

PAPERS

SEBASTIAN BAUNACK

**QUALITATIVE ANFORDERUNGEN
AN PLANKRANKENHÄUSER –
GESTALTUNGSMÖGLICHKEITEN
DER BUNDESLÄNDER
RECHTSGUTACHTEN**

SEBASTIAN BAUNACK ist Fachanwalt für Arbeits- und Verwaltungsrecht und im Wirtschaftsverwaltungsrecht, insbesondere auch im Vergabe- und Zuwendungsrecht, tätig. Er ist Partner der Kanzlei dka Rechtsanwälte Fachanwälte.

Das Rechtsgutachten wurde im Mai 2020 erstellt und berücksichtigt die bis zum 25. Mai 2020 geltende Rechtslage.

IMPRESSUM

PAPERS 3/2020

wird herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung

V. i. S. d. P.: Ulrike Hempel

Straße der Pariser Kommune 8A · 10243 Berlin · www.rosalux.de

ISSN 2194-0916 · Redaktionsschluss: Oktober 2020

Lektorat: TEXT-ARBEIT, Berlin

Layout/Herstellung: MediaService GmbH Druck und Kommunikation

ZUSAMMENFASSUNG

- 1) Die Landesgesetzgeber haben die rechtliche Möglichkeit, in ihrem jeweiligen Landeskrankenhausgesetz konkrete ergänzende Qualitätsanforderungen vorzugeben, welche die Verwaltung bei der Aufstellung des Landeskrankenhausplans auf erster Stufe als Planungsziele berücksichtigen und auf zweiter Stufe bei der Bestenauslese zwischen mehreren Konkurrent*innen zur Begründung der Auswahlentscheidung heranziehen kann. Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)¹ sind grundsätzlich bei der Aufstellung des Landeskrankenhausplans zu beachten, können jedoch durch die Länder abgeändert oder ergänzt werden. Eine Regelung auf Ebene der Verwaltung bei der Aufstellung des Landeskrankenhausplans oder bei der Bescheidung eines Antrags auf Aufnahme in den Landeskrankenhausplan ist hingegen nicht möglich. Es gilt aufgrund des Eingriffs in die Berufsfreiheit der Krankenträger aus Art. 12 Abs. 1 Grundgesetz (GG) ein strikter Gesetzesvorbehalt (Wesentlichkeitstheorie).
- 2) Bestimmte Bereiche, wie etwa die Personalmindestbemessung, sind nach Rechtsprechung der Landesverfassungsgerichte von Hamburg, Bremen und Bayern durch abschließende Bundesnormen im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) (zur Personalbemessung: §§ 137i und §§ 137j SGB V) abschließend geregelt und stehen demzufolge keiner abweichenden Landesregelung offen. Den Urteilen der Landesverfassungsgerichte zufolge dürfen in solchen abschließend durch den Bund geregelten Mindestbemessungen auf Landesebene keine im Widerspruch zu diesen stehenden Regelungen getroffen werden. Eine solche landesgesetzliche Regelung wäre nach Auffassung der Gerichte aufgrund des abschließenden Bundesrechts nach Art. 31 GG unzulässig.
In diesen abschließend durch den Bund geregelten Bereichen können aber nach Auffassung des vorliegenden Gutachtens auf zweiter Stufe der Feststellung über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan, also der Auswahlentscheidung zwischen mehreren Krankenhausbetreibern, bei einem Überangebot von Bewerbern ergänzende Qualitätsanforderungen (auch der Personalbemessung) als Auswahlkriterien herangezogen werden. Solche ergänzenden Qualitätsanforderungen müssen über die durch den Bund geforderte Mindestbemessung hinausgehen.
- 3) Die ergänzenden Qualitätsanforderungen müssen im Landeskrankenhausgesetz hinreichend bestimmt sein und in der Landeskrankenhausplanung durch ein besonderes Versorgungsbedürfnis, welches über das Versorgungsbedürfnis im Bund hinausgeht, besonders gerechtfertigt sein. Die Rechtfertigung könnte sich als schwierig erweisen.
- 4) Die Bescheide über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Landeskrankenhausplan können zudem mit Nebenbestimmungen versehen werden, mit denen weitere (Landes-)Qualitätsvorgaben aufgegeben werden. Die Ermächtigung der zuständigen Verwaltung zum Erlass solcher Nebenbestimmungen muss jedoch im Landeskrankenhausgesetz ausdrücklich verankert werden. Zudem muss gesetzlich ein Rahmen bestimmt werden, in dem sich solche Nebenbestimmungen zu halten haben. Werden die Nebenbestimmungen nicht eingehalten, kann der Bescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan zurückgenommen werden.
- 5) Die aufgezeigten Spielräume darf der Landesgesetzgeber durch die Aufstellung konkreter Qualitätsvorgaben und die ausdrückliche Möglichkeit zur Festlegung von Nebenbestimmungen in seinem Landeskrankenhausgesetz ausfüllen. Er kann dadurch die unbestimmten Rechtsbegriffe der Qualität in § 1 KHG ausfüllen und ergänzend zu den Richtlinien des G-BA weitere Landesqualitätsanforderungen aufstellen. Dadurch kann der Landesgesetzgeber effektiv Einfluss darauf nehmen, welche Krankenhausanbieter in den Landeskrankenhausplan aufgenommen werden und welche Maßnahmen sie zur effektiven Umsetzung der Qualitätsziele treffen müssen. Somit können die Länder auch Einfluss darauf nehmen, welche qualitativen Angebote die Krankenträger an die Bevölkerung unterbreiten.
- 6) Da die Aufstellung solcher Kriterien jedoch in die unternehmerische Freiheit der Träger aus Art. 12 Abs. 1 GG eingreift, bedarf es dazu eines formalen Gesetzes als Grundlage der Verwaltungsentscheidung, den Krankenhausplan mit bestimmten Zielen aufzustellen, ein Krankenhaus als bestgeeignet auszuwählen und in den Krankenhausplan aufzunehmen sowie im Aufnahmebescheid Nebenbestimmungen zur besseren Erreichbarkeit der Ziele der Krankenhausplanung zu erlassen.

¹ Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Er bestimmt in Form von Richtlinien, welche medizinischen Leistungen die ca. 73 Millionen Versicherten beanspruchen können. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für Praxen und Krankenhäuser (vgl. www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind).

INHALT

Vorwort: Politische Einordnung	6
1 Aufgeworfene Fragen	8
2 Verfassungsrechtliche Kompetenzverteilung	9
2.1 Kompetenztitel der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser	9
2.2 Kompetenztitel der Sozialversicherung	9
2.3 Hineinreichen der Kompetenzen zur Krankenhausfinanzierung in die Krankenhausplanung	10
2.4 Gebrauchmachen von der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz	10
2.5 Gesetzgebungskompetenz der Länder aufgrund von Öffnungsklauseln	10
2.6 Exkurs: Öffnung für Landesregelungen hinsichtlich Versorgungsverträgen.	11
3 Einfachgesetzliche Regelungen auf Bundesebene	12
3.1 Gesetzeszweck des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	12
3.1.1 Begriff der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser in § 1 KHG	12
3.1.2 Begriff der Wirtschaftlichkeit in § 1 KHG	12
3.1.3 Begriff der qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung in § 1 KHG.	12
3.1.4 Begriff der Bedarfsgerechtigkeit in § 1 KHG.	13
3.2 Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausplanung und die Krankenhausverwaltung.	14
3.3 Das Ziel einheitlicher Lebensverhältnisse im Bund	14
4 Landeskrankenhausplanung und Auswahlentscheidung	16
4.1 Notwendige Elemente der Krankenhausplanung nach § 6 KHG	16
4.1.1 Ziele der Krankenhausplanung	16
4.1.2 Bedarfsanalyse	16
4.1.3 Krankenhausbestandsanalyse	16
4.1.4 Landesversorgungsentscheidung.	16
4.2 Versorgungsentscheidung.	16
4.2.1 Erste Stufe: Planaufnahmeentscheidung	16
4.2.2 Zweite Stufe: Aufnahmeentscheidung	18
4.3 Berücksichtigung ergänzender Qualitätsanforderungen des Landesgesetzgebers	18
5 Aufstellung ergänzender Qualitätsanforderungen im Landeskrankenhausgesetz	20
5.1 Sperrung von Landesregelungen zu Mindestqualitätsanforderungen und Mindestmengen	20
5.2 Erfordernis der Gesetzförmigkeit ergänzender Qualitätsanforderungen.	20
5.3 Ausschluss oder Abänderung der Richtlinien des G-BA durch den Landesgesetzgeber.	21
6 Konkrete Regelungsmöglichkeiten im Landeskrankenhausgesetz	22
7 Zulässigkeit von Nebenbestimmungen in den Aufnahmebescheiden	23
7.1 Erforderlichkeit einer Rechtsgrundlage für Nebenbestimmungen	23
7.2 Beispiele für die Zulassung von Nebenbestimmungen im Landeskrankenhausgesetz.	23
7.3 Grenzen der Zulässigkeit von Auflagen in Aufnahmebescheiden	23
8 Handlungsmöglichkeiten der Landesgesetzgeber	25
Literaturverzeichnis	26

VORWORT: POLITISCHE EINORDNUNG

Während dieses Gutachten im Spätsommer 2020 in den Druck geht, steht das Thema Gesundheit im Zentrum der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit. Die weltweite Corona-Pandemie macht zum einen deutlich, dass die Gesundheitsversorgung ein zentraler Aspekt der (sozialen) Reproduktion von Gesellschaften ist. Sie zeigt zum anderen, dass ebendiese Versorgung aktuell nicht gerade gut gewährleistet wird: Vom chronischen Personalmangel insbesondere in der Pflege, einem Mangel an materiellen Ressourcen (etwa an Beatmungsgeräten) bis hin zu fehlenden Bettenkapazitäten, besonders vorgehaltener Kapazitäten für Krisenfälle wie diesen – vieles in der Gesundheitsversorgung erweist sich im Brennglas der Corona-Krise als mangelhaft. Dabei ist die Sicherstellung der stationären Versorgung in Deutschland Aufgabe des Staates. Mithilfe der Krankenhausplanung soll dieser «eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung [...] mit Krankenhäusern» (§ 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz; KHG) erreichen. Die Ermittlung von stationärem Behandlungsbedarf und die daraus folgenden politischen und administrativen Prozesse, also vor allem die Krankenhausplanung und die Finanzierung, sind demnach zentrale Aufgaben der Gesundheitspolitik. Dies umfasst, auf Krisen wie diese gut vorbereitet zu sein, aber auch im Normalbetrieb eine qualitativ hochwertige und bedarfsorientierte Versorgung zu gewährleisten.

Zugleich ist gesellschaftlich umkämpft und rechtlich strittig, was genau unter Bedarf und bedarfsorientierter Versorgung zu verstehen und wer dafür zuständig ist. Mit einer Studie sorgte etwa die Bertelsmann Stiftung im Sommer 2019, wie schon die Leopoldina im Jahr 2016, für Aufregung, indem sie behauptete, eine bessere Gesundheitsversorgung sei mit nur halb so vielen Kliniken möglich. Der gesellschaftliche Versorgungsbedarf wird von der Bertelsmann Stiftung darin gesehen, Krankenhäuser und Betten zu reduzieren, hohe Fallzahlen und lange Verweildauern von Patient*innen im Krankenhaus abzubauen und die Leistungen stattdessen in wenigen Krankenhäusern zu konzentrieren. Der entscheidende Hebel für die angestrebten Veränderungen wird im (Landes-)Krankenhausgesetz der Länder gesehen. Hier sollen die rechtlichen Voraussetzungen, die im Bereich des Krankenhausplanungsrechts angesiedelt sind, geschaffen werden, um eine Reduktion der Anzahl der Krankenhäuser und eine Zentrierung der Versorgung zu erreichen. Auf der Grundlage einer Bedarfsplanung sollen die Länder also strategischen Einfluss auf die Krankenhausversorgung nehmen – mit dem Ziel, vermeintliche Überkapazitäten abzubauen und Zentrenbildungen zu befördern. Hier wird nicht nur bestimmt, was unter Bedarf und bedarfsgerechter Versorgung zu verstehen ist, sondern auch, wie dies rechtlich zu erreichen ist.

Die Debatte um die Versorgungsstruktur der Krankenhäuser ist bemerkenswert: Lag zu Beginn der 2000er Jahre der Fokus der Neoliberalisierung des Gesundheitssystems auf der Umgestaltung des Finanzierungsmodells, so zielt sie aktuell verstärkt auf die Versorgungsstruktur. Das Terrain der Kämpfe um Gesundheit hat sich also verschoben. Demnach wird aktuell – mindestens von einigen neoliberalen Thinktanks – das Ziel verfolgt, vermeintliche «Überkapazitäten» in der Gesundheitsversorgung abzubauen. Auch wenn im Lichte der Corona-Krise jene Stimmen leiser geworden sind, die für eine massive Reduktion von Krankenhäusern und Bettenkapazitäten eintreten, bleiben Auseinandersetzungen um die Versorgungsstruktur auch aus linker Perspektive relevant. Indem nunmehr Planungskriterien für die Versorgung genauer bestimmt werden sollen, werden zugleich Fragen der Bedarfsplanung (neu) aufgeworfen und wird nach Indikatoren für die Ermittlung des Bedarfs gesucht. Dies bietet einerseits die Möglichkeit, in die durch das Finanzierungssystem nach Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups; DRG) geschaffenen Über-, Unter- und Fehlversorgungen planerisch einzugreifen. Andererseits werden Fragen nach einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung für alle aufgeworfen. Planerisch müssten also zum einen Kriterien für eine bedarfsorientierte Versorgung definiert werden, zum anderen müsste in die Auswüchse eines Systems interveniert werden, das wirtschaftliche Zwänge und Profit an erste Stelle setzt. Bekannt und medial oft skandalisiert ist etwa die Unterversorgung in Bereichen, die geringe Erlöse erbringen, wie die Kinderkrankenpflege, die Geburtshilfe oder die Notfallversorgung. Zugleich sind aber auch Über- und Fehlversorgungen in den durch die DRG gut vergüteten Bereichen wie etwa Gelenk- und Herzoperationen oder auch Kaiserschnittgeburten zu beobachten. In den letzten Jahren ist ein deutlicher Anstieg solcher Operationen zu verzeichnen – ohne dass sich dies durch den medizinischen Fortschritt oder die demografische gesellschaftliche Entwicklung erklären ließe. Getrieben von der Möglichkeit, durch den Betrieb eines Krankenhauses Gewinne zu erzielen, aber auch vom Risiko, bei negativen Bilanzen den Bestand der Abteilung oder des gesamten Krankenhauses zu gefährden, sind betriebswirtschaftliche Kennzahlen zu den wichtigsten Zielsetzungen jeder Krankenhausleitung avanciert.

Um dieser Situation planerisch entgegenzuwirken, müssen die Krankenhausplanung und das Landesrecht zu Steuerungsinstrumenten ausgebaut und als solche genutzt werden. Ganz nebenbei wäre so zudem ein Instrument entwickelt, um (auf Landesebene) der Gewinnerzielung im Gesundheitsbereich entgegenzuwirken; also eine profit- gegen eine bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung für alle zu tauschen. Ohne da-

rauf zu warten, bis der Kampf für ein anderes Finanzierungsmodell bundesweit gewonnen ist. Wie aber ist dies möglich?

Auf diese Frage formuliert das vorliegende Rechtsgutachten Antworten. Denn obwohl die konkurrierende Gesetzgebung im Bereich der Krankenhausversorgung vorsieht, dass der Bund die Finanzierung regelt, während die Länder für die Planung zuständig sind, wird die Bedarfsermittlung und Krankenhausplanung – und der Landeskrankenhausplan als Hauptsteuerungsinstrument – von den Bundesländern bisher nicht wirklich genutzt. Das vorliegende Gutachten widmet sich daher den rechtlichen Möglichkeiten, die Krankenhauslandschaft durch Landesplanung qualitativ zu gestalten. Es kommt zu dem Schluss, dass eine Landeskrankenhausplanung entlang von Qualitätskriterien an vielen Stellen möglich ist. Der Landesgesetzgeber hat die Möglichkeit, ergänzende Qualitätsanforderungen aufzustellen, wenn es um die Frage geht, ob eine Klinik in den Landeskrankenhausplan aufgenommen wird und daher ihre Kosten über die Krankenkassen abrechnen kann. Etwa wenn es um eine gute Erreichbarkeit im Notfall oder eine wohnortnahe Versorgung bei Geburten geht. Soweit die Frage von Personalvorgaben berührt ist, wird der Status quo der bisher von den Landesverfassungsgerichten von Hamburg, Bay-

ern und Bremen entwickelten Rechtsprechung zu den Volksentscheidungs-Initiativen zugrunde gelegt. Die Landesgerichte haben die in den Volksentscheiden geforderten Personalvorgaben auf Landesebene aus kompetenzrechtlicher Perspektive abgelehnt. Zum jetzigen Zeitpunkt muss dies als herrschende Meinung und daher angenommen werden, dass die Länder Personalvorgaben nicht als Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan formulieren können.²

Das vorliegende Gutachten macht jedoch deutlich, dass Personalvorgaben bei der Bestenauslese dennoch als Auswahlkriterien für ein Krankenhaus herangezogen werden können. Also dann, wenn sich mehrere Häuser auf einen Versorgungsauftrag bewerben. Hier ist es möglich, eine gute Personalausstattung zum Auswahlkriterium zu machen. Insgesamt zeigt das Gutachten zahlreiche Handlungsmöglichkeiten für die Länder auf, die es nun gilt, offensiv für eine bedarfsgerechte Versorgung zu nutzen. Mit der Studie wollen wir dazu ermuntern, dieses Wissen zu nutzen, um gemeinsam dafür zu streiten, Markt und Profite zurückzudrängen und Gesundheit wieder zu einem öffentlichen und demokratischen Gut zu machen.

Julia Dück, Institut für Gesellschaftsanalyse
der Rosa-Luxemburg-Stiftung

² In Berlin ist ein entsprechendes Verfahren, in dem kompetenzrechtliche Fragen vonseiten der Volksentscheidungs-Initiative juristisch noch einmal in den Mittelpunkt gestellt werden, allerdings noch nicht entschieden. Für diese Auseinandersetzung wünschen wir der Initiative viel Erfolg und hoffen auf eine Stärkung der landesrechtlichen Kompetenzen (vgl. <https://volksentscheid-gesunde-krankenhaeuser.de/>).

1 AUFGEWORFENE FRAGEN

Im vorliegenden Rechtsgutachten werden zwei Fragestellungen geprüft.

Die *erste Frage* betrifft die Möglichkeit des Landesgesetzgebers, im Landeskrankenhausgesetz die Versorgungsziele konkret zu regeln und damit die unbestimmten Rechtsbegriffe des § 1 KHG (patienten- und bedarfsgerechte, leistungsfähige, qualitativ hochwertige und eigenverantwortlich wirtschaftende Krankenhäuser) genauer zu bestimmen.

Die *zweite Frage* betrifft die Zulässigkeit der Verknüpfung der Zuwendung von Fördermitteln des Landes mit Auflagen. Solche Auflagen zur Erreichung eines höheren Qualitätsstandards könnten unter Umständen schon in den Bescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan oder auch in den Bescheid über die Gewährung konkreter Fördermittel aufgenommen werden.

§ 1 KHG enthält unbestimmte Rechtsbegriffe. Diese betreffen sowohl die Versorgungsstruktur («patienten- und bedarfsgerecht») als auch die innere Struktur der Krankenhäuser («leistungsfähig», «qualitativ hochwertig»). Zudem können bestimmte Anforderungen des § 1 KHG privatisierungsfördernd wirken («eigenverantwortlich wirtschaftend», «Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten», «wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten», «zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen»). Diese unbestimmten Rechtsbegriffe könnten durch den Bundesgesetzgeber in § 136c SGB V und zuletzt durch die Empfehlungen und die Beschlüsse des G-BA weiter konkretisiert worden sein. Die Planungsmöglichkeiten der Länder könnten dadurch und durch die Rechtsprechung stark eingeschränkt und faktisch auf die Planung von Bettenkapazitäten beschränkt worden sein.

Mit Hinblick auf diese Umstände wurde die Fragestellung wie folgt konkretisiert:

Bestimmung von Planungszielen/Bestimmung unbestimmter Begriff bezogen auf die Versorgungsstruktur:

- *Wie weit gehen die Kompetenzen der Länder in Bezug auf die Gestaltung der Versorgungsstruktur? Wie lässt sich die Möglichkeit der Länder verbessern, im Rahmen ihres Planungsrechts in die unternehmerische Freiheit von privatwirtschaftlichen Krankenhäusbetreibern einzugreifen?*
- *Wie könnten oder müssten Planungsziele durch Landeskrankenhausgesetz formuliert werden, um mit den Gesetzen auf Bundesebene vereinbar zu sein?*
- *Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hat der Bundesgesetzgeber 2015 sehr weitreichende Möglichkeiten zum planerischen Eingriff geschaffen (vor allem § 8 Abs. 1a–c KHG). Diese sind jedoch rein negativ auf Bettenschließungen orientiert und er-*

möglichen kein gestaltendes Eingreifen. Welche planerischen Möglichkeiten gibt es dennoch für Landeskrankenhausgesetzgebungen etwa in Bezug auf die Bestimmung von Planungszielen, um die unbestimmten Rechtsbegriffe im Hinblick auf die Versorgungsstruktur zu füllen, auf die auch private Krankenhäusbetreiber verpflichtet werden können, z. B. durch Zusammenlegung von Standorten?

- *Um eine Grundlage für stärkere Planungsvorgaben und Normen zu schaffen, müssen die unbestimmten Rechtsbegriffe des KHG durch Landesrecht genauer bestimmt werden, sodass gerichtsfest in die unternehmerischen Grundrechte eingegriffen werden kann. Es müsste also etwa bestimmt werden, was «patienten- und bedarfsgerecht» in Bezug auf die Versorgungsstruktur bedeutet, was «leistungsfähig» und «qualitativ hochwertig» in Bezug auf die innere Struktur der Krankenhäuser meint (z. B. Welche zeitliche Erreichbarkeit muss für welche Fachgebiete garantiert werden? – ggf. für bestimmte Regionen spezifische Bedarfe von Fachgebieten). Wie könnte dies in Einklang mit den Bundesgesetzen formuliert werden?*

Bestimmung von Auflagen:

- *In § 1 Abs. 2 KHG heißt es: «Die Gewährung von Fördermitteln nach diesem Gesetz darf nicht mit Auflagen verbunden werden, durch die die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern über die Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus beeinträchtigt werden.» Anders herum formuliert: Es dürfen Auflagen gemacht werden, wenn diese für die Krankenhausplanung erforderlich sind. Hier wäre zu prüfen, wie weit man dies auslegen kann.*

Der Gegenstand der Begutachtung fokussiert nicht vorrangig die Zulässigkeit landesrechtlicher Regelungen zur Personalmindestbemessung. Diese Regelungen werden zwar mit betrachtet, jedoch stehen diese hinsichtlich der bereits ergangenen verfassungsgerichtlichen Entscheidungen nicht im Vordergrund der Prüfung. Geprüft wird allerdings, welche Regelungen zur Personalbemessung auf Landesebene auch unter Berücksichtigung der Landesverfassungsurteile vorgenommen werden können. Der Schwerpunkt der Begutachtung liegt überdies auf ergänzenden Qualitätsregelungen wie beispielsweise diejenige zur Zurverfügungstellung von Geburtshilfen, welche für die Krankenhausträger finanziell nicht attraktiv, jedoch für die Versorgung der Bevölkerung von großer Bedeutung ist. Weiterhin wurde das Kriterium der Erreichbarkeit der Krankenhäuser geprüft. Die rechtliche Prüfung wurde auf die derart konkretisierten Fragen hin ausgerichtet.

2 VERFASSUNGSRECHTLICHE KOMPETENZVERTEILUNG

Die erste innerhalb dieses Rechtsgutachtens aufgeworfene Frage bezieht sich maßgeblich darauf, welche Möglichkeiten die Länder haben, die unbestimmten Rechtsbegriffe in § 1 Abs. 1 KHG durch Landesgesetze und/oder Verordnungen auszufüllen. Dazu ist die verfassungsrechtliche Normsetzungskompetenz zu prüfen. Dabei ist zu beachten, dass im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung zwischen Kernkompetenzen (Art. 72 Abs. 1 GG), Erforderlichkeitskompetenzen (Art. 72 Abs. 2 GG) und Abweichungskompetenzen (Art. 72 Abs. 3 GG) unterschieden wird.³ Die einschlägigen Kompetenznormen für die Krankenhausplanung ergeben sich aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 (Sozialversicherung) und 19a (wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser) im Grundgesetz. Bei Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG handelt es sich um einen Fall des Art. 72 Abs. 1 GG (Kernkompetenz), Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG ist ein Fall des Art. 72 Abs. 2 GG (Erforderlichkeitskompetenz). Die Kompetenzprüfung hat demnach anhand dieser unterschiedlichen Kompetenztitel zu erfolgen.

2.1 KOMPETENZTITEL DER WIRTSCHAFTLICHEN SICHERUNG DER KRANKENHÄUSER

Der Kompetenztitel für die *wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG* gehört zur Gruppe der Erforderlichkeitskompetenzen, auf die der Bundesgesetzgeber ein Bundesgesetz nur dann stützen darf, wenn dies zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder zur Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit erforderlich ist. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a Var. 1 GG betrifft dabei nur die «wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser». Der Begriff des Krankenhauses ist wie folgt einfachgesetzlich legaldefiniert:

«Krankenhäuser sind 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 gepflegt werden können.» (§ 2 Nr. 1 KHG)

Krankenhäuser können somit rechtssicher von anderen Trägern der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung abgegrenzt werden. Krankenhäuser nach § 2 Abs. 1 KHG können dabei sowohl in privater als auch in öffentlicher Trägerschaft betrieben werden. Während bei Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft das Land oder die Kommune als Träger (ggf. als Gesellschafter bei privatisierten Unternehmen wie Vivantes, welches sich zu 100 Prozent im Eigentum des Landes Berlin befindet) direkt Einfluss auf das qualitative Angebot nehmen kann, ist dies bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft nicht der Fall. Hier ist daher der gesetzliche Eingriff aufgrund der Kompetenznorm des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG von ungleich größerer Bedeutung.

Die Kompetenznorm des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG für den Bundesgesetzgeber umfasst dabei nicht die Krankenhausplanung, sondern ausschließlich die «wirtschaftliche Sicherung» der Krankenhäuser. Dem Bund steht gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG die konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit für die «wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser» zu. Hiervon sind die Regelungen über die Einnahmen und Ausgaben der Krankenhäuser erfasst.⁴ Demgegenüber ist die Krankenhausorganisation und -planung grundsätzlich Sache der Länder.⁵ Umfasst von der konkurrierenden Bundeskompetenz ist die finanzielle Förderung der Krankenhäuser,⁶ nicht jedoch mögliche Umstrukturierungen in Organisation oder Planung der Krankenhäuser.⁷ In Letztere darf der Bund nicht aufgrund einer Bundesnorm eingreifen. Auch reichen gesundheitspolitische Fernziele nicht aus, um eine Kompetenz des Bundesgesetzgebers nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a zu begründen.⁸

Die Gesetzesbegründung zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)⁹ ergibt hinsichtlich der Voraussetzungen des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG das Ziel einheitlicher Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung der Bevölkerung im gesamten Bundesgebiet.¹⁰ Der Bund hat den Ländern jedoch mit Blick auf ihre Planungshoheit ein umfassendes Abweichungsrecht (§ 6 Abs. 1 a S. 2 KHG) eingeräumt. Dies wird durchaus kritisiert, da diese Öffnung für Landesregelungen die Durchsetzung einheitlicher Lebensbedingungen im gesamten Bundesgebiet erschwere.¹¹ Im Hinblick auf die hier aufgeworfene Prüfungsfrage lässt sich aber die Öffnungsklausel des § 6 Abs. 1 a S. 2 KHG zur Gestattung einer Landesregelung zur Verbesserung der Qualität durch ergänzende höhere Anforderungen nutzbar machen.

2.2 KOMPETENZTITEL DER SOZIALVERSICHERUNG

Die *Regelungen zur Sozialversicherung in Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG* gehören zur verfassungsrechtlichen Kernkompetenz des Bundes nach Art. 72 Abs. 1 GG. Nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG erstreckt sich die konkurrierende Gesetzgebung auch auf die Sozialversicherung. Der Begriff «Sozialversicherung» ist nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) als verfassungsrechtlicher Gattungsbegriff zu verstehen,

³ BVerfG v. 24.11.2010, 1 BvF 2/05, NVwZ 2011: 94; Ternick, Qualitätsindikatoren des G-BA als Grundlage für die Krankenhausplanung, NZS 2017: 770. ⁴ Vgl. StGH Bremen v. 20.02.2020 – St 1/19; Wollenschläger/Schmidl, VSSR 2014: 117, 124 f.; Kuhla, Gesetzgebungskompetenzen im Krankenhausrecht, NZS 2014: 361 f. ⁵ Vgl. BVerfG v. 07.02.1991, 2 BvL 24/84, – juris Rn. 60; BSG v. 19.06.2018, B 1 KR 32/17 R – juris Rn. 17 ff.; HVerfG v. 07.05.2019, 4/18 – juris Rn. 100; Pieroth, in: Jarass/Pieroth, GG, 15. Aufl. 2018, Art. 74 Rn. 54. ⁶ Vgl. BVerfG v. 13.09.2005 – 2 BvF 2/03. ⁷ Vgl. BVerfG v. 20.09.1991 – 1 BvR 879/90, NVwZ 1992: 365. ⁸ Vgl. BVerfG v. 12.06.1990 – 1 BvR 355/86, NJW 1990: 2306; BeckOK GG/Seiler, 42. Ed., 01.12.2019, GG Art. 74 Rn. 73. ⁹ Vgl. BT-Drs. 18/5372. ¹⁰ Vgl. BR-Drs. 277/15: 42. ¹¹ Vgl. Stollmann, Qualitätsvorgaben in der Krankenhausplanung – Änderungen durch das Krankenhausstrukturgesetz, NZS 2016: 201.

der weit zu fassen ist und alles beinhaltet, was sich der Sache nach als Sozialversicherung darstellt.¹² Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG umfasst daher alle Regelungen, welche die Modalitäten der Erbringung der Krankenhausleistungen gegenüber den Sozialversicherten im System der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen. Dies betrifft nicht nur Regelungen zu den Voraussetzungen und zum Umfang der im Krankheitsfall zu gewährenden Leistungen, sondern auch solche zur Art und Weise ihrer Erbringung. Letzteres bezeichnet man als Leistungserbringungsrecht.

Diese Bundeskompetenz schließt daher auch die Anforderungen an die Qualität der krankenversicherungsrechtlichen Leistungen und die in diesem Zusammenhang stehende Qualitätssicherung ein. Der Bund kann sich auch dann auf den Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG beruhenden verfassungsrechtlichen Kompetenztitel zur Gesetzgebung berufen, wenn er aus Gründen der sozialversicherungsrechtlichen Qualitätssicherung Regelungen zu treffen beabsichtigt, die sich sodann auf die – in der Gesetzgebungskompetenz der Länder liegende – Krankenhausplanung auswirken und diese aus Gründen einer wirksamen, effektiven und wirtschaftlichen sozialversicherungsrechtlichen Leistungserbringung modifizieren.¹³ Die bundesgesetzlichen Regelungen zur Sozialversicherung können demnach auf die Krankenhausplanung der Länder durchschlagen.

Dieses Prinzip einer bundesweit einheitlichen Qualitätssicherung ist in den §§ 135 ff. SGB V verwirklicht worden. Erkennbar wird dies an den bundesgesetzlichen Regelungen zur Personalmindestbemessung. Diese finden sich in den Regelungen der §§ 136a Abs. 2 (zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung), 137i (zu Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern), 137j (zum Pflegepersonalquotienten, der das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses beschreibt). Diese Normen sind auch insoweit von der Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG gedeckt, als sie in den Bereich der Krankenhausplanung hineinreichen. Dies ist gemäß der Rechtsprechung der Landesverfassungsgerichte Bremen, Hamburg und Bayern hinzunehmen und verletzt nicht die allein den Ländern gemäß Art. 70 Abs. 1 GG obliegende Gesetzgebungskompetenz für das Krankenhausplanungsrecht, sofern noch ein Zuständigkeitsrest der Länder verbleibt.¹⁴ Das Planungsrecht der Länder besteht demzufolge weiter, allerdings nur im Rahmen der zwingenden bundesrechtlichen Regelungen zur Sozialversicherung.

Die Öffnungsklauseln für ergänzende Qualitätsanforderungen der Länder in § 6 Abs. 2 KHG und in § 136b Abs. 2 S. 4 SGB V geben darüber hinaus Spielräume für die Sicherung der Landeskompetenz. Diesen Öffnungsklauseln ist Bedeutung beizumessen und sie sind weit auszulegen.

2.3 HINEINREICHEN DER KOMPETENZEN ZUR KRANKENHAUSFINANZIERUNG IN DIE KRANKENHAUSPLANUNG

Demnach sind Regelungen zur Qualitätssicherung und insbesondere auch zur Personalmindestbemessung von der Gesetzgebungskompetenz des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG hinsichtlich der Sozialversicherung gedeckt. Es bedarf keines Rückgriffs auf die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG. Diese Kompetenz des Bundes reicht in den Bereich der Krankenhausplanung hinein. Sie ist jedoch nicht dem Krankenhausplanungsrecht zuzuordnen, welches allein den Ländern obliegt.¹⁵ Denn diese Qualitätsregelungen des Bundes sind für die Erbringung der sozialversicherungsrechtlich geregelten Krankenhausleistungen erforderlich und auch vorrangig auf die Ausgestaltung der Sozialversicherung ausgerichtet. Sie dienen dem Zweck des § 1 SGB V,¹⁶ die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Etwas damit verbundene Nebeneffekte auf die Krankenhausplanung ändern daran nichts.¹⁷ Insoweit hier nach Rechtsprechung der Landesverfassungsgerichte abschließende Bundesregelungen bestehen, sind Landesregelungen nach Art. 31 GG nicht zulässig.

2.4 GEBRAUCHMACHEN VON DER KONKURRIERENDEN GESETZGEBUNGSKOMPETENZ

Der Bundesgesetzgeber hat von seiner konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz aus den Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 und 19a GG durch den Erlass formeller Gesetze Gebrauch gemacht. Dies ergibt sich zum einen aus dem KHG, zum anderen aus den §§ 135 ff. SGB V.¹⁸ Der Bund hat etwa die als Regelung der Sozialversicherung unter Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG fallende Mindestausstattung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal in § 136i und j SGB V geregelt und dadurch nach Auffassung der Landesverfassungsgerichte Bremen, Hamburg und Bayern eine landesrechtliche Regelung versperrt.¹⁹

2.5 GESETZGEBUNGSKOMPETENZ DER LÄNDER AUFGRUND VON ÖFFNUNGSKLAUSELN

Eine Gesetzgebungskompetenz der Länder könnte sich auch in den Fällen ergeben, in denen dem Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz zusteht

¹² Vgl. BVerfG v. 08.04.1987, 2 BvR 909/82 – juris Rn. 95; StGH Bremen v. 20.02.2020 – St 1/19; HVerfG v. 07.05.2019, 4/18 – juris Rn. 75; Maunz, in: Maunz/Dürig, GG, Rn. 170; Pieroth, in: Jarass/Pieroth, GG, Art. 74 Rn. 35. ¹³ Vgl. HVerfG v. 07.05.2019, 4/18 – juris Rn. 76; BayVerfGH v. 16.07.2019, Vf. 41-IX-19 – juris Rn. 77; Kuhla, NZS 2014: 361, 364; Kuhla, Qualität der stationären Behandlung und Vergütung – Kritische Auseinandersetzung mit der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, NZS 2015: 561 f. ¹⁴ Vgl. StGH Bremen v. 20.02.2020 – St 1/19. ¹⁵ Vgl. StGH Bremen aaO.; Wollenschläger/Schmidl, VSSR 2014: 117, 126 f.; Axer, Rechtsfragen einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, VSSR 2010: 183, 195. ¹⁶ § 1 Satz 2 eingef., bish. Sätze 2 und 3 werden Sätze 3 und 4 mWv 25.07.2015 durch G v. 17.07.2015 (BGBl. I: 1368). ¹⁷ Vgl. StGH Bremen aaO.; HVerfG v. 07.05.2019, 4/18 – juris Rn. 102; Wollenschläger/Schmidl, VSSR 2014: 117, 127. ¹⁸ Vgl. Quaas, Krankenhausplan als Qualitätssicherungsinstrument? Rechtliche Vorgaben und Grenzen, GesR 2014: 129. ¹⁹ Vgl. BeckOK GG/Seiler, 42. Ed., 01.12.2019, GG Art. 74 Rn. 52.3.

und er von diesem Kompetenztitel Gebrauch gemacht hat, wenn der Bundesgesetzgeber Öffnungsklauseln zugunsten der Länder in seinen Gesetzen vorgesehen hätte. Eine solche Öffnungsklausel enthalten § 136b Abs. 2 S. 4 SGB V und § 6 Abs. 1a S. 2 KHG. Diese Regelungen beziehen sich jedoch lediglich auf Ergänzungen der Qualitätsanforderungen, nicht auf die Schaffung neuer Anforderungen oder Änderungen abschließend gesetzlich festgelegter Qualitätsanforderungen des Bundes.²⁰ Aus den dargelegten Gründen scheiden Verschärfungen durch die Länder den Urteilen der Landesverfassungsgerichte zufolge hinsichtlich von Personalbemessungsmindeststandards aus, da solche im Widerspruch zu abschließenden Bundesregelungen in § 136i und j SGB V stehen würden.²¹ Dem steht demzufolge auch nicht entgegen, dass in der Gesetzesbegründung zu § 136c Abs. 1 SGB V davon die Rede ist, als Indikatoren zur Strukturqualität kämen auch Maßzahlen zur Personalausstattung in Betracht.²² Denn die §§ 137i und j SGB V, die zu einer den Urteilen zufolge erschöpfenden und abschließenden Regelung des Bereichs der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern geführt haben, sind zeitlich erst später – durch Gesetze vom 17. Juli 2017²³ bzw. vom 11. Dezember 2018²⁴ – in das SGB V eingefügt worden. Insoweit ist die ursprüngliche Gesetzesbegründung zu § 136c SGB V wegen der nachfolgenden Rechtsentwicklung teilweise überholt.²⁵ Hier besteht der Rechtsprechung nach keine durch die Länder auszufüllende Öffnung. Der Bund hat eine abschließende Regelung getroffen, zu der Landesregelungen nicht – und auch nicht unter Nutzung der Öffnungsklausel – in Widerspruch treten dürfen. So ist der Wortlaut der Verfassungsgerichtsurteile der Länder Hamburg, Bremen und Bayern zu lesen. Dies gilt aber, wie dargelegt, nur für Personalmindestbemessungsgrenzen.

Wo der Bund Qualitätsanforderungen vorgesehen, jedoch keine zwingenden und abschließenden gesetzlichen Regelungen getroffen hat, dürfen nach § 136b Abs. 2 S. 4 SGB V und § 6 Abs. 1a S. 2 KHG durch die Länder ergänzende Qualitätsanforderungen aufgestellt werden. Dies gilt insbesondere dort, wo der Bund dem G-BA aufgetragen hat, Qualitätsstandards zu entwickeln und diese in Richtlinien vorzuhalten. Diese Grundwertung des Bundes, dass Qualitätsanforderungen aufgestellt werden sollen, können die Länder durch ergänzende Qualitätsanforderungen für die jeweiligen Landesbedarfe ausgestalten.

2.6 EXKURS: ÖFFNUNG FÜR LANDESREGELUNGEN HINSICHTLICH VERSOR- GUNGSVERTRÄGEN

Eine weitere Öffnung für Landesregelungen enthalten die *Regelungen zu Versorgungsverträgen*. Solche Versorgungsverträge sollen gegenüber der Auswahl von Plankrankenhäusern zwar nachrangig sein, spielen aber dennoch in der Praxis eine nicht zu unterschätzende Rolle und sollen daher hier besprochen werden. Unter § 109 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB V ist geregelt, dass

ein Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 nicht abgeschlossen werden darf, wenn (1) das Krankenhaus bei den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Abs. 1a KHG auf der Grundlage der vom G-BA nach § 136c Abs. 2 übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien nicht nur vorübergehend eine im erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweist; (2) die *im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsanforderungen* nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß nicht erfüllt oder (3) drei Jahre in Folge Qualitätsabschlägen nach § 5 Abs. 3a Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegt.

«Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren unter Berücksichtigung begründeter Besonderheiten im Krankenhaus für Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität auf der Grundlage der Bewertungskriterien und Auswertungsergebnisse nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 4 einen Qualitätszu- oder -abschlag.» (§ 5 Abs. 3a S. 1 KHEntgG)

Liegen solche Qualitätsmängel vor, die gerade auch landesgesetzliche Qualitätsmaßstäbe betreffen, so darf ein Versorgungsvertrag nicht geschlossen werden. Nicht per se ausgeschlossen ist danach der Abschluss eines Versorgungsvertrags über Leistungen des betreffenden Krankenhauses, die nicht mit einem Qualitätsabschlag belegt sind, sofern kein anderer Ausschlussgrund eingreift.²⁶ Der Versorgungsvertrag ist dabei ein öffentlich-rechtlicher Vertrag iSd § 54 Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG),²⁷ der mit Erteilung der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde wirksam wird. Er kommt durch Einigung zwischen gemeinsam handelnden Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf der einen und dem Krankenhausträger auf der anderen Seite zustande.²⁸ Das Land selbst ist nicht Partei des Versorgungsvertrags. Es hat daher keinen direkten Einfluss auf die Ausgestaltung des Versorgungsvertrags. Dieser Umstand könnte dazu führen, dass Versorgungsverträge die Krankenhausplanung unterlaufen. Dies soll jedoch gerade nicht erfolgen; daher besteht ein Vorrang der Plan- vor den Vertragskrankenhäusern.²⁹ Da kein Versorgungsvertrag mit Krankenhausträgern abgeschlossen werden darf, welche die Landesqualitätsvorgaben nicht einhalten, sind die Landesqualitätsanforderungen auch beim Abschluss von Versorgungsverträgen zwingend zu beachten. Mittelbar schlagen die Qualitätsanforderungen in den Landeskrankengesetzen damit auch auf den Abschluss von Versorgungsverträgen durch.

²⁰ Vgl. Kuhla, Gesetzgebungskompetenzen im Krankenhausrecht, NZS 2014: 361. ²¹ Vgl. Huster/Harney in Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, § 7 Rn. 21; Becker in Becker/Kingreen, SGB V, § 136b Rn. 3; Kuhla, NZS 2014: 361, 364; Wollenschläger/Schmidl, VSSR 2/2014: 117, 130ff. ²² Vgl. BT-Drs. 18/5372: 89 ²³ BGBl. I: 2615. ²⁴ BGBl. I: 2394. ²⁵ Vgl. HVerfG v. 07.05.2019 – 4/2018 – juris Rn. 106ff.; BayVerfGH v. 16.07.2019 – Vf. 41-IX-19, BeckRS 2019: 15212. ²⁶ Vgl. BeckOK SozR/Kingreen/Bogan, 56. Ed., 01.03.2020, SGB V § 109 Rn. 13b. ²⁷ Zur Zulässigkeit vgl. Stelkens/Bonk/Sachs/Bonk/Neumann/Siegel, 9. Aufl. 2018, VwVfG § 54 Rn. 94. ²⁸ Vgl. BeckOK SozR/Kingreen/Bogan, 56. Ed., 01.03.2020, SGB V § 109 Rn. 5. ²⁹ Vgl. ebd., Rn. 8.

3 EINFACHGESETZLICHE REGELUNGEN AUF BUNDESEBENE

Nachdem nunmehr geklärt ist, in welchen Bereichen der Bund seine konkurrierende Gesetzgebungskompetenz abschließend wahrgenommen hat und welche Öffnungsklauseln er für ergänzende Landesregelungen zu den Bundesvorgaben vorgesehen hat, soll nun genauer geklärt werden, welche die Qualität der Krankenhäuser regelnden Gesetze der Bund in Kraft gesetzt hat. Diese befinden sich im KHG und im SGB V. Zur Klärung des Inhalts der Normen sollen zuerst die Regelungen des KHG und sodann die Regelungen des SGB V beleuchtet werden.

3.1 GESETZESZWECK DES KRANKENHAUSFINANZIERUNGSGESETZES

Gemäß § 1 Abs. 1 KHG ist Gesetzeszweck die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um im Bundesgebiet eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Es handelt sich dabei um unbestimmte Rechtsbegriffe, welche der (sozial-/verwaltungs-)gerichtlichen Überprüfung offenstehen. Bei der Auslegung der Rechtsbegriffe besteht also kein Ermessen der Verwaltung. Vielmehr ist der Inhalt der Begriffe nach ihrem Wortlaut, ihrem historischen Ursprung, der strukturellen Einbettung im Gesetz und ihrem Sinn und Zweck objektiv zu bestimmen. Eine solche Bestimmung haben die Verwaltungs-/Sozialgerichte zu diesen Begriffen vorgenommen.

3.1.1 Begriff der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser in § 1 KHG

Der Begriff *Leistungsfähigkeit* bedeutet, dass die Krankenhäuser ihren in § 107 Abs. 1 SGB V verankerten gesetzlichen Auftrag erfüllen können:

«Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten, mithilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, 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 in denen die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.» (§ 107 Abs. 1 SGB V)

Diese Charakteristika muss ein Krankenhaus erfüllen, um leistungsfähig im Sinne des § 1 Abs. 1 KHG zu sein. Ausschließlich diese Begriffsbestimmung des Krankenhauses ist maßgebend für die Aufnahme von Krankenhäusern in den Krankenhausbedarfsplan nach

§§ 6, 8 KHG.³⁰ Das Bundessozialgericht (BSG) konkretisiert in seiner Rechtsprechung, dass ein Krankenhaus leistungsfähig ist, wenn sein Angebot die personellen, räumlichen und technischen Anforderungen erfüllt, die nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft an ein Krankenhaus der betreffenden Art zu stellen sind.³¹ Insbesondere hängt die Leistungsfähigkeit von a) der Fallzahl, b) der Zahl der hauptberuflichen oder anderweitig beschäftigten Fachärzt*innen und Fachkräfte im Verhältnis zur Bettenzahl und c) der räumlichen Ausstattung ab.³²

3.1.2 Begriff der Wirtschaftlichkeit in § 1 KHG

Das Gebot der *Wirtschaftlichkeit* besagt, dass ein betriebswirtschaftlich vernünftiges Verhältnis zwischen den zu erbringenden Leistungen und den zu erwartenden Kosten bestehen muss. Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit ist eng mit dem Prinzip der Leistungsfähigkeit verbunden. Die Leistungserbringung muss demnach in einer wirtschaftlichen Art und Weise erfolgen. Die eigenständige Bedeutung des Gebots der Wirtschaftlichkeit in § 1 Abs. 1 KHG ist seit Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems (DRG)³³ allerdings nur noch gering.³⁴ Eine Rolle dürfte das Wirtschaftlichkeitsgebot weiterhin für die Frage der Kündigung von Versorgungsverträgen nach § 110 Abs. 1 S. 1 SGB V spielen.³⁵ Denn Wirtschaftlichkeit ist ein vergleichender Begriff, dessen Vorliegen sich erst aus dem Vergleich mit anderen Angeboten ergibt. Der Vollständigkeit halber sei ergänzend erwähnt, dass es zulässig ist, dass bestehende Versorgungsverträge deshalb gekündigt werden, weil der Abschluss des Versorgungsvertrags mit einem anderen Krankenhausträger für die Krankenkassen wirtschaftlicher ist.³⁶ Zudem ist gemäß § 110 Abs. 1 S. 4 SGB V bei Plankrankenhäusern die Kündigung des Versorgungsvertrags mit einem Antrag an die zuständige Landesbehörde auf Aufhebung oder Änderung des Feststellungsbescheids nach § 8 Abs. 1 S. 2 KHG zu verbinden, mit dem das Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen worden ist. Auf diesem Weg schlägt der Wegfall der Wirtschaftlichkeit auch auf die Landeskrankenhausplanung durch.

3.1.3 Begriff der qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung in § 1 KHG

Gefordert wird weiter die *Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung*. Dieses weitere Kriterium der Krankenhausplanung wurde durch

³⁰ Vgl. KassKomm/Hess, 107. EL, Dezember 2019, SGB V § 107 Rn. 2. ³¹ BSG v. 19.11.1997 – 3 RK 1/97, BSGE 81: 189, (190); Knispel, Rechtsfragen der Versorgungsverträge nach SGB V, NZS 2006: 120, (121). ³² Vgl. BVerfG v. 12.06.1990 – 1 BvR 355/86, BVerfGE 82: 209, (226). ³³ Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz; FPG) vom 23.04.2002, BGBl. 2002 Teil I Nr. 27. ³⁴ Vgl. Chandna-Hoppe, NZS 2020: 81, (82). ³⁵ Vgl. Krauskopf/Knittel, Rn. 12. ³⁶ Vgl. Knispel, NZS 2006: 120, (121).

das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eingeführt. Zur Gesetzesbegründung:

«Die Qualitätssicherung im stationären Bereich wird insbesondere durch folgende Maßnahmen gestärkt:

– Die Qualität wird als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt. In § 1 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) wird das Zielkriterium einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen um das Ziel der qualitativ hochwertigen sowie patientengerechten Versorgung als Grundlage für Entscheidungen der Krankenhausplanung erweitert.

– Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird gesetzlich beauftragt, Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln (planungsrelevante Indikatoren), die als Kriterien und Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder geeignet sind. Zu den planungsrelevanten Indikatoren liefert der G-BA den Planungsbehörden der Länder regelmäßig einrichtungsbezogene Auswertungsergebnisse.

– Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sollen Grundlage für die Planungsentscheidungen der Länder sein, *soweit dies nicht durch Landesrecht ganz oder teilweise ausgeschlossen wird*. Eine nicht oder nicht ausreichend gesicherte Leistungserbringung eines Krankenhauses hat rechtliche Konsequenzen für die Aufnahme oder den Verbleib der Einrichtung im Krankenhausplan eines Landes.

– Die Mindestmengenregelung wird nach den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung rechtssicher ausgestaltet. Es wird ein Verfahren vorgegeben, in dem die Krankenhäuser das voraussichtliche Erreichen der Mindestmengen belegen müssen. Zudem wird ausdrücklich gesetzlich klargestellt, dass ein Krankenhaus, das eine Leistung erbringt, obwohl es die festgelegte Mindestmenge nicht erreicht, keine Vergütung erhält.

– Bei der Krankenhausvergütung wird künftig auch daran angeknüpft, ob effektive Anstrengungen für eine qualitativ gute Versorgung unternommen werden oder nicht. Es werden deshalb Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt, die in außerordentlich guter oder unzureichender Qualität erbracht werden. Hierfür erhält der G-BA den Auftrag, geeignete Leistungen oder Leistungsbereiche für die qualitätsorientierten Vergütungsbestandteile auszuwählen. Er hat außerdem erforderliche Bewertungskriterien und möglichst aktuelle Auswertungen der Qualitätsdaten für die Vereinbarungen von Qualitätszu- und -abschlägen zu liefern.

– Um herauszufinden, inwieweit sich weitere Verbesserungen der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen durch die Vereinbarung von höherwertigen Qualitätsstandards und darauf abstellende zusätzliche Anreize erreichen lassen, erhalten Krankenkassen und Krankenhäuser die Möglichkeit, dies in Qualitätsverträgen zu erproben. Die Auswirkungen solcher Verträge auf die Versorgungsqualität werden im Auftrag des G-BA evaluiert.

– Klinische Sektionen werden als wichtiges Instrument der medizinischen Qualitätssicherung durch Zuschläge finanziell gefördert. Ziel ist es, die deutlich zu niedrige Sektionsra-

te zu erhöhen, damit Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus aus den Erkenntnissen, die aus Sektionen gewonnen werden, wieder kontinuierlich lernen können.

– Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden noch patientenfreundlicher gestaltet, denn Patientinnen und Patienten benötigen leichter nutzbare Informationen über die Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Besonders patientenrelevante Informationen sind in übersichtlicher Form zusätzlich in einem speziellen Berichtsteil für Patientinnen und Patienten klar und verständlich darzustellen. Dies betrifft insbesondere Informationen zu Aspekten der Patientensicherheit wie z. B. zur Einhaltung von Hygienestandards, zu Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit und zur Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements.

– Die Einhaltung der Qualitätsvorgaben des G-BA wird zukünftig konsequenter gefördert. Der G-BA wird hierbei durch klare gesetzliche Regelungen gestärkt und beauftragt, die jeweiligen Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen in Richtlinien in einem gestuften System angemessen zu konkretisieren.» (BT-Drs. 18/5372; Herv. d. Verf.)

Bedeutsam für die hiesige Fragestellung ist insbesondere der Umstand, dass die Qualitätsvorgaben, die der G-BA ausarbeitet, nur dann für die Verwaltungen verpflichtend sind, wenn das Landesrecht diese Wirkung nicht ausschließt oder modifiziert. Die Länder dürfen demnach in ihren Landeskrankenhausgesetzen überall dort ergänzende Regelungen treffen, wo der G-BA auch zu einer Entscheidung berufen ist. Zur Verdeutlichung: Der Bund hat vorgesehen, dass die Länder «ergänzende Qualitätsanforderungen» erlassen dürfen. Sie dürfen also keine völlig neuen Qualitätsanforderungen in Bereichen aufstellen, in denen der Bund sie nicht vorgesehen hat. Der Bund hat die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen im Bundesgebiet dem G-BA übertragen. Überall dort, wo dieser einen Bewertungs- und Gestaltungsspielraum hat, kann das Land ergänzende Qualitätsanforderungen erlassen und damit für ein höheres Versorgungsniveau im Planungsgebiet sorgen. Eine solche ergänzende Qualitätsanforderung muss jedoch aufgrund des Wesentlichkeitsgrundsatzes, nach dem der Gesetzgeber alle wesentlichen Angelegenheiten selbst zu regeln hat, in Gesetzesform erfolgen und kann nicht ohne landesgesetzliche Rechtsgrundlage der Verwaltung bei der Aufstellung des Landeskrankenhausplans überlassen werden.

3.1.4 Begriff der Bedarfsgerechtigkeit in § 1 KHG

Schließlich wird *Bedarfsgerechtigkeit* gefordert. Das BSG hat den unbestimmten Rechtsbegriff des Bedarfs näher beschrieben. Demnach ist der krankenhausrrechtliche Bedarf «der bezogen auf einen bestimmten Markt bestehende Überhang an – aktueller und künftig absehbarer – Nachfrage nach bestimmten Produkten oder Leistungen gegenüber dem vorhandenen Angebot».³⁷ Jede Krankenhausplanung ist dabei

³⁷ BSG v. 23.07.2002 – B 3 KR 63/01 R, BSGE 89: 294, (298).

notwendigerweise Bedarfsplanung. Ziel der Krankenhausplanung ist es, die Nachfrage von Krankenhausleistungen und das Angebot der Träger an solchen Leistungen aufeinander abzustimmen, sodass der Bedarf der Bevölkerung im Planungsgebiet gedeckt ist, ohne dass ein Überangebot zustande kommt, das die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Krankenhäuser beeinträchtigen würde. Die Begrenzung der Zulassung von Krankenhäusern im Krankenhausplan nach dem Bettenbedarf ist demnach eine durch Sachgrund berechtigte, zulässige Einschränkung der Berufsfreiheit aus Art. 12 Abs. 1 GG der Krankenhausträger.³⁸ Sie ist legitim, um eine bedarfsgerechte Krankenversorgung der Bevölkerung zu sozial tragbaren Kosten zu gewährleisten. Das BSG führt hierzu aus:

«Ein zu großes Bettenangebot ist nach den Erfahrungen der Vergangenheit als eine der Hauptursachen für medizinisch nicht gebotene Krankenhausbehandlung sowie für überlange Verweilzeiten beim Krankenhausaufenthalt (Fehlbelegung) erkannt worden, wodurch die Kosten der Krankenhausbehandlung allgemein über das erforderliche Maß hinaus erhöht werden.»³⁹

Der Bedarf im Sinne des § 1 Abs. 1 KHG ist daher insbesondere, *aber nicht ausschließlich*, der Bettenbedarf.⁴⁰ Der Bedarf lässt sich nicht auf die Bettenkapazitäten reduzieren. Er kann sich vielmehr auch auf bestimmte Versorgungseinrichtungen beziehen, wie beispielsweise die Geburtshilfe oder das Angebot gut an den ÖPNV (öffentlicher Personennahverkehr) angeschlossener Krankenhäuser. Die Ermittlung der Bedarfsgerechtigkeit muss sich dazu nach örtlichen Gegebenheiten und regionalen Bedarfsstrukturen richten.⁴¹ Hier ist klar ersichtlich, dass der Bedarf durch den Landesgesetzgeber im Landeskrankenhausgesetz näher ausgestaltet werden darf und muss.

3.2 ZUSTÄNDIGKEIT DER LÄNDER FÜR DIE KRANKENHAUSPLANUNG UND DIE KRANKENHAUSVERWALTUNG

Den Ländern kommt, wie ausgeführt, aus Art. 70 Abs. 1 GG die Gesetzgebungskompetenz zur Krankenhausplanung zu, da dem Bundesgesetzgeber insoweit keine Gesetzgebungskompetenz zugewiesen ist. Die Zuständigkeiten der Länder zur Gesetzgebung sind nach alledem im Umkehrschluss laut Rechtsprechung der Landesverfassungsgerichte Bremen, Hamburg und Bayern durch das (nach Grund und inhaltlicher Reichweite zu beurteilende) Fehlen einer ausschließlichen oder einer abschließend ausgeübten konkurrierenden Bundesgesetzgebungskompetenz zu bestimmen.⁴² Dieser Gesetzgebungskompetenz folgt als Annexzuständigkeit auch die Verwaltungszuständigkeit. Die Aufstellung der Krankenhausplanung ist Ausfluss dieser Verwaltungszuständigkeit. Jedes Land stellt zur Umsetzung der in § 1 Abs. 1 KHG und im Landeskrankenhausgesetz genannten Ziele einen Krankenhausplan auf, in den durch einfaches Verwaltungshandeln die für die qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevöl-

kerung erforderlichen Krankenhäuser nach Standort, Bettenzahl und Fachrichtung sowie Versorgungsstufe aufgenommen werden können. Bundeseinheitliche Rechtsgrundlage für die Auswahlentscheidung zwischen mehreren Antragstellern auf Aufnahme in den Krankenhausplan ist § 8 Abs. 2 S. 2 KHG:

«Ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan und in das Investitionsprogramm besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird; die Vielfalt der Krankenhausträger ist nur dann zu berücksichtigen, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist.» (§ 8 Abs. 2 S. 2 KHG; Herv. d. Verf.)

Der zweite Satz des § 8 Abs. 2 KHG enthält demnach nicht nur die Möglichkeit, sondern die Verpflichtung der zuständigen Verwaltungen der Länder, bei einem Überangebot von Krankenhausträgern, die alle Mindestvoraussetzungen zur Aufnahme in den Krankenhausplan nach § 1 Abs. 1 KHG erfüllen, eine Auswahlentscheidung nach Besteignung am Maßstab der Krankenhausplanung des Landes zu treffen. Die Auswahlentscheidung der Landesverwaltung beinhaltet demnach nicht nur eine positive Entscheidung über die in den Krankenhausplan aufzunehmenden Krankenhäuser, sondern gleichzeitig bei einem Bewerberüberhang auch die negative Entscheidung über die Ablehnung von Anträgen bzw. die Herausnahme von bereits zugelassenen Krankenhäusern aus dem Krankenhausplan.

3.3 DAS ZIEL EINHEITLICHER LEBENSVERHÄLTNISSE IM BUND

Sodann hat der Bundesgesetzgeber zur *Herstellung einheitlicher Lebensverhältnisse* in den §§ 135 ff. SGB V Mindeststandards festgelegt, die zur Gewährleistung der Krankenhausversorgung im gesamten Bundesgebiet eingehalten werden müssen. Entscheidend ist, dass bestimmte Regelungen des Bundesgesetzgebers nach Auffassung der Landesverfassungsgerichte zwingend sind, insbesondere diejenigen zu den Personalmindestbemessungsstärken in den §§ 137i und j SGB V.⁴³ Wo solche abschließenden gesetzlichen Regelungen bestehen, so die Rechtsprechung, verbleibt kein Gestaltungsspielraum der Länder für ergänzende Qualitätsanforderungen mehr. Weitere Qualitätsmerkmale in Bereichen, die der Bund nicht abschließend gesetzlich geregelt hat, sollen erst durch den G-BA herausgearbeitet und in Richtlinien niedergelegt werden.

³⁸ Vgl. BVerfG v. 12.06.1990 – 1 BvR 355/86, BVerfGE 82: 209, (229 f.); Wünschmann, NZS 2006: 403, (407 f.). ³⁹ BSG v. 23.07.2002 – B 3 KR 63/01 R, BSGE 89: 294, (298 f.). ⁴⁰ BSG v. 23.07.2002 – B 3 KR 63/01 R, BSGE 89: 294, (298). ⁴¹ BVerfG v. 12.06.1990 – 1 BvR 355/86, BVerfGE 82: 209, (225); BeckOK SozR/Kingreen/Bogan, 56. Ed., 01.03.2020, SGB V § 109 Rn. 12–15. ⁴² BeckOK GG/Seiler, 42. Ed., 01.12.2019, GG Art. 70 Rn. 25. ⁴³ Zuletzt geändert durch Art. 5 G. v. 27.03.2020 | 587.

Von dessen Richtlinien dürfen die Länder in ihren Landeskrankenhausgesetzen abweichen und ergänzende Qualitätsanforderungen erlassen. Solange dies nicht geschieht, sind die Richtlinien des G-BA der Krankenhausplanung zugrunde zu legen.

Dass ergänzende Qualitätsanforderungen der Länder im Rahmen der Landeskrankenhausgesetzgebung zu solchen Gegenständen, die der Bund nicht gesetzlich abschließend geregelt hat, zulässig sind, ergibt sich bereits aus der unterschiedlichen Zielsetzung der Vorgaben im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und ist letztlich normativ bereits im § 8 Abs. 1a KHG geregelt.⁴⁴

«Krankenhäuser, die bei den für sie maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Absatz 1a

auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien *oder den im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben* nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen, dürfen insoweit ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Die Auswertungsergebnisse nach § 136c Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind zu berücksichtigen.» (§ 8 Abs. 1a KHG; Herv. d. Verf.)

Diese Regelung ergänzt diejenige in § 136b Abs. 2 S. 4 SGB V und öffnet die Beschlüsse des G-BA für ergänzende Landesqualitätsanforderungen. Das Land kann also über die Beschlüsse des G-BA hinausgehen.

⁴⁴ BeckOK SozR/Fahlbusch, 56. Ed., 01.12.2017, SGB V § 136b Rn. 5.

4 LANDESKRANKENHAUSPLANUNG UND AUSWAHLENTSCHEIDUNG

Die Krankenhausplanung unter Beachtung der Bundesvorgaben ist also Ländersache. Die Länder haben nach § 8 Abs. 1 zwingend Krankenhauspläne aufzustellen. Um rechtsfehlerfrei zu sein, haben diese Landeskrankenhauspläne Mindestanforderungen zu genügen, die im Folgenden dargestellt werden sollen.

4.1 NOTWENDIGE ELEMENTE DER KRANKENHAUSPLANUNG NACH § 6 KHG

Der Krankenhausplan muss vier Elemente aufweisen:⁴⁵ Ziele der Krankenhausplanung (4.1.1), Bedarfsanalyse (4.1.2), Krankenhausbestandsanalyse (4.1.3) und Landesversorgungsentscheidung (4.1.4).

4.1.1 Ziele der Krankenhausplanung

Die Landesverwaltung hat zunächst die Ziele der Krankenhausplanung festzulegen. Das ist wichtig, weil sich die nachfolgende Verwaltungsentscheidung über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Landeskrankenhausplan und ggf. auch die Auswahlentscheidung nach § 8 Abs. 2 S. 2 KHG zwischen mehreren grundsätzlich geeigneten Bewerbern an diesen Zielen auszurichten hat. Die Ziele der Krankenhausplanung ergeben sich abstrakt aus dem KHG und dem Landeskrankenhausgesetz und werden im Landeskrankenhausplan konkretisiert.

4.1.2 Bedarfsanalyse

Die anschließende Bedarfsanalyse enthält die Evaluation des Bedarfs der Bevölkerung an Krankenhausdienstleistungen im Planungsgebiet und Planungszeitraum. Das Land hat hierzu den gegenwärtig zu erfüllenden Bedarf zu ermitteln und auch den zukünftigen Bedarf an Krankenhausleistungen anhand sachlicher Gründe zu prognostizieren.⁴⁶ In seine Bedarfsanalyse hat das Land die Dauer des Krankenhausaufenthalts, die Krankenhaushäufigkeit, die Bevölkerungszahl mit dem Auslastungsgrad sowie die Bettennutzung einzustellen.⁴⁷ Aus all diesen Daten hat das Land eine belastbare Bedarfsplanung zu erstellen.

4.1.3 Krankenhausbestandsanalyse

Sodann hat das Land eine Krankenhausbestandsanalyse vorzunehmen, also den Istbestand der Krankenhäuser im Planungsgebiet zu erheben und auszuwerten. Es hat in dieser Evaluation die tatsächlichen Versorgungsbedingungen zu bewerten, also auch die Standorte, die Bettenzahl, Fachrichtungen etc. der einzelnen Krankenhäuser, die bereits zuvor in den Krankenhausplan aufgenommen worden sind.⁴⁸ Dabei ist, wie sich aus §§ 6 Abs. 1a, 8 Abs. 1a KHG ergibt, die Qualität der Leistungserbringung anhand der Richtlinien und Beschlüsse des G-BA und der ergänzenden Qualitätsanforderungen der Länder in den einzelnen Krankenhäusern zu berücksichtigen. Besteht ein Mangel an

qualitativer Zielerfüllung im Krankenhausbestand im Planungsgebiet, so ist dies im Krankenhausplan ausdrücklich zu vermerken.

4.1.4 Landesversorgungsentscheidung

Anhand der vorab festgelegten Planungsziele, der Bedarfs- und Bestandsprüfung hat das Land schließlich im Krankenhausplan seine Versorgungsentscheidung, also die Grundlagenentscheidung über die Aufnahme, den Verbleib oder auch das Ausscheiden eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan zu treffen. Diese Entscheidung hat weiterhin ausschließlich behördeninternen vorbereitenden Charakter und beinhaltet noch nicht die außenwirksame Feststellungsentscheidung gegenüber dem einzelnen Krankenträger auf Planaufnahme bzw. Planablehnung/Planausschluss. Diese Entscheidung gehört demnach noch immer zur Planaufstellung, nicht jedoch zum darauf folgenden Planvollzug, welcher dann erstmals Außenwirkung entfaltet. Doch auch hier hat die Planungsbehörde die aus den Beschlüssen des G-BA und die landesrechtlichen Vorgaben folgenden materiellen Qualifikationsanforderungen für die Planaufnahme sowie die in § 8 Abs. 2 S. 2 KHG enthaltenen Kriterien für Auswahlentscheidungen zu prüfen.⁴⁹

4.2 VERSORGUNGSENTSCHEIDUNG

Wenn der Plan durch die Planaufstellungsbehörde aufgestellt wurde, kann anhand dieses Plans eine Entscheidung getroffen werden, welche Krankenträger mit welchen Krankenhäusern in den Plan aufgenommen werden sollen. Diese Entscheidung wird als *Versorgungsentscheidung* bezeichnet. Die Versorgungsentscheidung erfolgt in einem zweistufigen Verfahren.⁵⁰

4.2.1 Erste Stufe: Planaufnahmeentscheidung

Auf der ersten Stufe, der Planaufnahmeentscheidung, sind zunächst alle Krankenhäuser zu ermitteln, die die Qualifikationsmerkmale für die Aufnahme in den Krankenhausplan erfüllen, d. h. sie müssen gem. § 6 Abs. 1 iVm § 1 Abs. 1 KHG eine qualitativ hochwertige, patientengerechte Versorgung gewährleisten, bedarfsgerecht und leistungsfähig sein sowie eigenverantwortlich wirtschaften. Diese gerichtlich uneingeschränkt überprüfbaren Kriterien⁵¹ entsprechen grundsätzlich § 6 Abs. 3 S. 1 KHG. Sie sind auf alle Plankrankenhäuser bezogen und müssen mit den Grundrechten der

⁴⁵ Vgl. BVerwG v. 25.07.1985 – 3 C 25.84, BVerwGE 72: 38, (46); Stollmann/Hermans, Die jüngere Rechtsprechung zum Krankenhausplanungsrecht, NZS 2017: 851, (852 f.). ⁴⁶ Vgl. OVG Münster v. 19.08.2015 – 13 A 1725/14. ⁴⁷ Vgl. BVerwGE 72: 38, (47 ff.). ⁴⁸ Vgl. BVerwG v. 25.07.1985 – 3 C 25.84, BVerwGE 72: 38, (49). ⁴⁹ Vgl. BVerwG v. 25.07.1985 – 3 C 25.84, BVerwGE 72: 38, (51). ⁵⁰ Vgl. BVerwG v. 25.07.1985 – 3 C 25.84; Kuhla, NZS 2007: 567, (568 f.). ⁵¹ Vgl. BVerwG v. 25.07.1985 – 3 C 25.84.

Krankenhausträger, insbesondere denjenigen aus Art. 3 Abs. 1 und Art. 12 Abs. 1 GG, in Ausgleich gebracht werden.⁵²

Qualitativ hochwertige, patientengerechte Versorgung

Wie oben ausgeführt, wurde mit dem KHSG durch den Bundesgesetzgeber die Qualität der Leistungserbringung in den Krankenhäusern als zwingendes weiteres Kriterium für die Krankenhausplanung normiert.⁵³ Die Versorgung in den Krankenhäusern, die in den Krankenhausplan aufgenommen werden, soll «patientengerecht» sein. Es handelt sich dabei um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der gerichtlich voll überprüfbar ist. Patientengerecht ist eine Versorgung, die sich an den Wünschen der Patient*innen orientiert, auch für die Dauer ihrer Eingliederung in die Krankenhausorganisation und während ihrer medizinischen Behandlung als Personen mit individuellen Bedürfnissen wahrgenommen zu werden.⁵⁴ Auf Bundesebene hat der G-BA mit § 136c Abs. 1 den Regelungsauftrag erhalten, zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung im Bundesgebiet als Voraussetzung für die Aufnahme in den jeweiligen Landeskrankenhausplan einheitliche Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln, die als Kriterien und Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder geeignet sind. Zur Erfüllung dieses Auftrags hat der G-BA beispielsweise mit Beschluss vom 15. Dezember 2016 für die Bereiche gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie planungsrelevante Qualitätsindikatoren festgelegt. Diese Qualitätsindikatoren gelten für die Länder zwingend – sofern das Landeskrankenhausgesetz keine Abweichung festlegt – und sind gemäß § 6 Abs. 1a KHG Bestandteil jedes Landeskrankenhausplanes. Darüber hinaus können die vom G-BA festgelegten Qualitätsindikatoren durch weitere ergänzende landesrechtliche Qualitätsanforderungen ergänzt werden.⁵⁵ Daher dürfen gemäß § 8 Abs. 1a S. 1 KHG Krankenhäuser, die unter Berücksichtigung dieser planungsrelevanten Indikatoren auf Grundlage der vom G-BA nach § 136c Abs. 2 zur Bewertung der Qualitätsergebnisse normierten Maßstäbe und Kriterien und der ergänzenden landesrechtlichen Qualitätsvorgaben nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen, ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Auch dürfen Krankenhäuser gemäß § 8 Abs. 1b KHG bei nachträglichem Qualitätsabfall gegenüber den Beschlüssen des G-BA und den Anforderungen des jeweiligen Landeskrankenhausgesetzes aus dem Landeskrankenhausplan wieder herausgenommen werden.⁵⁶

Ob ein Krankenhaus aufgrund mangelhafter Qualität nicht in den Landeskrankenhausplan aufgenommen wird, ist im Einzelfall zu bestimmen. Eine Aufnahme darf nur dann unterbleiben bzw. das Krankenhaus aus dem Landeskrankenhausplan ausgenommen werden, wenn der *Grundsatz der Verhältnismäßigkeit* mit Hin-

blick auf den damit verbundenen Eingriff in die durch Art. 12 Abs. 1 GG geschützte Berufsfreiheit des Trägers des betroffenen Krankenhauses gewahrt ist. Dies dürfte nur bei einer in erheblichem Maß unzureichenden Qualität der Fall sein. Darüber hinaus muss die unzureichende Qualität nicht nur kurzfristig, sondern über einen längeren Zeitraum hinweg fortbestehen. Dies setzt regelmäßig eine wiederholte Feststellung eines Zurückbleibens hinter den vorgenannten Qualitätsvorgaben voraus.

Die zuständige Landesverwaltung hat bei dieser Entscheidung nach § 8 Abs. 1a S. 2 KHG insbesondere die vom G-BA übermittelten einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung gem. § 136c Abs. 2 S. 1 zu berücksichtigen. Beschränkt sich die Feststellung unzureichender Qualität nur auf eine Fachabteilung des betreffenden Krankenhauses, so ist unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit nach § 8 Abs. 1a S. 1 KHG nur diese Abteilung von der Aufnahme in den Landeskrankenhausplan auszunehmen, sofern das Krankenhaus mit den restlichen Abteilungen die Qualitätsanforderungen nach § 6 Abs. 1a KHG sowie diejenigen aus dem Landeskrankenhausgesetz erfüllt.⁵⁷

Bedarfsgerechtigkeit

Die Versorgung muss bedarfsgerecht sein. Dies ist der Fall, wenn sie unter Berücksichtigung des Stands der medizinischen Kenntnisse und Entwicklungen sowie des medizinischen Fortschritts den angemessenen Versorgungsbedürfnissen der Bürger*innen im Planungsgebiet Rechnung trägt.⁵⁸ Es wird davon ausgegangen, dass eine Bedarfsgerechtigkeit nicht nur dann anzunehmen ist, wenn die von dem Krankenhaus angebotenen Leistungen zusätzlich notwendig sind, um den durch die Planungsverwaltung festgestellten Bedarf zu decken, sondern auch dann, wenn ein Krankenhaus neben oder anstelle eines anderen Krankenhauses geeignet wäre, den ermittelten Bedarf zu decken.⁵⁹ Bedarfsgerechtigkeit darf demnach nicht deshalb verneint werden, weil die Verwaltung davon ausgeht, dass der festgestellte Bedarf bereits durch andere Krankenhäuser gedeckt ist. Problematisch ist die Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Bedarfserfüllung.⁶⁰ Die Prüfung der Bedarfsgerechtigkeit ist dabei vollständig gerichtlich überprüfbar.⁶¹

Leistungsfähigkeit

Das Krankenhaus muss weiterhin leistungsfähig sein. Dies ist gegeben, wenn die nach medizinischen Erkenntnissen und nach der Art des Krankenhauses im

⁵² Vgl. BVerfG v. 04.03.2004 – 1 BvR 88/00, NJW 2004: 1648. ⁵³ Zur Frage der Gesetzgebungskompetenz vgl. Stollmann, NZS 2016: 201, (202f.). ⁵⁴ Vgl. BT-Drs. 18/5372: 50. ⁵⁵ Zu den landesrechtlichen Gestaltungsoptionen vgl. Stollmann, NZS 2016: 201, (205). ⁵⁶ Vgl. zum Ganzen BT-Drs. 18/5372: 50f. ⁵⁷ Vgl. Stollmann, NZS 2016: 201, (206). ⁵⁸ Vgl. Stollmann, NZS 2004: 350. (351f.). ⁵⁹ Vgl. BVerfG v. 04.03.2004 – 1 BvR 88/00, GesR 2004: 296, (298). ⁶⁰ Vgl. Udsching, Probleme der Verzahnung von ambulanter und stationärer Krankenbehandlung, NZS 2003: 411, (413). ⁶¹ Vgl. Stollmann/Hermanns, NZS 2017: 851, (856).

Einzel Fall erforderliche personelle, räumliche und medizinische Ausstattung vorhanden ist. Das Kriterium der Leistungsfähigkeit bemisst sich danach nicht in erster Linie nach der Art und Qualität der in dem Krankenhaus erbrachten Leistungen, sondern an der Erfüllung der personellen und sächlichen Strukturvorgaben der stationären Leistungserbringung.⁶² Es wird dabei jedoch kein einheitlicher technischer und personeller Standard gefordert. Das BVerfG sieht in der prinzipiellen Bevorzugung von Krankenhäusern mit einem breiten Leistungsspektrum einen Verstoß insbesondere gegen Art. 12 Abs. 1 GG. Denn die Voraussetzung eines breiten Leistungsspektrums bevorzugt strukturell große Träger gegenüber kleinen, meist privaten Krankenhäusern, die regelmäßig nur über ein begrenztes Leistungsangebot verfügen und auf bestimmte Fachgebiete spezialisiert sind.⁶³ Eine solche prinzipielle Besserstellung größer kommunaler Krankenhäuser wäre daher wohl rechtswidrig. Unzulässig ist zudem auch die pauschale Annahme, dass reine Belegkrankenhäuser weniger leistungsfähig seien als Allgemeinkrankenhäuser mit Belegbetten.⁶⁴

Wirtschaftlichkeit

Gefordert wird weiterhin eine Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses. Wirtschaftlichkeit bestimmte sich in der Vergangenheit nach dem sich aus den Pflegesätzen ergebenden Preis-Leistungs-Verhältnis. Nach Einführung des DRG-Systems in § 17b KHG hat dieses Kriterium seine Bedeutung weitgehend verloren. Dies entspricht den obigen Ausführungen zu § 1 Abs. 1 KHG. Das BVerfG hält jedoch am Wirtschaftlichkeitsgebot fest.⁶⁵

Wenn die dergestalt angebotenen Leistungen die Bedürfnisse der Versorgung der Bevölkerung nicht übersteigen, haben die betreffenden Krankenhäuser aus Art. 12 Abs. 1 GG und § 8 Abs. 2 S. 1 KHG einen Anspruch auf Aufnahme in den Landeskrankenhausplan.⁶⁶ Es gibt keinen Grund, sie abzulehnen, wenn sie die bundesweiten Mindestvoraussetzungen zur Erbringung von Leistungen für Sozialversicherte sowie die ergänzenden Qualitätsanforderungen erfüllen und es keinen Konkurrenten gibt, der besser geeignet wäre. Das Aufnahmeermessen wäre dann auf null reduziert, sodass nur die Antragsannahme ermessensfehlerfrei wäre.

Wenn die auf der ersten Planungsstufe ermittelten Versorgungsangebote die Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung im Plangebiet hingegen übersteigen, bedarf es einer Auswahl zwischen mehreren die bundesweiten Mindestvoraussetzungen erfüllenden Krankenhäusern.⁶⁷ Diese Auswahlentscheidung kann auch dazu führen, dass Krankenhäuser aus dem Landeskrankenhausplan wieder herausgenommen werden, weil andere Krankenhäuser (nunmehr) bessere Leistungen anbieten.⁶⁸

4.2.2 Zweite Stufe: Aufnahmeentscheidung

Die Auswahlentscheidung trifft die zuständige Landesverwaltung auf der zweiten Stufe, der Aufnahmeent-

scheidung. Die Verwaltung hat dabei gemäß § 8 Abs. 2 S. 2 KHG unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen abzuwägen, welches der betroffenen Krankenhäuser den Zielen der (bundesweiten und landeseigenen) Krankenhausplanung am besten entspricht.⁶⁹ Der Grundsatz der Trägervielfalt verbietet es, kommunalen oder staatlichen Trägern einen grundsätzlichen Vorrang vor gemeinnützigen und privaten Trägern einzuräumen.⁷⁰ Die Verwaltung hat den Grundsatz der Trägervielfalt jedoch nur nachrangig zu berücksichtigen. Vorrangig sind Leistungsaspekte. Unzulässig ist auch ein nicht weiter gewichteter Vergleich des Auslastungsgrades zwischen einem Belegkrankenhaus und einem Allgemeinkrankenhaus mit Belegabteilung.⁷¹ Als Bestandteil der öffentlichen Interessen hat die Verwaltung auch die effektive Verwendung der öffentlichen Fördermittel für Investitionen zu prüfen. Diese Prüfung wird besonders relevant für solche Krankenhäuser, die in den Landeskrankenhausplan aufgenommen wurden und nun ggf. wieder ausgenommen werden sollen. Vertrauensschutzgesichtspunkte mit Hinblick auf Investitionen, die der Krankenhausträger im Vertrauen auf einen Verbleib im Krankenhausplan getätigt hat, sind jedoch unerheblich, da es keinen Anspruch auf Verbleib im Landeskrankenhausplan jenseits der Leistungsprüfung gibt. Eine solche Ausnahme aus dem Landeskrankenhausplan verletzt nicht die Grundrechte des Krankenhausträgers aus den Art. 12 und 14 GG. Es besteht auch keine Entschädigungspflicht.⁷² Das öffentliche Interesse an einer effektiven Mittelverwendung spricht aber jedenfalls dann für eine Auswahl zugunsten von bereits geförderten Krankenhäusern, wenn ein klagender Mitbewerber an den Beschlüssen im Krankenhausplanungsausschuss des Landes beteiligt war, den darauf beruhenden Feststellungsbescheid hat bestandskräftig werden lassen und das grundsätzliche Konzept nicht infrage gestellt hat.⁷³

4.3 BERÜCKSICHTIGUNG ERGÄNZENDER QUALITÄTSANFORDERUNGEN DES LANDESGESETZGEBERS

Daraus folgt, dass *ergänzende Qualitätsanforderungen aus dem Landeskrankenhausgesetz auf der zweiten Stufe in die Bestenauslese einfließen können*. Ist auf der ersten Stufe der Krankenhausplan fehlerfrei aufgestellt worden und ermöglicht es, die Bevölkerung bedarfsgerecht, d. h. entsprechend der durch den G-BA aufgestellten Qualitätsindikatoren, die durch das Land ggf.

⁶² Vgl. Stollmann/Hermanns, NZS 2017: 851, (855). ⁶³ Vgl. BVerfG v. 04.03.2004 – 1 BvR 88/00, GesR 2004: 296, (299). ⁶⁴ Vgl. OVG Berlin-Brandenburg v. 05.10.2017 – 5 B 6/17, GesR 2007: 32 ff. ⁶⁵ BVerfG v. 04.03.2004 – 1 BvR 88/00, NJW 2004: 1648. ⁶⁶ Vgl. BVerfG v. 12.06.1990 – 1 BvR 355/86, BVerfGE 82: 209. ⁶⁷ Vgl. BVerwG v. 25.09.2008 – 3 C 35/07, NVwZ 2009: 525. ⁶⁸ Vgl. VGH Baden-Württemberg v. 09.10.2007 – 9 S 2240/07, MedR 2008: 166, (167). ⁶⁹ Vgl. Stollmann/Hermanns, NZS 2017: 851, (857), mwN. ⁷⁰ Vgl. BVerwG v. 25.07.1985 – 3 C 25.84, BVerwGE 72: 38, (58). ⁷¹ Vgl. OVG Berlin-Brandenburg v. 05.10.2017 – OVG 5 B 6.17. ⁷² Vgl. aA BeckOK SozR/Kingreen/Bogan, 56. Ed., 01.03.2020, SGB V § 109 Rn. 31–38. ⁷³ Vgl. OVG Weimar Ur. v. 25.09.2006 – 2 KO 73/05; BeckOK SozR/Kingreen/Bogan, 56. Ed., 01.03.2020, SGB V § 109 Rn. 31–38.

ergänzt oder abgeändert wurden, mit Krankenhausleistungen zu versorgen, so ist es auf der zweiten Stufe möglich, zwischen mehreren geeigneten Bewerbern denjenigen auszuwählen, der die Qualitätsanforderungen des Bundes (anhand der Richtlinien des G-BA) und auch die ergänzenden Qualitätsanforderungen des jeweiligen Landes am besten erfüllt. Diese zusätzlichen

Qualitätsanforderungen gehen über das bundesweit einheitlich vorgegebene Mindestmaß hinaus und ermöglichen als fakultatives Zugangskriterium eine auf die Bedürfnisse des jeweiligen Landes abgestimmte Auswahlentscheidung nach dem Prinzip der Besteigung. Auf zweiter Stufe können dabei auch Personalregelungen wirksam werden.

5 AUFSTELLUNG ERGÄNZENDER QUALITÄTSANFORDERUNGEN IM LANDESKRANKENHAUSGESETZ

Es soll geprüft werden, wie das Land wirksam ergänzende Qualitätsanforderungen aufstellen kann, welche auf der zweiten Stufe eine Ausschärfung der Bestenauslese ermöglichen. Solche Qualitätsanforderungen müssen erstens in einem formalen Gesetz (dem Landeskrankenhausgesetz) festgelegt und zweitens hinreichend konkret gesetzlich geregelt werden.

5.1 SPERRUNG VON LANDESREGELUNGEN ZU MINDESTQUALITÄTSANFORDERUNGEN UND MINDESTMENGEN

Wie ausgeführt ergibt sich aus Art. 31 GG der Vorrang des Bundesrechts. Der Bundesgesetzgeber hat durch das SGB V seine Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG abschließend wahrgenommen. Nach § 2 Abs. 1 SGB V müssen Qualität und Wirksamkeit der von den Krankenkassen als Sachleistung geschuldeten Leistungen im gesamten Bundesgebiet dem allgemeinen Stand der medizinischen Kenntnisse entsprechen. § 136a SGB V und die Beschlüsse des G-BA konkretisieren die Qualitätsanforderungen der medizinischen Leistungen. Die Beschlüsse sind für alle Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Daher sind landesrechtliche Regelungen desselben Sachverhaltes, die der bundesrechtlichen Regelung widersprechen, nach Auffassung der Landesverfassungsgerichte ausgeschlossen.⁷⁴ Wenn und soweit allerdings nicht die Leistungserbringung der Sozialversicherung in und durch Krankenhäuser, sondern die Zulassung der Krankenhäuser zum Krankenhausplan «qualitativ» geregelt werden soll, kommen gemäß § 136b Abs. 2 S. 4 SGB V über die Qualitätsanforderungen hinaus «ergänzende Qualitätsanforderungen» durch die Landeskrankenhausgesetze der Länder in Betracht. Diese sind durch die Verwaltung im Rahmen der Krankenhausplanung nach § 6 Abs. 1a und bei der Auswahlentscheidung zwischen mehreren Bewerbungen gemäß § 8 Abs. 2 KHG zu berücksichtigen.

5.2 ERFORDERNIS DER GESETZFÖRMIGKEIT ERGÄNZENDER QUALITÄTSANFORDERUNGEN

Ergänzende Qualitätsanforderungen zur Begründung der Aufnahmeentscheidung in den Landeskrankenhausplan, welche über qualitative Mindestmengenvorgaben hinausgehen und in die Landeskrankenhausplanung einfließen sollen, bedürfen einer landesgesetzlichen Rechtsgrundlage. Der Landesgesetzgeber darf den krankenhaushausplanungsrechtlichen Begriff der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses über den medizinischen Standard hinaus in technischer, organisatorischer oder personeller Hinsicht um weitere qualitätssichernde Vorgaben ergänzen und dabei über die Richtlinien und Beschlüsse des G-BA hinausgehen. Solche Regelungen müssen je-

doch durch formales Gesetz erlassen und dürfen nicht den Verwaltungen überlassen werden. Dies ergibt sich schon aus Art. 12 Abs. 1 S. 2 GG.⁷⁵ Die landesgesetzlichen Regelungen müssen zudem dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz Rechnung tragen. Der Landeskrankenhausplan selbst ist keine Rechtsnorm, sondern entfaltet nur verwaltungsinterne Wirkung, und kann daher keine Rechtsgrundlage für ergänzende Qualitätsanforderungen sein. Der Plan hat als innerdienstliche Weisung die Anordnung zum Inhalt, welche die Grundlage der Verwaltungsentscheidung über die Aufnahme in den Landeskrankenhausplan bildet.⁷⁶ Die Berufsfreiheit der Krankenhausträger vermag er aber nicht zu beschränken. Eine Qualitätssicherung allein durch den Landeskrankenhausplan ist damit unzulässig.⁷⁷ Erforderlich ist vielmehr eine spezifisch landesgesetzliche Ermächtigung, die hinsichtlich der einzuhaltenden Qualitätsvorgaben über die gesetzliche Aufgabenstellung des Krankenhausplans unter Beachtung der bundeseinheitlichen Vorgaben des KHG, die sich auf die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, wirtschaftlichen und leistungsfähigen Krankenhausversorgung beschränkt, hinausgeht.

Das Landesgesetz, das die Rechtsgrundlage für die Vorgabe ergänzender Qualitätsanforderungen sein soll, muss hinreichend bestimmte Vorgaben machen. Es darf nicht lediglich abstrakt die Qualität der Krankenhausversorgung als zusätzliches Ziel der Krankenhausplanung benennen. Vielmehr muss der Landesgesetzgeber im Landeskrankenhausgesetz hinreichend bestimmt regeln, welche Anforderungen er an die Krankenhausträger stellen möchte, denen ein Krankenhaus unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung bei der Leistungserbringung im Krankenhaus unterworfen sein soll. Diese Anforderungen müssen unter Beachtung der Qualitätsanforderungen der Bevölkerung und der Berufsfreiheit der Krankenhausträger verhältnismäßig sein.⁷⁸ Die Umsetzung dieser landesgesetzlichen Anforderungen auf der nachfolgenden Verwaltungsebene im Landeskrankenhausplan und im zweiten Schritt im Feststellungsbescheid nach § 8 Abs. 1 S. 3 KHG über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Landeskrankenhausplan setzt demnach eine hinreichend bestimmte und verhältnismäßige Erlaubnisgrundlage im jeweiligen Landeskrankenhausgesetz voraus.⁷⁹ Besteht eine solche nicht, darf die ergänzende Qualitätsanforderung nicht zum Gegenstand der Auswahlentscheidung gemacht werden.

⁷⁴ Vgl. BVerfG v. 05.06.1998 – 2 BvL 2/97, BVerfGE 98: 145, (159). ⁷⁵ Vgl. Thomae, Krankenhausplanungsrecht, 2006: 83. ⁷⁶ Vgl. BVerwG v. 26.03.1981 – 3 C 134, 79, BVerwGE 62: 86, (96); BVerwG v. 25.07.1985 – 3 C 25, 84, BVerwGE 72: 38, (45). ⁷⁷ Vgl. Quaas, GesR 3/2014: 129. ⁷⁸ Vgl. BVerfG v. 12.06.1990 – 1 BvR 355/86, BVerfGE 82: 209. ⁷⁹ Vgl. Quaas, GesR 3/2014: 129.

5.3 AUSSCHLUSS ODER ABÄNDERUNG DER RICHTLINIEN DES G-BA DURCH DEN LANDESGESETZGEBER

Die Länder haben durch § 6 Abs. 1 a S. 2, Hs. 1 KHG zudem im Rahmen ihrer Gesetzgebungsbefugnis und der damit einhergehenden Planungskompetenzen die Möglichkeit, durch Landesrecht die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in den Richtlinien des G-BA entweder generell auszuschließen oder einen Ausschluss nur einzelner Qualitätsindikatoren vorzusehen. Im Fall eines generellen Ausschlusses entfalten sämtliche vom G-BA empfohlenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren keine Rechtsverbindlichkeit in dem jeweiligen Land. Bei einem teilweisen Ausschluss gilt Entsprechendes naturgemäß ausschließlich für die jeweils ausgeschlossenen Indikatoren. Das betreffende Land kann in Bezug auf jeden einzelnen vom G-BA beschlossenen Qualitätsindikator entscheiden, ob und gegebenenfalls in welcher Form er Bestandteil des Krankenhausplans werden soll. Hier bestehen erhebliche Regelungsmöglichkeiten der Landesgesetzgeber. Das Land kann in seinem Landeskrankenhausgesetz dynamisch auf die Richtlinien des G-BA verweisen. Es kann auch statisch auf die Richtlinien des G-BA zu einem bestimmten Zeitpunkt verweisen. Es kann jedoch auch die Geltung vollständig ausschließen und eigene Regelungen treffen. Letzteres Recht des Landesgesetzgebers ergibt sich aus seiner originären Gesetzgebungskompetenz für die Krankenhausplanung aus Art. 70 GG.

Der Landesgesetzgeber hat zudem die Möglichkeit, im Landeskrankenhausgesetz vorzusehen, dass diese Entscheidung im Einzelfall angesichts ihrer größeren fachlichen Nähe zum Gegenstand der Verwaltung als Planaufsteller überlassen wird. Die konkrete Übernahme oder der Ausschluss planungsrelevanter Qualitätsindikatoren des G-BA würde dann aufgrund landesgesetzlicher Regelung direkt im jeweiligen Landeskrankenhausplan erfolgen. Die unverändert gebliebenen bundesrechtlichen Vorgaben müssten dann durch die Verwaltung berücksichtigt werden.

Zudem darf der Landesgesetzgeber gemäß § 6 Abs. 1 a S. 2, Hs. 2 KHG weitergehende Qualitätsanforderungen zu seiner Krankenhausplanung im Landeskrankenhausgesetz verankern. Er darf beispielsweise festlegen, dass die Nichtbeachtung der für ein Krankenhaus geltenden Qualitätskriterien des G-BA planungsrechtliche Konsequenzen haben kann. Manche Länder haben hierzu vollumfänglich auf die Vorgaben des G-BA verwiesen. So sind nach § 19 Abs. 1 S. 2 HessKHG bei den Planungsentscheidungen auch die in den §§ 135 bis 139 c SGB V entwickelten Indikatoren zur Ergebnisqualität zu berücksichtigen. Die Indikatoren und Maßgaben sind dann im Rahmen der Bestenauslese der zuständigen Landesverwaltung bei einer nach § 8 Abs. 2 S. 2 KHG notwendigen Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern verbindlich zugrunde zu legen (§ 8 Abs. 1a bis c KHG).

6 KONKRETE REGULUNGSMÖGLICHKEITEN IM LANDESKRANKENHAUSGESETZ

Aus all dem lässt sich folgern, dass es den Ländern offensteht, die Empfehlungen und Beschlüsse des G-BA in ihren Landeskrankenhausgesetzen umzusetzen und über diese Mindeststandards hinaus ergänzende Qualitätsanforderungen festzulegen. Diese müssten über die Mindestanforderungen, die bei einem Defizit an geeigneten Angeboten für die Aufnahme in den Krankenhausplan genügen, hinausgehen. Diese ergänzenden Qualitätsanforderungen im Landeskrankenhausgesetz könnten dann die Auswahlentscheidung zugunsten eines Bewerbers begründen. Sie müssten dafür im Landeskrankenhausgesetz aber hinreichend konkret bestimmt sein, da solche ergänzenden Kriterien erhebliche Auswirkungen auf die Berufswahlfreiheit der Krankenhausträger aus Art. 12 Abs. 1 GG haben.

Es bestehen insoweit keine Best-Practice-Beispiele in den Landeskrankenhausgesetzen, auf die ohne Weiteres verwiesen werden könnte.⁸⁰ Es müsste im Einzelfall, bezogen auf die tatsächlichen Umstände im einzelnen Bundesland, geprüft werden, ob das öffentliche Interesse an bestimmten, konkret bezeichneten ergänzenden Qualitätsanforderungen das Interesse

des Bewerbers an einer Aufnahme in den Krankenhausplan überwiegt, ob demnach ein nachvollziehbarer sachlicher Grund dafür besteht, bestimmte Qualitätsanforderungen in die Bestenauslese einzubeziehen. So könnte als ergänzendes Qualitätserfordernis in das Landeskrankenhausgesetz eingeschrieben werden, dass bevorzugt solche Krankenhäuser aufgenommen werden sollen, die über eine Geburtshilfe verfügen. Ein sachlicher Grund für eine solche Regelung im Landeskrankenhausgesetz könnte bestehen, wenn es in bestimmten Regionen einen Mangel an Geburtshilfen gibt. Wäre eine solche Qualitätsanforderung im Landeskrankenhausgesetz verankert, könnte es als Planungsziel auf Stufe 1 bei der Aufstellung des Krankenhausplans berücksichtigt werden und bei der Bestenauswahl auf Stufe 2 den Ausschlag zugunsten oder zulasten eines Bewerbers geben. Die Länder könnten dadurch effektiven Einfluss auf die Versorgungsangebote nehmen, ohne in das Bundesrecht hinsichtlich der Mindestanforderungen der Versorgung im gesamten Bundesgebiet einzugreifen und ohne das Grundrecht der Träger aus Art. 12 Abs. 1 GG zu verletzen.

⁸⁰ Interessant insoweit jedoch § 6b Abs. 3 des Hamburgischen KHG iVm der Verordnung über ergänzende Qualitätsanforderungen nach § 6b Abs. 3 des Hamburgischen KHG. HmbQualiVO v. 20.02.2018, HmbGVBl. 2018: 44.

7 ZULÄSSIGKEIT VON NEBENBESTIMMUNGEN IN DEN AUFNAHMEBESCHEIDEN

Weiterhin könnte es zulässig sein, weitere Qualitätsanforderungen als Nebenbestimmungen in die Bescheide über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan aufzunehmen, um so ein verbessertes Versorgungsangebot zu erreichen.

7.1 ERFORDERLICHKEIT EINER RECHTSGRUNDLAGE FÜR NEBENBESTIMMUNGEN

Der Bescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan kann mit Nebenbestimmungen versehen werden, wenn das Landeskrankenhausgesetz dies vorsieht. Eine solche Rechtsgrundlage für den Erlass von Nebenbestimmungen enthält das LKHG Baden-Württemberg:

«Der Bescheid kann mit Nebenbestimmungen versehen werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans, insbesondere den Anforderungen an eine ortsnahe Notfallversorgung, geboten ist.» (§ 7 Abs. 2 LKHG)⁸¹

§ 36 VwVfG stellt selbst keine Rechtsgrundlage für Nebenbestimmungen dar. § 36 Abs. 1 Alt. 1 VwVfG kommt insoweit nur deklaratorische Bedeutung zu und bildet damit keine eigenständige Ermächtigung. Jedoch ist im Einzelfall zu prüfen, ob die ausdrückliche fachgesetzliche Zulassung von Nebenbestimmungen wirklich konstitutiven Charakter hat oder nur eine Bekräftigung der in § 36 normierten Grundsätze darstellt. Lässt das Gesetz Nebenbestimmungen zu, gelten die allgemeinen Grenzen, insbesondere die des § 36 Abs. 3 VwVfG.⁸²

7.2 BEISPIELE FÜR DIE ZULASSUNG VON NEBENBESTIMMUNGEN IM LANDESKRANKENHAUSGESETZ

Demnach könnte in das Krankenhausgesetz eine ausdrückliche Regelung aufgenommen werden, nach welcher Nebenbestimmungen in den Bescheiden über die Aufnahme in den Krankenhausplan erlassen werden dürfen. Das Bremische Krankenhausgesetz (BremKrhG) etwa enthält eine solche Bestimmung hinsichtlich der Gewährung in Förderungen:

«§ 16 Sicherung der Zweckbindung und Nebenbestimmungen: Die Bewilligung der Fördermittel kann mit Nebenbestimmungen verbunden werden, soweit sie zur Verwirklichung des Gesetzeszweckes, insbesondere zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplanes und zur Sicherstellung der zweckentsprechenden, sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der Fördermittel, erforderlich sind. Der Bewilligungsbescheid für Mittel nach § 15 kann außerdem Nebenbestimmungen enthalten, die Näheres zur Umstellung oder Einstellung des Betriebes festlegen.» (§ 16 Abs. 1 BremKrhG)

Eine entsprechende Zulassung von Nebenbestimmungen im Bescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan sieht das Bremische Krankenhausgesetz

hingegen nicht vor. Auch das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) kennt in § 19 Abs. 2 nur eine Zulassung von Nebenbestimmungen für die Gewährung von Fördermitteln, nicht hingegen hinsichtlich des Bescheids über die Aufnahme in den Krankenhausplan. Anders verhält es sich in Berlin. Das Berliner Landeskrankenhausgesetz (LKG) enthält die folgende Regelung:

«Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung stellt die Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan, die Beteiligung eines Krankenhauses an der Notfallversorgung und die Zuweisung besonderer Aufgaben gegenüber dem Krankenhaus-träger durch schriftlichen Bescheid fest. *Der Bescheid kann Nebenbestimmungen enthalten, soweit dies zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans erforderlich ist.* Liegen die Voraussetzungen für die Erteilung des Bescheides ganz oder teilweise nicht mehr vor, so kann der Bescheid nach Satz 1 ganz oder teilweise widerrufen werden.» (§ 7 Abs. 1 LKG; Herv. d. Verf.)

Die Berliner Landesregelung ermöglicht es demnach den über die Aufnahme in den Krankenhausplan entscheidenden Behörden, Nebenbestimmungen zu erlassen, die gerade dazu dienen sollen, die Ziele des Krankenhausplans zu erfüllen. Dies gibt den Behörden einen erweiterten Spielraum, auf die Erfüllung der Ziele des Krankenhausplans hinzuwirken und im Falle des Verstoßes gegen Nebenbestimmungen die Aufnahme in den Krankenhausplan auch zu widerrufen.

7.3 GRENZEN DER ZULÄSSIGKEIT VON AUFLAGEN IN AUFNAHMEBESCHEIDEN

Die Möglichkeit der Länder, die Gewährung von Fördermitteln durch Auflagen zu steuern, findet ihre Grenze in § 1 Abs. 2 S. 3 KHG:

«Die Gewährung von Fördermitteln nach diesem Gesetz darf nicht mit Auflagen verbunden werden, durch die die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern über die Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus beeinträchtigt werden.» (§ 1 Abs. 2 S. 3 KHG)

Aus dem Wortlaut heraus gilt diese Einschränkung nur für die Regelung der Förderung durch Auflagen, also die Konstellation, die anhand des Krankenhausgesetzes NRW und des Bremischen Krankenhausgesetzes aufgezeigt wurde. Nebenbestimmungen zur Aufnahme in den Krankenhausplan, wie sie das Berliner LKHG vorsieht, werden hingegen nicht adressiert, sodass schon zweifelhaft ist, ob § 1 Abs. 2 KHG eine solche Zulässigkeit von Auflagen bei der Aufnahme in den Landeskrankenhausplan überhaupt beschränkt. Zudem nennt § 1 Abs. 2 S. 3 KHG nur Auflagen, nicht jedoch den weiteren

⁸¹ Vgl. dazu VGH Baden-Württemberg v. 16.04.2015 – 10 S 96/13. ⁸² Vgl. Stelkens/Bonk/Sachs/Stelkens, 9. Aufl. 2018, VwVfG § 36 Rn. 115.

Begriff der Nebenbestimmungen. § 36 Abs. 2 VwVfG, der über das jeweilige Landesverwaltungsverfahrensgesetz (LVwVfG) zur Anwendung kommt, enthält jedoch Legaldefinitionen zu fünf Arten von Nebenbestimmungen: die Befristung, die Bedingung, den Widerrufsvorbehalt, die Auflage und den Auftragsvorbehalt. Die Aufzählung ist nicht abschließend.⁸³ Eine Auflage ist gemäß § 36 Abs. 2 Nr. 4 VwVfG eine Bestimmung, durch die der/dem Begünstigten ein Tun, Dulden oder Unterlassen vorgeschrieben wird.⁸⁴ Die Abgrenzung der Auflage gegenüber der Bedingung erfolgt nach dem Regelungszweck. Als Faustformel gilt, dass die Auflage zwingt, aber nicht suspendiert, die Bedingung suspendiert, aber nicht zwingt. Die Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Auflage berührt mithin nicht die Wirksamkeit des Hauptverwaltungsakts, der Eintritt bzw. Nichteintritt der Bedingung führt dagegen zur Wirksamkeit bzw. Unwirksamkeit des – einheitlichen – Verwaltungsaktes.⁸⁵ Demnach wäre es nach dem Wortlaut des § 1 Abs. 2 S. 3 KHG zulässig, dass die Behörde die Gewährung von Fördermitteln unter die Bedingung stellt, dass bestimmte Qualitätsziele des Krankenhausplans umgesetzt werden. Erst wenn diese Bedingung erfüllt wird, kann die Förderung erfolgen. Die Grenze des § 1 Abs. 2 S. 3 KHG würde für eine solche Bedingung nicht gelten.

Dies wäre widersinnig, da der Eingriff in den gleichen Zugang zu Fördermitteln durch eine Bedingung wesentlich schwerer beschränkt würde als durch eine Auflage. Daher ist es vom Sinn und Zweck des § 1 Abs. 2 S. 3 KHG angezeigt, über den Wortlaut hinaus auch sonstige Nebenbestimmungen für unzulässig zu halten, welche die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit des Krankenhauses über die Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus beeinträchtigt. Demnach sind solche Nebenbestimmungen zulässig, wenn ein billiger Ausgleich vorgenommen wurde zwischen den Zielen der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung und dieser Abgleich die Planungsziele überwiegen lässt.

Wendet man diese Schranke auf Bescheide über die Aufnahme in den Krankenhausplan entsprechend an, weil dieser Bescheid einer Förderentscheidung logisch vorausgehen muss, dann ließe sich auch für das Berliner LKHG sagen, dass eine Nebenbestimmung im Bescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan unzulässig ist, wenn sie nicht durch ein Planungsziel gerechtfertigt ist, welches das Interesse des Trägers an einer wirtschaftlichen Betriebsführung des Krankenhauses überwiegt. Dies wäre dann im Einzelfall zu klären.

⁸³ Vgl. Huck/Müller, *Verwaltungsverfahrensgesetz*, 2020, § 36 Rn. 6. ⁸⁴ BVerwG v.15.12.1981 – 1 C 145/80, NVwZ 1982: 191. ⁸⁵ Vgl. Huck/Müller, *Verwaltungsverfahrensgesetz*, 2020, § 36 Rn. 18.

8 HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN DER LANDESGESETZGEBER

Die dargestellten Prüfungen ergeben, dass die Landesgesetzgeber die Möglichkeit haben, in den Landeskrankenhausgesetzen Grundlagen für eine besondere Qualität der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung im Landesgebiet zu schaffen. Sie dürfen gemäß der Rechtsprechung der Landesverfassungsgerichte Bremen, Hamburg und Bayern zwar nicht in die Bereiche eindringen, die der Bund aufgrund seiner konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 und 19a GG abschließend im KHG und in den §§ 135 ff. SGB V geregelt hat. Dies betrifft etwa Mindestvorgaben von Personalstärken. Solange der Bundesgesetzgeber jedoch keine abschließenden Regelungen getroffen hat, darf der Landesgesetzgeber eigene ergänzende gesetzliche Regelungen erlassen. Dies umfasst seine Befugnis, die Empfehlungen und Beschlüsse des G-BA umzusetzen, abzuändern oder auch abzulehnen. Auch darf der Landesgesetzgeber ergänzende Qualitätsanforderungen aufstellen, die auf erster Stufe bei der Aufstellung des Landeskrankenhausplans berücksichtigt werden sollen und auf zweiter Stufe bei der Bestenauslese zwischen mehreren Krankenhausanbietern in die Auswahlentscheidung einfließen können. Solche ergänzenden Qualitätsziele dürfen jedoch nicht lediglich im Kran-

kenhausplan selbst enthalten sein, sondern müssen schon im Landeskrankenhausgesetz hinreichend bestimmt geregelt werden. Sodann darf der Landesgesetzgeber in das Landeskrankenhausgesetz aufnehmen, dass bei dem Bescheid über die Aufnahme in den Landeskrankenhausplan auch Nebenbestimmungen aufgenommen werden dürfen, welche der Erreichung der Planungsziele dienen. Dies ermöglicht es den Behörden, ein Krankenhaus in den Landeskrankenhausplan aufzunehmen, das sich als bestgeeignet herausgestellt hat, jedoch noch immer die Planungsziele nicht hinreichend erfüllt. Diese Nebenbestimmungen müssen jedoch einen angemessenen Ausgleich herstellen zwischen den Planungszielen und dem Interesse des Krankenhausträgers an einer wirtschaftlichen Betriebsführung. Nur wenn dies gewährleistet ist und das öffentliche Interesse an der Erreichung der Planungsziele das private Interesse an der wirtschaftlichen Betriebsführung aus Art. 12 Abs. 1 GG überwiegt, hat die Nebenbestimmung Bestand. Durch diese Regelungsmöglichkeiten bestehen im Hinblick auf die Ausgangsfrage hinreichende Möglichkeiten des Landesgesetzgebers, auf die qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung Einfluss zu nehmen.

LITERATURVERZEICHNIS

A

Axer, Peter: Rechtsfragen einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, in: VSSR – Vierteljahresschrift für Sozialrecht 2010, S. 183–207.

B

Becker, Ulrich/Kingreen, Thorsten: SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung, 7. Aufl., München 2020.

BeckOK Grundgesetz/Seiler, 42. Ed., Stand: 01.12.2019.

BeckOK SozR/Fahlbusch, 56. Ed., Stand: 01.12.2017.

BeckOK SozR/Kingreen/Bogan, 56. Ed., Stand: 01.03.2020.

C

Chandna-Hoppe: Grundstrukturen des Krankenhausfinanzierungsrechts, in: NZS – Neue Zeitschrift für Sozialrecht 3/2020, S. 81–84.

H

Huck, Winfried/Müller, Martin: Verwaltungsverfahrensgesetz, 3. Aufl., München 2020.

Huster, Stefan/Kaltenborn, Markus: Krankenhausrecht, 2. Aufl., München 2017.

J

Jarass, Hans D./Pieroth, Bodo: Grundgesetz, 15. Aufl., München 2018.

K

Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, 109. Aufl., München 2020.

Knispel, Ulrich: Rechtsfragen der Versorgungsverträge nach SGB V, in: NZS – Neue Zeitschrift für Sozialrecht 3/2006, S. 120–126.

Krauskopf, Dieter: Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, 106. Aufl., München 2020.

Kuhla, Wolfgang: Gesetzgebungskompetenzen im Krankenhausrecht, in: NZS – Neue Zeitschrift für Sozialrecht 10/2014, S. 361–365.

Kuhla, Wolfgang: Qualität der stationären Behandlung und Vergütung. Kritische Auseinandersetzung mit der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, in: NZS – Neue Zeitschrift für Sozialrecht 15/2015, S. 561–568.

M

Maunz, Theodor/Dürig, Günter: Grundgesetz, 90. Aufl., München 2020.

Q

Quaas, Michael: Krankenhausplan als Qualitätssicherungsinstrument? Rechtliche Vorgaben und Grenzen, in: GesR – Gesundheitsrecht. Zeitschrift für Arztrecht, Krankenhausrecht, Apotheken- und Arzneimittelrecht 3/2014, S. 129–137.

S

Stelkens, Paul/Bonk, Heinz Joachim/Sachs, Michael: Verwaltungsverfahrensgesetz, 9. Aufl., München 2018.

Stollmann, Frank: Grundlagen des Rechts der Krankenhausplanung und der Krankenhausinvestitionsförderung, in: NZS – Neue Zeitschrift für Sozialrecht 7/2004, S. 350–357.

Stollmann, Frank: Qualitätsvorgaben in der Krankenhausplanung. Änderungen durch das Krankenhausstrukturgesetz, in: NZS – Neue Zeitschrift für Sozialrecht 6/2016, S. 201–206.

Stollmann, Frank/Hermanns, Caspar David: Die jüngere Rechtsprechung zum Krankenhausplanungsrecht, in: NZS – Neue Zeitschrift für Sozialrecht 22/2017, S. 851–860.

T

Ternick, René: Qualitätsindikatoren des G-BA als Grundlage für die Krankenhausplanung, in: NZS – Neue Zeitschrift für Sozialrecht 20/2017, S. 770–777.

Thomae, Heike: Krankenhausplanungsrecht, Köln 2006.

U

Udsching, Peter: Probleme der Verzahnung von ambulanter und stationärer Krankenbehandlung, in: NZS – Neue Zeitschrift für Sozialrecht 8/2003, S. 411–416.

W

Wollenschläger, Ferdinand/Schmidl, Annika: Qualitätssicherung als Ziel der Krankenhausplanung, Regelungskompetenzen der Länder und verfassungsrechtliche Grenzen für Maßnahmen der Qualitätssicherung, in: VSSR – Vierteljahresschrift für Sozialrecht 2/2014, S. 117–167.

Wünschmann, René: Zum rechtlichen Umfang der Bedarfsprüfung bei Versorgungsverträgen nach den §§ 108, 109 SGB 5, Eine Bestandsaufnahme anhand der höchstrichterlichen Rechtsprechung, in: NZS – Neue Zeitschrift für Sozialrecht 8/2006, S. 403–407.