Krankenhausfinanzierung bislang weitreichende Ausgestaltungs- und Konkretisierungsspielräume eingeräumt.⁹⁹ So enthält das KHG, dessen Zweck die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser ist und das damit im Grunde der Gesetzgebungskompetenz des Bundes unterliegt, eine Vielzahl an Bestimmungen, in denen ausdrücklich darauf verwiesen wird, dass Näheres durch Landesrecht bestimmt wird (z. B. § 5 Abs. 2, 6 Abs. 4, 7 Abs. 2, § 11 Satz 1 KHG), um die geforderte qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten.

Diese bundes- und landesrechtlichen Regelungen sind Ausdruck des oben dargestellten Umstandes, dass die Gesetzgebungskompetenz des Bundes zwar auch mittelbar Fragen zur Krankenhausorganisation umfassen kann, wenn diese die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser betrifft, diese aber endet, wenn der **Kernbereich** der Krankenhausplanung der Länder in Gestalt von Regelungen für eine Aufnahme von Krankenhäusern in den Krankenhausplan betroffen wäre. Zudem muss den Ländern auch im Bereich der Krankenhausfinanzierung ein weitreichender Ausgestaltungs- und Konkretisierungsspielraum im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung durch leistungsfähige Krankenhäuser verbleiben.

Bei der vorgeschlagenen neuen und bundeseinheitlichen Einteilung der Krankenhäuser nach Versorgungslevels mit jeweils vordefinierten Leistungsgruppen und Mindeststrukturvoraussetzungen würden Versorgungsaufträge für Leistungsgruppen an die Levels gekoppelt sein, sodass beispielsweise Level-I-Kliniken die finanziellen Mittel für Leistungsgruppen erhalten, die diesem Level zugeordnet sind. Die Krankenhausplanung, d. h. die Festlegung von Standorten, des Leistungsspektrums, der Bettenanzahl etc. und somit die Entscheidung über die Zuordnung eines Krankenhauses zu einem Level und die Vergabe von Leistungsgruppen verbliebe bei den Ländern.¹⁰⁰ Auf dieser Grundlage würde die Mindestvorhaltung auf der Ebene der Leistungsgruppen sowie der 40- bzw. 60-prozentige Vorhalteanteil entsprechend der jeweiligen Leistungsgruppe ausgerichtet und der Bund durch die Finanzierungsvorgaben auch mittelbar Einfluss darauf nehmen, welche Krankenhäuser die materiellen Planungskriterien erfüllen. Soweit einzelne Kran-

98 Quaas, in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Auflage 2018, § 26, Rn. 540.

99 Kaltenborn, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Auflage 2017, § 2, Rn. 2.

100 Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Grundprinzipien des Reformvorschlags, S. 14, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf.

kenhäuser die Mindeststrukturvorgaben eines Levels nicht erreichen, müssten diese Krankenhäuser bestehende Spezialisierungen aufgeben oder umstrukturieren. Gerade dieser Aspekt wird aktuell von einigen Ländern als zu weitgehender Eingriffe in ihre Planungshoheit kritisiert.¹⁰¹

Eine auf Krankenhauslevels mit vordefinierten Leistungsgruppen und Mindeststrukturvorgaben aufbauende Finanzierungssystematik des Bundes würde der Planungshoheit der Länder allerdings erst dann entgegenstehen, wenn der Bund gleichzeitig Festlegungen im Hinblick auf die personelle oder technische Ausstattung der einzelnen Krankenhausstandorte treffen würde. Solche Vorgaben sind aber in der Empfehlung nicht enthalten. Vielmehr beziehen sich die Vorschläge allein auf die Höhe der Finanzierung je nach vorhandener Krankenhausstruktur (den Krankenhauslevels mit den jeweiligen Leistungsgruppen). Vorgaben wie etwa zu Standorten bzw. zur Anzahl, Ausgestaltung oder Struktur der vorhandenen Krankenhäuser in den einzelnen Ländern hatte die Regierungskommission hingegen nicht vorgeschlagen. Mit den Vorgaben zu Leistungsgruppen und Mindeststrukturvoraussetzungen wird gerade nicht der Bedarf für diese Leistungen festgeschrieben. Vielmehr sollen durch eine gezielte Finanzierung Anreize für eine Umgestaltung der Krankenhauslandschaft geschaffen werden. Da die Krankenhausplanung der Länder notwendigerweise an die Finanzierung der einzelnen Krankenhausstandorte gekoppelt ist, müsste man hier aber zumindest von mittelbar in die Landesplanung eingreifenden Bundesvorgaben im Hinblick auf die von der Regierungskommission bis jetzt vorgeschlagenen Regularien einer bundeseinheitlich und flächendeckend geplanten Einteilung der Krankenhäuser nach Levels mit Leistungsgruppen und Mindeststrukturvoraussetzungen ausgehen.

Solche mittelbar in die Gesetzgebungskompetenz der Länder eingreifenden Regelungen zur Krankenhausfinanzierung könnten dann, ggf. auch im Sinne einer Annexkompetenz, zulässig sein, wenn den Ländern dennoch ein weitreichender und damit ausreichender Ausgestaltungs- und Konkretisierungsspielraum im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung durch leistungsfähige Krankenhäuser verbliebe. Hier lässt die Regierungskommission in ihren Reformvorschlägen verschiedene Gestaltungsspielräume offen und deutet an, dass unter Beteiligung der Länder regionale und lokale Besonderheiten berücksichtigt werden müssten.¹⁰² Offenbar ist angedacht, dass für die Länder Gestaltungsräume, wie sie aktuell in § 6 Abs. 4 KHG bestimmt sind, sowie Abweichungs- und Normsetzungsbefugnisse, wie sie beispielsweise bei den Qualitätsanforderungen der §§ 136b und 136c SGB V für die Länder geregelt sind, geschaffen werden.

101 Stimmen zu den Kommissionsvorschlägen und ihren Auswirkungen, in: Das Krankenhaus, 115. Jahrgang 2023, Heft 3, S. 218 ff.

102 Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Grundprinzipien des Reformvorschlags, S. 13, 14, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf.

So sei eine sektorenübergreifende Harmonisierung der Planungs- und Vergütungsinstrumente erforderlich, die einen Rahmen für regional flexible Versorgungsmodelle bildet.¹⁰³ Insbesondere bei der Sicherstellung der Grundversorgung im Rahmen des Levels I sollten regionale Gegebenheiten besonders berücksichtigt werden. Gerade für diese Versorgungsstufe seien flexible Möglichkeiten entscheidend, so dass beispielsweise je nach Bedarf der Länder Level-Ii-Kliniken auch als regionale Gesundheitszentren mit ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgestattet werden könnten. Weitere Ausnahmen sollen im Hinblick auf eine Zuordnung von Krankenhäusern in die jeweiligen Levels möglich sein. So soll ein Krankenhaus beispielsweise durch einen Abschlag auf das Vorhaltebudget auch dann dem Level II zugeordnet werden können, wenn nicht alle Kriterien für diesen Level erfüllt werden. Gestaltungsspielraum soll den Ländern zudem bei der Einordnung von Fachkliniken eingeräumt werden. Es wird zwar vorgeschlagen, diese Kliniken an Standorten des Levels II oder III anzusiedeln, dies sei aber nicht verpflichtend.

Diese Beispiele zeigen, dass die Regelungen zur Krankenhausfinanzierung den Ländern Ausnahmeregelungen ermöglichen und dass Gestaltungsspielräume bewusst offen gelassen werden sollen, um eine Harmonisierung der Krankenhausplanung und -finanzierung auf regionaler Ebene zu gewährleisten und gleichzeitig den Ländern bestehende Entscheidungsspielräume im Rahmen ihrer Bedarfsplanung zu belassen. Soweit einzelne bisher vorgeschlagene Regelungen zur Krankenhausfinanzierung mittelbar in die länderstaatliche Planungskompetenz eingreifen, ist aber davon auszugehen, dass der Bundesgesetzgeber diese mittelbaren Fragen der Krankenhausplanung als Annex zu der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und der Sicherstellung einer stabilen Finanzierung mitregeln könnte.

Auch mit Blick auf die Einführung des Fallpauschalensystems (DRG-Vergütungssystem) im Krankenhauswesen im Jahr 2003 auf der Grundlage des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000¹⁰⁴ sowie des Fallpauschalengesetzes¹⁰⁵ ergibt sich keine andere Einschätzung. Nach ganz überwiegender Ansicht in der Literatur schließt die Bundesgesetzgebungskompetenz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und Regelung der Krankenhauspflegesätze die Befugnis ein, die bisherige Struktur des Finanzierungssystems substantiell zu verändern.¹⁰⁶ Bezweckte die damalige Neuregelung, ein Finanzierungssystem der stationären Betriebs- und Behandlungskosten mittels Pflegesätze durch ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem abzulö-

103 Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Grundprinzipien des Reformvorschlags, S. 14, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf.

104 BGBl. 1999 I S. 2626 (2648 f.).

105 BGBl. 2000 I S. 1412 (1414 ff.).

106 Vgl. Rübsamen, Katrin, Verfassungsrechtliche Aspekte des Fallpauschalensystems im Krankenhauswesen (DRG-Vergütungssystem), in: Bochumer Schriften zum Sozial- und Gesundheitsrecht, Huster/Schnapp/Kaltenborn (Hrsg.), Band 2, Nomos Verlag, 1. Auflage 2008, S. 83; Lerche/Degenhart, in: Robert Bosch Kommission (Hrsg.), Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung, Teil II, S. 79.

sen, sehen die aktuellen Reformvorschläge nicht nur ein Ersetzen des ursprünglichen Finanzierungssystems durch ein neues vor, sondern gleichfalls die Schaffung struktureller Vorgaben zur Abgrenzung lokaler, regionaler und überregionaler Versorgungsaufträge.¹⁰⁷ Wenngleich die nunmehr vorgeschlagenen Regelungen für ein neues Finanzierungssystem weitreichender sind und an neu definierte strukturelle Bedingungen anknüpfen, so wird hier den Ländern doch immer noch die Entscheidung überlassen, ob und in welchem Ausmaß sie diese Bedingungen vorhalten müssen.

Die Regelungsgehalte wirken sich unmittelbar auf die Finanzierung der vorhandenen Krankenhausstrukturen und mittelbar auf die Krankenhausplanung der Länder aus. Soweit Mindeststrukturvoraussetzungen als Grundlage für eine (höhere) Finanzierung definiert werden sollen, handelt es sich hierbei um Regelungskomplexe, die für eine differenzierte Ausgestaltung der Krankenhausfinanzierung systematisch mitgeregelt werden. Aufgrund ihrer weitreichenden mittelbaren Auswirkungen auf die Krankenhausplanung der Länder kann eine solche Kompetenz des Bundes zwar lediglich in engen Grenzen zulässig sein. Die Vorschläge zur Krankenhausreform sehen aber eine Einbeziehung der Länder sowie Ausnahme- und Gestaltungsspielräume entsprechend § 6 Abs. 4 KHG vor. Die Regierungskommission hat dieses Harmonisierungsbedürfnis offenbar gesehen: Sie empfiehlt den Bundesländern, ihre Krankenhausplanung mit den Versorgungslevels und Leistungsgruppen zu harmonisieren und mit der Zuweisung von Leistungsgruppen einen Versorgungsauftrag zu verbinden.¹⁰⁸

4.1.2. Erforderlichkeit bundesgesetzlicher Regelungen

Nach Art. 72 Abs. 2 GG hat der Bund das Gesetzgebungsrecht auf dem Gebiet des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG nur dann, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung der Krankenhausfinanzierung erforderlich macht. Nach herrschender Meinung sind Bundesregelungen im gesamtstaatlichen Interesse dann vertretbar, wenn sie darauf abzielen, die Finanzierung auf Krankenhäuser mit qualitativ-hochwertigen Versorgungsstandards zu konzentrieren und möglichst bundesweit gleichwertige Lebensverhältnisse zu schaffen.¹⁰⁹ Dies ermächtigt den Bund zum Eingreifen, wenn sich die Lebensverhältnisse, insbesondere die wirtschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen, in den Ländern anderenfalls

107 Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Grundprinzipien des Reformvorschlags, S. 29, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf.

108 Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Grundprinzipien des Reformvorschlags, S. 29, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf.

109 Stollmann, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Auflage 2017, § 4, Rn. 7.

in erheblicher, das bundesstaatliche Sozialgefüge beeinträchtigender Weise auseinander entwickelt hätten oder entwickeln würden.¹¹⁰

Das besondere Interesse an einer bundesgesetzlichen Regelung liegt zudem dann vor, wenn sich abzeichnet, dass Regelungen in einzelnen Ländern aufgrund ihrer Mängel zu einer mit der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse unvereinbaren Benachteiligung der Einwohner dieser Länder führen und diese deutlich schlechter stellen würde als die Einwohner anderer Länder.¹¹¹ Das Gleiche gilt, wenn die unterschiedliche rechtliche Behandlung desselben Lebenssachverhaltes unter Umständen erhebliche Rechtsunsicherheiten und damit unzumutbare Behinderungen für den länderübergreifenden Rechtsverkehr erzeugen kann.¹¹²

Die Krankenhauslandschaft ist geprägt von Entgeltvereinbarungen zwischen überregional auftretenden Krankenhausträgern einerseits sowie bundesweit agierenden Krankenkassen und anderen Sozialleistungsträgern andererseits. Außerdem ist hier zu berücksichtigen, dass die Gewährleistung eines bundesweit möglichst einheitlichen Standards in der Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern eine elementare Bedeutung für die Lebensverhältnisse in der Bundesrepublik hat und jedem Bürger ein Anspruch auf gleiche Chancen bei der Erhaltung und Wiederherstellung seiner Gesundheit durch stationäre Leistungen zusteht.¹¹³

Damit erscheint eine künftige bundesgesetzliche Regelung zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse erforderlich. Aber auch das Merkmal der Wahrung einer Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse dürfte vorliegen, da im Wirtschaftssektor der stationären Krankenhausversorgung eine unterschiedliche Ausgestaltung der Vergütungsstruktur in den Ländern Einfluss auf die Trägervielfalt nehmen und der Zugang einzelner Krankenhausträger (z. B. freigemeinnützige oder öffentliche Träger) zur stationären Versorgung der Bevölkerung erheblich erschwert werden könnte.¹¹⁴ Die Reformvorschläge für eine neue bundeseinheitliche Finanzierung der Krankenhauslandschaft wären damit von der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG gedeckt und im Sinne des Art. 72 Abs. 2 GG erforderlich.

110 BVerfGE 106, 62 (144); Oeter, in: von Mangoldt/Klein/Starck, Grundgesetz, 7. Auflage 2018, Band 2, Art. 72, Rn. 104.

111 BVerfGE 140, 65 (82).

112 BVerfGE 106, 62 (145).

113 Siehe Rübsamen, Katrin, Verfassungsrechtliche Aspekte des Fallpauschalensystems im Krankenhauswesen (DRG-Vergütungssystem), in: Bochumer Schriften zum Sozial- und Gesundheitsrecht, Huster/Schnapp/Kaltenborn (Hrsg.), Band 2, Nomos Verlag, 1. Auflage 2008, S. 89.

114 Vgl. Rübsamen, Katrin, Verfassungsrechtliche Aspekte des Fallpauschalensystems im Krankenhauswesen (DRG-Vergütungssystem), in: Bochumer Schriften zum Sozial- und Gesundheitsrecht, Huster/Schnapp/Kaltenborn (Hrsg.), Band 2, Nomos Verlag, 1. Auflage 2008, S. 89.

4.2. Kompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12, 2. Alt. GG zur Regelung von Mindeststrukturvoraussetzungen

Neben der Gesetzgebungskompetenz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und der Regelung der Krankenhauspflegesätze hat der Bund nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12, 2. Alt. GG die konkurrierende Gesetzgebungsbefugnis für die **Sozialversicherung**. Dieser Kompetenztitel gewährt dem Bund eine umfassende Gesetzgebungskompetenz für das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, auch soweit die Krankenhausversorgung der gesetzlich Versicherten betroffen ist.¹¹⁵ Aufgrund dieser Kompetenzzuweisung kann der Bundesgesetzgeber insbesondere Vorgaben für die Qualität der den gesetzlich Versicherten zustehenden Krankenhausversorgung und der Krankenhausleistungen erlassen.

Die von der Regierungskommission vorgeschlagenen Mindeststrukturvoraussetzungen für jeden Standort beinhalten Vorgaben zur Qualitätssicherung, die auf Ebene der Level und Leistungsgruppen erfüllt sein sollen. Es stellt sich hier die Frage, ob ausgehend von den Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung in der Krankenhausversorgung, insbesondere der Mindestmengenregelung, auf eine Kompetenz des Bundesgesetzgebers für eine Festlegung von Versorgungsstufen mit jeweiligen Mindeststrukturvoraussetzungen als qualitätssichernde Maßnahmen auf Bundesebene geschlossen werden kann. In Anlehnung an die seitens des Bundesgesetzgebers eingeführte Mindestmengenregelung gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V könnte eine Gesetzgebungskompetenz des Bundes zur Einführung von qualitätsorientierten Mindeststrukturvoraussetzungen bestehen.

Gemäß § 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V hat der G-BA die Aufgabe, die zur Gewährung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen ärztlichen Versorgung erforderlichen Bestimmungen durch Richtlinien zu treffen. Dementsprechend beschließt der G-BA nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses. Gemäß § 136c Abs. 1 S. 1 SGB V beschließt er zudem Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind und nach § 6 Abs. 1a KHG Bestandteil des Krankenhausplans werden.

In den vergangenen Jahren hat, so die Ansicht in der Literatur, die Zahl und Eindringtiefe solcher Qualitätsanforderungen des G-BA im stationären Bereich erheblich zugenommen.¹¹⁶ Dabei bezweckt die Vorgabe von Mindestmengen die Gewährleistung einer angemessenen Versorgungsqualität und die kontinuierliche Verbesserung des Versorgungsniveaus.¹¹⁷ Die Bundeskompetenz

115 Halbe/Orlowski, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, Clausen/Schroeder-Printzen, 3. Auflage 2020, § 13, Rn. 16.

116 Stollmann, Schnittstelle Krankenhausrecht, NZS 2020, 561 (566) mit weiteren Verweisungen.

117 So die Begründung zum Fallpauschalengesetz, BT-Drs. 14/6893, S. 26 (28 ff.).

zur Regelung von Mindestmengen wird auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 12, 2. Alt. GG gestützt und dies damit begründet, dass es sich um eine Regelung der Qualität der Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung handele.¹¹⁸ Aufgrund des primären Normzwecks und maßgeblichen Regelungsgegenstands wird zum Teil auch vertreten, dass dieser Regelungsgegenstand von Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG erfasst sei, weil der Bundesgesetzgeber keine Ermächtigung zur Bedarfsprüfung habe.¹¹⁹ Zudem habe er kein Instrument der Krankenhausplanung geschaffen und damit nicht in Länderkompetenzen eingegriffen.

Letztlich hat das Bundessozialgericht (BSG) zur Frage der Gesetzgebungskompetenz für qualitätssichernde Maßnahmen klargestellt, dass eine Richtlinie des G-BA, mit der für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser Qualitätsanforderungen geregelt werden, keine Vorgaben für die Landeskrankenhausplanung enthält, sondern allein eine Maßnahme zur Qualitätssicherung auf Grundlage von § 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V darstellt, die bundeseinheitlich geregelt werden kann.¹²⁰ Unabhängig davon, welchem Kompetenztitel bundesweite qualitätssichernde Mindestmengenvorgaben zugeordnet werden, wird also grundsätzlich eine Gesetzgebungskompetenz des Bundes angenommen, selbst wenn sich diese Maßnahmen mittelbar auf die Krankenhausplanung auswirken sollten.

Vor dem Hintergrund dieser sozialrechtlichen Kompetenz des Bundesgesetzgebers, die sich aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12, 2. Alt. GG sowie Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG ergibt, stellt sich die Frage, ob dem Bund eine vergleichbare Kompetenz für eine bundesweite Festlegung von Mindeststrukturvoraussetzungen, wie sie die Regierungskommission aktuell plant, zustehen würde. Bereits bei Einführung der Mindestmengenregelung bestanden Bedenken, ob solche Vorgaben zur Schließung versorgungsnotwendiger Fachabteilungen oder Krankenhausstandorte – wie sie auch heute von den Ländern vorgetragen werden – führen könnten, mit der Folge, dass die gesundheitliche Versorgung gefährdet wäre.¹²¹ Dieser Sorge wurde damit begegnet, dass die Länder über eine Nichtanwendbarkeit der Mengenvorgaben im Einzelfall entscheiden können: Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann nach § 136b Abs. 5a SGB V die Nichtanwendung von Mindestmengenregelungen bei Leistungen bestimmen, bei denen die Anwendung die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährden könnte.

Im Falle der vorgeschlagenen Mindeststrukturvoraussetzungen verhält es sich ähnlich. Auch diese Mindeststrukturvorgaben sollen der Qualitätssicherung in der Krankenhausversorgung dienen und eng mit der bundesgesetzlichen Neuordnung der Krankenhausfinanzierung verknüpft

118 Vgl. Rübsamen, Katrin, Verfassungsrechtliche Aspekte des Fallpauschalensystems im Krankenhauswesen (DRG-Vergütungssystem), in: Bochumer Schriften zum Sozial- und Gesundheitsrecht, Huster/Schnapp/Kaltenborn (Hrsg.), Band 2, Nomos Verlag, 1. Auflage 2008, S. 88.

119 Vgl. Rübsamen, Katrin, Verfassungsrechtliche Aspekte des Fallpauschalensystems im Krankenhauswesen (DRG-Vergütungssystem), in: Bochumer Schriften zum Sozial- und Gesundheitsrecht, Huster/Schnapp/Kaltenborn (Hrsg.), Band 2, Nomos Verlag, 1. Auflage 2008, S. 87; a. A. Schimmelpfennig-Schütte, in: MedR 2006, S. 630 (631).

120 BSG (1. Senat), Urteil vom 9. April 2019 - B 1 KR 2/18 R, Rn. 16 ff.

121 So das Land Brandenburg, BR-Drs. 3/4/02; Rübsamen, Katrin, Verfassungsrechtliche Aspekte des Fallpauschalensystems im Krankenhauswesen (DRG-Vergütungssystem), in: Bochumer Schriften zum Sozial- und Gesundheitsrecht, Huster/Schnapp/Kaltenborn (Hrsg.), Band 2, Nomos Verlag, 1. Auflage 2008, S. 87.

sein. Damit ist nachvollziehbar, dass solche Vorgaben nicht isoliert betrachtet werden können. Primärer Regelungszweck bleibt dabei allein die Sicherstellung des qualitativ hohen Versorgungsniveaus im Krankenhaus. In die Krankenhausplanung der Länder wird dadurch nicht eingegriffen, denn mit der Vorgabe der Mindeststrukturvoraussetzungen wird gerade nicht der Bedarf für diese Leistungen festgeschrieben. Zudem soll – wie oben dargelegt – auch im Falle einer bundeseinheitlichen Definition von Mindeststrukturvoraussetzungen den Ländern ein Gestaltungsspielraum verbleiben, der es im Einzelfall ermöglicht, Ausnahmen, vergleichbar zu § 136b Abs. 5b SGB V, zu bestimmen und so bei qualitätsbezogenen Vorgaben abzuweichen.

Würden solche Optionen im Hinblick auf die Mindeststrukturvoraussetzungen und insbesondere die Zuordnung zu Krankenhaus-Levels geschaffen, bestünden für die Länder hinreichend Gestaltungsspielräume, um regionale und lokale Besonderheiten bei der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser durch ihre bedarfsgerechte Planung in Anlehnung an die bundesweite Finanzierungssystematik zu berücksichtigen. Unabhängig davon, ob man eine Festlegung von Mindeststrukturvoraussetzungen als Qualitätssicherungsmaßnahme auf den Kompetenztitel des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG zur Regelung der Sozialversicherung stützt oder als wirtschaftliche Sicherungsmaßnahme der Krankenhäuser im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG auslegt, darf der Bundesgesetzgeber solche Maßnahmen im Rahmen seiner Gesetzgebungskompetenz als Annex mitregeln.

4.3. Fazit

Die vorliegende dritte Stellungnahme der Regierungskommission bringt erhebliche Veränderungen in der Versorgungsstruktur der Krankenhäuser mit sich. Die Zielsetzung soll im Rahmen der bestehenden Bund-Länder-Kompetenzen verfolgt werden. Dabei betont die Kommission, dass eine Harmonisierung mit den Ländern angestrebt werde.

Es bestehen keine durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken an der Gesetzgebungskompetenz des Bundes zur Regelung einer neuen Krankenhausfinanzierung auf der Grundlage von Krankenhaus-Levels, Leistungsgruppen und einer Vorhaltefinanzierung zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser sowie einer Qualitätssicherung. Die vorgeschlagenen Maßnahmen wären von den Bundesgesetzgebungskompetenzen aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12, 2. Alt GG und aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG gedeckt und (in Bezug auf Letztere) auch erforderlich im Sinne des Art. 72 Abs. 2 GG, wenn die Länder ausreichend Gestaltungsräume erhalten, wie sie aktuell in § 6 Abs. 4 KHG bestimmt sind, und wenn ihnen Abweichungs- und Normsetzungsbefugnisse im Hinblick auf die regionalen und lokalen Besonderheiten eingeräumt werden, wie sie beispielsweise bei den Qualitätsanforderungen der §§ 136b und 136c SGB V geregelt sind.
