

FERDINAND WOLLENSCHLÄGER

Krankenhausreform und Grundgesetz

*Studien zum
Medizin- und Gesundheitsrecht*

11

Mohr Siebeck

Studien zum Medizin- und Gesundheitsrecht

Herausgegeben von

Steffen Augsberg, Karsten Gaede, Jens Prütting

11



Ferdinand Wollenschläger

Krankenhausreform und Grundgesetz

Kompetentielle und grundrechtliche Determinanten
einer Reform von Krankenhausplanung
und Krankenhausvergütung

Mohr Siebeck

Ferdinand Wollenschläger, geboren 1976; Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht, Europarecht und Öffentliches Wirtschaftsrecht an der Juristischen Fakultät der Universität Augsburg sowie Co-Direktor des Instituts für Bio-, Medizin- und Gesundheitsrecht.
orcid.org/0000-0001-8550-1354

ISBN 978-3-16- 162595-4 / eISBN 978-3-16-162596-1

DOI 10.1628/978-3-16-162596-1

ISSN 2699-6855 / eISSN 2699-6863 (Studien zum Medizin- und Gesundheitsrecht)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind über <https://dnb.de> abrufbar.

© 2023 Mohr Siebeck Tübingen. www.mohrsiebeck.com

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigung, Übersetzung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Das Buch wurde von Gulde Druck in Tübingen aus der Times New Roman gesetzt, auf alterungsbeständiges Werkdruckpapier gedruckt und gebunden.

Printed in Germany.

Vorwort

In der aktuellen Legislaturperiode steht eine grundlegende Reform der Krankenhausversorgung auf der gesundheitspolitischen Agenda. Zur Vorbereitung dieses Vorhabens hat das Bundesministerium für Gesundheit in Umsetzung des Koalitionsvertrags eine Regierungskommission eingesetzt. Deren im Dezember 2022 vorgelegte dritte Stellungnahme hat bedeutsame Vorschläge zur Reform der Krankenhausversorgung einschließlich der Vergütung unterbreitet, namentlich eine Abkehr von der rein leistungs- und mengenorientierten Vergütung des DRG-Systems zugunsten einer Kombination aus leistungsabhängiger Vergütung und an Versorgungslevel sowie Leistungsgruppen einschließlich Qualitätsanforderungen geknüpfter Vorhaltefinanzierung – Vorschläge, die weit reichende Konsequenzen für die Versorgungsstruktur zeitigen.

Die Herausforderung einer bundesweiten Krankenhausreform besteht darin, dass die Gesetzgebungskompetenzen für die Regelung des Krankenhauswesens zwischen Bund und Ländern aufgeteilt sind und die Abgrenzung der Kompetenzräume mit Schwierigkeiten behaftet ist. Damit stellt sich zunächst die Frage der zuständigen Ebene im deutschen Bundesstaat. Zudem müssen Grundrechtspositionen der Krankenhausträger beachtet werden. Vor diesem Hintergrund entfaltet die vorliegende Arbeit den grundgesetzlichen, insbesondere kompetentiellen und grundrechtlichen Rahmen für eine Reform von Krankenhausversorgung und -vergütung. Auf dieser Basis unterzieht sie nicht nur die aktuellen Reformvorschläge einer verfassungsrechtlichen Bewertung, vielmehr zeigt sie auch weitere Gestaltungsoptionen auf.

Dass die hier untersuchten Reformvorschläge der Regierungskommission nicht den Endpunkt der Krankenhausreform bilden, sondern lediglich einen wesentlichen Zwischenschritt auf dem Weg zur Verabschiedung eines Krankenhausreformgesetzes darstellen, ändert nichts an der Relevanz der vorliegenden Arbeit. Nicht nur ist davon auszugehen, dass sich die hier erörterten Aspekte auch als für die Bewertung eines Reformgesetzes bedeutsam erweisen. Vielmehr bietet die vorliegende Schrift eine von konkreten Reformvorhaben unabhängige Entfaltung des grundgesetzlichen Rahmens für die Regelung und Reform von Krankenhausplanung und Krankenhausvergütung sowie eine verfassungsrechtliche Bewertung denkbarer Gestaltungsoptionen.

Die vorliegende Schrift beruht auf einem Rechtsgutachten, das das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, das Ministerium für Justiz und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein und das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen in Auftrag gegeben haben und das der Verfasser im April 2023 erstattet hat. Abgesehen von redaktionellen Anpassungen und Aktualisierungen entspricht der Text dem Gutachten.

Der Verfasser dankt dem Verlag Mohr Siebeck und den Herausgebern der Reihe, den Kollegen Steffen Augsburg, Karsten Gaede und Jens Prütting, für die Aufnahme der Schrift in das Verlagsprogramm und namentlich Frau Dr. Julia Caroline Scherpe-Blessing, LL.M. (Cantab), und Frau Linnéa Hoffmann für die verlagsseitige Betreuung des Werkes. Frau Wiss. Mit. Mirjam Scherle, Herrn Wiss. Mit. Tim Gutmann, sowie den studentischen Hilfskräften Luisa Gambs, Carina Mader und Sebastian Vogt von meinem Lehrstuhl gebührt der Dank für die redaktionelle Bearbeitung des Textes.

München, im Juni 2023

Abstract

Keine Bundeskompetenz für Umsetzung der Empfehlungen der Regierungskommission. Krankenhausreform muss zwischen Bund und Ländern aufgespaltene Zuständigkeit für Regelung der Krankenhausversorgung beachten, insbesondere die Planungshoheit der Länder. Demnach bestehen verschiedene Reformoptionen.

Das Grundgesetz sieht keine umfassende Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das Gesundheits- oder Krankenhauswesen vor. Vielmehr bestehen nur punktuelle (konkurrierende) Bundeszuständigkeiten, namentlich für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG) sowie für die Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG). Die Krankenhausplanung hat das Grundgesetz, bekräftigt vom Bundesverfassungsgericht, den Ländern zugewiesen, was die Reichweite der genannten Kompetenztitel als Basis für Regelungen des Bundes beschränkt; den Ländern müssen eigenständige und umfangmäßig erhebliche Planungsspielräume verbleiben, gerade auch für die legislative, abstrakt-generelle Rahmensetzung. Dabei gilt ein Primat der Landeskrankenhausplanung gegenüber Vergütungsregelungen des Bundes. Diese Kompetenzverteilung lässt sich nicht mittels ungeschriebener Bundeskompetenzen (Annexkompetenz bzw. Kompetenz kraft Sachzusammenhangs) überspielen, die zudem nur in äußerst engen Grenzen greifen.

Nach der grundgesetzlichen Kompetenzordnung besteht keine Zuständigkeit des Bundes für die Umsetzung der Empfehlungen der Regierungskommission, da diese die Planungsbefugnis der Länder übermäßig beschneiden. Unerheblich ist, dass nicht unmittelbar Vorgaben für die Krankenhausplanung, sondern Vergütungsregelungen getroffen werden sollen. Denn letzteren kommt erhebliche Planungsrelevanz zu. Hängt die Vergütung der Krankenhäuser, wie vorgesehen, von der bundesrechtlich definierten Berechtigung zur Leistungserbringung qua Levelzuordnung und der Einhaltung von bundesrechtlich definierten Qualitätsanforderungen ab, können die Krankenhäuser den krankenhauplanerisch zugewiesenen Versorgungsauftrag (adäquat vergütet) nur noch nach Maßgabe detaillierter Strukturvorgaben des bundesrechtlichen Vergütungsregimes erfüllen. Die Struktur- und Qualitätsvorgaben des Reformvorschlags tangieren dabei offen-

kundig Kategorien der Krankenhausplanung in erheblichem Umfang (detaillierte Definition von Leveln und Leistungsgruppen; Zuweisung von Leistungsgruppen zu Leveln; detaillierte Mindeststrukturvorgaben; Rolle von Fachkliniken). Durch die Vergütungsvorgaben entsteht nicht nur ein erheblicher faktischer Anpassungsdruck für die Planung; vielmehr ist die Steuerung der Versorgungsstruktur auch beabsichtigt. Dies widerspricht zugleich dem kompetentiell fundierten Primat der Krankenhausplanung gegenüber Vergütungsregelungen, da das Vergütungsregime eigenständige, die Planungshoheit übermäßig beschneidende Strukturanforderungen formuliert. Jenseits dessen bewirkt der Reformvorschlag einen – auch vor dem Hintergrund der Widerspruchsfreiheit der Rechtsordnung relevanten – Systembruch in der dualen Krankenhausfinanzierung, da erste und zweite Säule der Krankenhausfinanzierung nicht mehr synchronisiert wären, mithin Krankenhäuser in die Investitionskostenförderung einzubeziehen wären, obgleich ihnen kein adäquater Vergütungsanspruch zukommt.

Zur Realisierung der Krankenhausreform bestehen verschiedene Lösungsmöglichkeiten. Mittels einer *Vergütungsregelung unter Verzicht auf die Planungshoheit übermäßig beschneidender Strukturvorgaben* lassen sich wichtige Anliegen realisieren, namentlich die Fehlanreize beseitigende Umstellung von einer rein leistungs- und mengenorientierten Vergütung des DRG-Systems auf eine Kombination aus leistungsabhängiger Vergütung und v. a. an Leistungsgruppen geknüpfter Vorhaltefinanzierung. Rechtssicher und kompetenzkonform realisierbar ist eine *landesautonome Umsetzung des Reformvorschlags*, wobei eine landesübergreifende Koordinierung (Staatsvertrag; Musterentwurf) und eine Abstimmung mit dem Bund möglich ist. Mit *Rahmenvorgaben für die Landeskrankenhausplanung* (namentlich Festlegung der Länder auf Planung nach Leistungsgruppen und Leveln sowie auf der Basis von Mindeststrukturvorgaben, wobei keine weitere verbindliche Konkretisierung erfolgen darf), ließe sich die Krankenhausplanung im Vergleich zum Status quo stärker steuern, wobei bereits gegen diesen Ansatz kompetentielle Einwände erhoben werden. Eine *Detailsteuerung der Krankenhausversorgung mit umfassenden Abweichungsbefugnissen zugunsten der Länder* begegnet wegen der gleichwohl in Anspruch genommenen überschießenden Regelungsmacht gewichtigen kompetentiellen Einwänden; diese schlagen jedenfalls dann durch, wenn in erheblichem Ausmaß in die Planungshoheit der Länder eingegriffen wird, was bei der Einführung detailliert definierter Level und der Zuordnung von Leistungsgruppen zu Leveln der Fall wäre.

Schließlich ist der Anspruch privater und freigemeinnütziger Krankenhausträger auf gleichheitskonforme Teilhabe an Vergütung und Planung (Art. 12 Abs. 1 i. V. m. Art. 3 Abs. 1 GG) zu beachten. Dieser steht etwa einer generellen Beseitigung des Selbststands von Fachkliniken entgegen und unterwirft Qualitätsan-

forderungen sowie die Zuweisung von Leistungsgruppen an Level einem Rechtfertigungszwang. Überdies sind hinreichend lange Übergangsregelungen erforderlich.

Hinweis: Am Ende des Textes findet sich eine ausführliche Zusammenfassung in Thesen.

Inhaltsübersicht

Vorwort	V
Abstract	VII
Inhaltsverzeichnis	XIII
I. Hintergrund und Kontext	1
1. Gegenstand der Untersuchung	1
2. Hintergrund und Reformvorschlag	2
II. Kompetentieller Rahmen	7
1. Beschränkte Regelungsbefugnis gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG (wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und Regelung der Krankenhauspflegesätze)	8
2. Beschränkte Regelungsbefugnis gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG (Sozialversicherung)	25
3. Kompetenzwidrigkeit des Reformvorschlags	35
4. Lösungsmöglichkeiten	69
III. Grundrechtliche Aspekte	87
1. Sicherstellungsauftrag	87
2. Allgemeine Anforderungen an Planaufnahme- und Vergütungskriterien	88
3. Notwendigkeit von Übergangsregelungen und Bestandsschutz	99
IV. Organisatorische Aspekte	109
1. Verlagerung von Entscheidungskompetenzen	109
2. Einbeziehung der kommunalen Ebene	110
V. Zusammenfassung in Thesen	111

VI. Literaturverzeichnis	121
VII. Stichwortverzeichnis	127

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
Abstract	VII
Inhaltsübersicht	XI
I. Hintergrund und Kontext	1
1. Gegenstand der Untersuchung	1
2. Hintergrund und Reformvorschlag	2
a) Hintergrund	2
b) Reformvorschlag	3
II. Kompetentieller Rahmen	7
1. Beschränkte Regelungsbefugnis gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG (wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und Regelung der Krankenhauspflegesätze)	8
a) Genese	8
b) Beschränkte Reichweite des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG	10
aa) Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser	12
bb) Regelung der Krankenhauspflegesätze	15
(1) Begriff und Grenzen einer Vergütungsregelung i. S. d. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG	15
(a) Begriff der Vergütungsregelung	15
(b) Grenze im Primat der Krankenhausplanung über Entgeltregelungen	17
(c) Fazit	21
(2) Parallele Begrenzung durch die Grundsätze der Widerspruchsfreiheit der Rechtsordnung und der Bundestreue	23
c) Bindung an die Erforderlichkeitsklausel des Art. 72 Abs. 2 GG	24

2. Beschränkte Regelungsbefugnis gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG (Sozialversicherung)	25
a) Ausschluss einer stationären GKV-Bedarfsplanungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG	27
b) Möglichkeit und Grenzen der Statuierung von Anforderungen an die sozialversicherungsrechtliche Leistungserbringung	30
3. Kompetenzwidrigkeit des Reformvorschlags	35
a) Keine schlichte Regelung der Krankenhauspflegesätze, sondern Vergütungsregelung mit struktureller Planungsrelevanz	35
b) Kompetenzwidrigkeit des Reformvorschlags	43
aa) Konkretisierung des Inhalts der Krankenhausplanung	44
bb) Bewertung des Status quo	46
(1) Krankenhausplanerische Vorgaben	46
(2) Entgeltrecht	48
cc) Bewertung des Reformvorschlags	50
(1) Einschätzungen in Rechtsprechung und Schrifttum	51
(2) Vergütungsregelung	53
(3) Regelung der wirtschaftlichen Sicherung	54
(a) Strukturierung des Bedarfs	54
(b) Mindeststrukturvoraussetzungen	56
(aa) Bedeutung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 12. Juni 1990	56
(bb) Qualität als Aspekt der wirtschaftlichen Sicherung	58
(4) Keine Wahrung eigenständiger und umfangmäßig erheblicher Planungsspielräume der Länder	60
(a) Übermäßige Beschneidung der Planungshoheit der Länder durch den Reformvorschlag	60
(b) Keine Widerlegung durch Ausarbeitung der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages vom 27. März 2023	63
(c) Gegenteilige Bewertung des DRG-Regimes	66
dd) Sozialversicherungskompetenz	67
c) Wirtschaftlichkeitserwägungen in der Krankenhausplanung	69
4. Lösungsmöglichkeiten	69
a) Vergütungsregelung unter Verzicht auf planungsrelevante Strukturvorgaben	70
aa) Ausgestaltungsoptionen	70
bb) Bewertung	73
cc) Lösung über Ausnahmen?	73

b) Aufgabe einer Steuerung der Versorgungsstruktur über das Vergütungsregime	73
c) Verfassungsänderung	74
d) (Koordiniertes) Landesrecht	75
e) Rahmenvorgaben	75
aa) Vorläufer: Die (vorübergehende) Regelung im Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz	75
bb) Ausgestaltung	77
(1) Level und Leistungsgruppen	77
(a) Weitere Konkretisierung der Level	77
(b) Weitere Konkretisierung der Leistungsgruppen	77
(2) Mindeststrukturvoraussetzungen	78
cc) Bewertung	78
f) Detailvorgaben bei Einräumung von Öffnungs- bzw. Abweichungsbefugnissen zugunsten der Länder	80
aa) Vorläufer: Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung	80
bb) Rechtstechnische Ausgestaltungsmöglichkeiten	80
cc) Konkretisierung notwendiger Planungsspielräume	81
dd) Bewertung	82
g) Prozessrisiko	84
III. Grundrechtliche Aspekte	87
1. Sicherstellungsauftrag	87
2. Allgemeine Anforderungen an Planaufnahme- und Vergütungskriterien	88
a) Der Anspruch auf gleiche Plan- bzw. Vergütungsteilhabe als Maßstab für Planaufnahme- und Vergütungskriterien	88
b) Rolle von Fachkrankenhäusern	92
c) Qualitätsvorgaben	95
3. Notwendigkeit von Übergangsregelungen und Bestandsschutz	99
a) Bestands- und Vertrauensschutz hinsichtlich des Erhalts der Planposition	100
b) Übergangsregelungen	102
c) Bestandsschutz	105
aa) Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG)	105
bb) Eigentumsgarantie (Art. 14 Abs. 1 GG)	106
d) Fazit	108

IV. Organisatorische Aspekte	109
1. Verlagerung von Entscheidungskompetenzen	109
2. Einbeziehung der kommunalen Ebene	110
V. Zusammenfassung in Thesen	111
VI. Literaturverzeichnis	121
VII. Stichwortverzeichnis	127

I.

Hintergrund und Kontext

1. Gegenstand der Untersuchung

Am 6. Dezember 2022 hat die vom Bundesministerium für Gesundheit auf der Basis des Koalitionsvertrags eingesetzte Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung ihre dritte Stellungnahme und Empfehlung vorgelegt. Unter dem Titel „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“ unterbreitet das Papier bedeutsame Vorschläge zur Reform der Krankenhausversorgung einschließlich der Vergütung. Die Regierungskommission fordert eine Abkehr von der rein leistungs- und mengenorientierten Vergütung des DRG-Systems zugunsten einer Kombination aus leistungsabhängiger Vergütung und an Versorgungslevel sowie Leistungsgruppen geknüpfter Vorhaltefinanzierung.¹ Dabei werden Leistungsgruppen und Level bundeseinheitlich definiert, bundeseinheitlich Mindeststrukturanforderungen für die Zuordnung eines Krankenhauses zu einem Level und für die Erbringung von Leistungen formuliert sowie das mögliche Leistungsspektrum eines Krankenhauses nach dem jeweiligen Level ausdifferenziert, indem den Leveln Leistungsgruppen zugeordnet werden.² Damit kann ein Krankenhaus Leistungen (vergütet) nur noch erbringen, wenn ihm die einschlägige Leistungsgruppe zugeordnet ist, das ihm zugewiesene Level zur Erbringung der jeweiligen Leistung berechtigt und die Mindeststrukturanforderungen erfüllt sind. Die Umsetzung dieses Reformvorschlages hat nicht nur erhebliche Auswirkungen auf die Krankenhauslandschaft,³ sondern auch auf die nach dem Grundgesetz in die ausschließliche Landeszuständigkeit fallende Krankenhausplanung. Daher stellt sich die hier untersuchte Frage, ob und inwieweit der Bund eine derartige Reform vor dem Hintergrund seiner gegenständlich beschränkten Gesetzgebungsbefugnisse im Gesundheitswesen realisieren kann (II.).

¹ Zusammenfassend Regierungskommission, Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, S. 3.

² Siehe Regierungskommission, Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, S. 11 ff.

³ Siehe dazu BINDOC-Szenarioanalyse für Bayern vom 6.2.2023, abrufbar unter <https://www.bindoc.de/auswirkungsanalyse-kh-reform-bayern> (21.6.2023).

Bereits der Reformvorschlag streicht diese kompetentielle Problematik heraus:

„Die rechtliche Implementierung des Reformvorschlags birgt juristische Herausforderungen. Das gilt insbesondere in kompetenzrechtlicher Hinsicht mit Blick auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 und 19a GG. Die Kommission ist sich dieser, das Verhältnis von Bundes- und Landesgesetzgebung betreffenden Herausforderungen sehr bewusst. Soll eine von übermäßigem ökonomischem Kostendruck entlastete, planungstechnisch harmonisierte und sektorenunabhängige Versorgung erreicht werden, bedarf es nach Auffassung der Kommission daher zwingend einer engen Kooperation zwischen Bund und Ländern im Sinne des bereits im Koalitionsvertrag anvisierten ‚Bund-Länder-Pakts‘.“⁴

Im Wege eines Exkurses thematisiert die vorliegende Untersuchung überdies weitere juristische Herausforderungen bei der Umsetzung des Reformvorschlags, so grundrechtliche Aspekte, namentlich Anforderungen an Strukturvorgaben und Fragen des Bestandsschutzes (III.), und organisatorische Aspekte, so die Problematik der Verlagerung von Entscheidungskompetenzen auf Institutionen außerhalb der Staatsverwaltung sowie die Einbeziehung der kommunalen Ebene (IV.).

2. Hintergrund und Reformvorschlag

a) Hintergrund

Der Koalitionsvertrag der die aktuelle Bundesregierung tragenden Parteien formuliert das Ziel, die Krankenhausversorgung grundlegend zu reformieren, und sieht hierzu die Einsetzung einer Regierungskommission vor:

„Krankenhausplanung und -finanzierung

Mit einem Bund-Länder-Pakt bringen wir die nötigen Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg. Eine kurzfristig eingesetzte Regierungskommission wird hierzu Empfehlungen vorlegen und insbesondere Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung orientierende Krankenhausplanung erarbeiten. Sie legt Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vor, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt. Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe.“⁵

Die im Mai 2022 eingesetzte, aus 15 Expertinnen und Experten aus der Versorgung (Pflege und Medizin), der Ökonomie und der Rechtswissenschaften sowie

⁴ Regierungskommission, Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, S. 10.

⁵ Koalitionsvertrag 2021–2025, S. 86.

einem Koordinator bestehende Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung⁶ hat am 6. Dezember 2022 ihre dritte Stellungnahme und Empfehlung vorgelegt, die sich der Thematik „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“ widmet.

b) Reformvorschlag

Der Reformvorschlag beinhaltet eine Ersetzung der rein leistungs- und mengenorientierten Vergütung des DRG-Systems durch eine Kombination aus leistungsabhängiger Vergütung und an Versorgungslevel und Leistungsgruppen geknüpfter Vorhaltefinanzierung. Die Kernempfehlungen der Regierungskommission lauten:

- „Das bisher eindimensionale Vergütungssystem für Krankenhäuser mittels DRGs wird in Zukunft durch ein mehrdimensionales System unter Einführung von Vorhaltung mit abgesenktem DRG-Anteil in den beiden neuen Dimensionen Leistungsgruppen statt Fachabteilungen und Level statt Versorgungsstufen abgelöst.
 - Die Regierungskommission hat für drei (mit Sub-Unterteilungen: fünf) Versorgungsstufen (Level) Strukturvorgaben erarbeitet, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen:
 - Level I – Grundversorgung; unterteilt in i (integrierte ambulant/stationäre Versorgung) und n (mit Notfallstufe I)
 - Level II – Regel- und Schwerpunktversorgung
 - Level III – Maximalversorgung (mit Level IIIU = Universitätsmedizin)
- Außerdem empfiehlt die Regierungskommission ein System von 128 Leistungsgruppen mit Strukturvorgaben und detaillierten Definitionen. Die Leistungsgruppen werden auf jedem Level nach ICD-10-Diagnosen und OPS-Codes definiert, und zwar so, dass die Patientenbehandlung innerhalb einer Gruppe ähnliche Qualifikationen, Kompetenzen und Erfahrungen sowie gleichartige technische Ausstattung benötigt. Die Leistungsgruppen ermöglichen eine bedarfsgerechtere Behandlung der Patientinnen und Patienten.
- Um die Qualität der medizinischen Versorgung zu sichern, werden die Mindeststrukturvoraussetzungen auf Ebene des Levels und der Leistungsgruppen genau benannt. Für jede Leistungsgruppe wird zudem festgelegt, in welchem Krankenhaus-Level sie erbracht werden darf. Krankenhäuser eines höheren

⁶ Siehe BMG, Pressemitteilung vom 2.5.2022: „BM Lauterbach stellt Krankenhaus-Kommission vor“, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bm-lauterbach-stellt-krankenhaus-kommission-vor.html> (21.6.2023).

Levels dürfen grundsätzlich auch die Leistungsgruppen der niedrigeren Level erbringen.

- Die Einhaltung der Strukturvorgaben für die Level und Leistungsgruppen wird durch den Medizinischen Dienst (MD) geprüft (Strukturprüfungen).
- Die bisherige Vergütung der Krankenhäuser – überwiegend über Fallpauschalen (aDRGs) – wird deutlich modifiziert: Für die Krankenhäuser der Level I, II und III wird für jede Leistungsgruppe der Anteil des Vorhaltebudgets festgelegt. Dieser beinhaltet auch das ausgegliederte Pflegebudget, das bereits als eine Vorhaltefinanzierung zu verstehen ist. Die Mindestvorhaltung wird auf Ebene der Leistungsgruppen definiert.
- Die Regierungskommission empfiehlt für die Leistungsgruppen der Intensivmedizin, der Notfallmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie einen 60-prozentigen Vorhalteanteil, für alle übrigen Leistungsgruppen einen 40-prozentigen Vorhalteanteil (jeweils inkl. Pflegebudget).
- Dieser Vorhalteanteil bezieht sich auf die bisher für eine Leistungsgruppe ausgezahlte Gesamtvergütung. Zugrunde gelegt werden die Basisjahre 2022/23. Anhand von ICD-10-Diagnosen und OPS-Codes ist eine Zuordnung der Leistungen der Basisjahre zu den neuen Leistungsgruppen möglich. Die aDRGs werden so abgesenkt, dass das Gesamtfinanzierungsvolumen gleich bleibt. Aus den abgesenkten aDRGs resultieren rDRGs (Residual-DRGs). Es gilt also: „derzeit aDRGs + Pflegebudget“ = „zukünftig rDRGs + Pflegebudget + Vorhaltebudget“.
- Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) verteilt das je Leistungsgruppe festgelegte Vorhaltebudget auf die einzelnen dafür infrage kommenden Krankenhäuser. Das Pflegebudget wird weiterhin so ausgezahlt wie bisher. Die Auszahlung des vollen Vorhaltebudgets ist daran geknüpft, dass die Strukturvoraussetzungen für das Level des Krankenhauses und für die Leistungsgruppe eingehalten werden. Wenn Krankenhäuser die Mindeststrukturvoraussetzungen nicht erfüllen, ergibt sich ein Abschlag auf das Vorhaltebudget, der an das BAS zurückgeführt und dann auf die übrigen Kliniken der Leistungsgruppe verteilt wird.
- Die Regierungskommission empfiehlt den Bundesländern, ihre Krankenhausplanung mit diesen Versorgungsleveln und Leistungsgruppen zu harmonisieren und mit der Zuweisung von Leistungsgruppen einen Versorgungsauftrag zu verbinden.
- Um eine Systeminstabilität zu vermeiden, soll mit dem Istzustand begonnen und der Zielzustand schrittweise nach fünf Jahren erreicht sein (Konvergenzphase). Die Konvergenzphase könnte dergestalt aussehen, dass der Vorhalteanteil einer Leistungsgruppe im ersten Jahr bei 0 % liegt, im zweiten bei einem Viertel des Zielwerts, im dritten bei der Hälfte, im vierten bei drei Vier-

teln und schließlich im fünften Jahr die volle Höhe des jeweils angestrebten Zielwerts erreicht.

- In der Startphase orientiert sich die Verteilung der Vorhaltebudgets auf die Krankenhäuser an der jeweiligen IST-Fallzahl. Im Zielzustand orientiert sie sich hingegen an drei Komponenten: (1) an Parametern der zu versorgenden Bevölkerung, (2) an Parametern der Prozess- und Ergebnisqualität und (3) an der längerfristigen Entwicklung der Leistungsmenge in einer Leistungsgruppe.
- Krankenhäusern des Levels i (integrierte ambulant/stationäre Versorgung) kommt eine Schlüsselrolle auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung zu. Sie verbinden wohnortnah ambulante fachärztliche Leistungen mit Akutpflegebetten und werden daher abweichend geplant und vergütet. Zur sektorenübergreifenden Planung unter Einbindung von Vertragsärztinnen und -ärzten sollten regionale, paritätisch besetzte Gremien unter Beteiligung der Länder eingerichtet werden. In Akutpflegebetten können Patientinnen und Patienten z. B. zur Beobachtung und Basistherapie oder nach der Verlegung aus einem Haus der Regel-/Schwerpunkt- oder Maximalversorgung stationär überwacht und gepflegt werden. Diese sollten unter pflegerischer Leitung stehen.
- Die Vergütung der Level- i -Krankenhäuser erfolgt im Gegensatz zu allen anderen Leveln außerhalb der oben beschriebenen Budgets durch sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen. Die Vergütung der ärztlichen Leistungen erfolgt durch erhöhte Tagespauschalen bei fest am Krankenhaus angestellten Ärztinnen und Ärzten und nach EBM für Ärzte mit KV-Zulassung (analog zu belegärztlichen Leistungen). Hiermit entsteht ein hoher Anreiz einer engen sektorenübergreifenden Versorgung.⁷

⁷ Regierungskommission, Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, S. 29 ff.

II.

Kompetentieller Rahmen¹

Im Gegensatz zu Art. 7 Nr. 8 WRV, der eine Gesetzgebungskompetenz des Reichs für das Gesundheitswesen statuierte,² eine auch vereinzelt in Vorarbeiten zum Grundgesetz zu findende Formulierung,³ sieht das Grundgesetz, dem Herrenchiemseer Entwurf folgend,⁴ weder für das Gesundheits-, Krankenhaus- oder Arztwesen im Allgemeinen noch für die ambulante Bedarfs- und Krankenhausplanung im Besonderen eine sich aus den Kompetenzkatalogen der Art. 73 und 74 GG ergebende (explizite) Gesetzgebungskompetenz des Bundes vor.⁵ Folglich enthält das Grundgesetz mit dem Bundesverfassungsgericht keine „Globalermächtigung des Bundes für den Bereich des Gesundheitswesens“;⁶ vielmehr bestehen nur punktuelle (konkurrierende) Bundeszuständigkeiten, nämlich für bestimmte Aspekte des Gesundheitsrechts wie die Zulassung zu ärztlichen Heilberufen (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG), die wirtschaftliche Sicherung der Kranken-

¹ Die Entfaltung des kompetentiellen Rahmens beruht auf und entwickelt fort *F. Wollenschläger*, NZS 2023, S. 8 (13 ff.) und S. 48 (48 ff.). Siehe des Weiteren bereits *F. Wollenschläger/A. Schmidl*, GesR 2016, S. 542 (544 ff.); *dies.*, VSSR 2014, S. 117 (124 f.).

² Zur nur marginalen Aktualisierung *C. Pestalozza*, in: v. Mangoldt/Klein, GG, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a, Rn. 1354; *M. Rehborn*, in: BerlK-GG, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a, Rn. 1 (Stand: 30. EL Juli 2010).

³ Siehe Westdeutsche Satzung (Erster Menzel-Entwurf) vom 26.7.1948, GG-Dok., Bd. 18/II, S. 1500; Grundgesetz (Zweiter Menzel-Entwurf), 2.9.1948, ebd., S. 1513. Siehe ferner die Diskussion im Verfassungskonvent von Herrenchiemsee, Unterausschuß II: Zuständigkeitsfragen, Prot. der 2. Sitzung vom 14.8.1948, ebd., S. 1501 ff.

⁴ Der Entwurf des Verfassungskonvents von Herrenchiemsee für ein Grundgesetz hat indes den Grundgesetz gewordenen Ansatz partikularer Kompetenzzuweisungen verfolgt (siehe Art. 36 Nr. 17–19 mit Erläuterungen).

⁵ Grundlegende Erwägungen zur Kompetenzaufspaltung finden sich bei *S. Rixen*, VSSR 2007, S. 213 (213 ff.).

⁶ BVerfGE 106, 62 (108); ferner BVerfGE 102, 26 (37): „allgemein anerkannt, dass Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG keine Globalermächtigung des Bundes für den Bereich des Gesundheitswesens darstellt, sondern dass enumerativ und spezifisch einige Felder aufgeführt sind, bei denen der Bund normierungsbefugt ist“. Siehe auch *P. Axer*, in: BK-GG, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19, Rn. 9 f. (Stand: 151. AL April 2011); Abg. Dr. Hoch, PR, Zuständigkeitsausschuß, StenProt. der 9. Sitzung vom 7.10.1948, GG-Dok., Bd. 18/II, S. 1529 f.: „Wir haben jetzt hier entsprechend den Vorschlägen von Herrenchiemsee dieses ganze Gebiet des Gesundheitswesens auseinandergerissen, [...]“.

häuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG) oder die Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG). Aus diesen müsste sich eine entsprechende Bundeskompetenz herleiten lassen, wobei auch eine kumulative Heranziehung möglich ist („Mosaikkompetenz“)⁷. Andernfalls, und insoweit Lücken bestehen, verbleibt es nach dem Grundsatz des Art. 70 Abs. 1 GG bei einer ausschließlichen Zuständigkeit der Länder.

Vor diesem Hintergrund sei zunächst die Reichweite der für die vorgeschlagene Krankenhausreform relevanten Bundeskompetenzen entfaltet, allen voran von Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG (1.), aber auch von Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG (2.). Eine Bewertung des Reformvorschlags auf dieser Basis ergibt, dass dieser mangels Gesetzgebungskompetenz nicht durch den Bundesgesetzgeber realisiert werden kann (3.). Daher seien Möglichkeiten einer alternativen, kompetenzkonformen Realisierung der ins Auge gefassten Reform erörtert (4.).

1. Beschränkte Regelungsbefugnis gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG (wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und Regelung der Krankenhauspflegesätze)

Eine konkurrierende Zuständigkeit des Bundes für einen Teilbereich des Krankenhauswesens fand erst im Jahre 1969 in Gestalt des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG Eingang in das Grundgesetz [a)].⁸ Der neu geschaffene Kompetenztitel bezieht sich lediglich auf „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze“ [b)] und unterliegt der Erforderlichkeitsklausel des Art. 72 Abs. 2 GG [c)].⁹

a) Genese

Die Grundgesetzänderung des Jahres 1969 sollte dem Bund eine umfassende Reform und Regelung der notleidenden Krankenhausfinanzierung ermöglichen.¹⁰

⁷ Dazu *F. Wollenschläger*, in: BK-GG, Art. 72, Rn. 161 (Stand: 192. AL August 2018). Zum Begriff *C. Degenhart*, in: Sachs, GG, Art. 72, Rn. 9a.

⁸ Zweiundzwanzigstes Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes vom 12.5.1969, BGBl. I, S. 363. Kritisch zur Sinnhaftigkeit der Kompetenzverteilung *R. Pitschas*, Versorgungsstrukturen, S. 79 (92).

⁹ Dieser Abschnitt beruht auf und entwickelt fort *F. Wollenschläger/A. Schmidl*, GesR 2016, S. 542 (544 ff.); *dies.*, VSSR 2014, S. 117 (124 f.).

¹⁰ Zum Hintergrund Bericht der Bundesregierung an den Bundestag gemäß Beschluss des Deutschen Bundestages vom 1.7.1966 (BT-Drs. V/784) über die finanzielle Lage der Krankenanstalten in der Bundesrepublik, S. 25 ff.; vgl. auch die Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspfle-

Wegen Vorbehalten des Bundesrates ist eine Einigung erst nach Anrufung des Vermittlungsausschusses gelungen.¹¹ In diesem Kontext ist zu erwähnen, dass der für zu weitgehend erachtete ursprüngliche Vorschlag der Bundesregierung, den Kompetenztitel auf „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhausversorgung“ zu beziehen,¹² durch die Grundgesetz gewordene Fassung ersetzt wurde. Die damit bezweckte restriktive Tendenz kommt im Bericht des Rechtsausschusses des Bundestags zum Ausdruck: „Abweichend vom Regierungsentwurf hält der Ausschuss eine Kompetenz für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser anstelle der von der Bundesregierung vorgeschlagenen gesamten Krankenhausversorgung für ausreichend. Er stimmt insoweit mit den Vorstellungen des Arbeits- und Sozialausschusses des Bundesrates überein.“¹³ Letzterer hat in seiner Stellungnahme betont: „Mit der Änderung des Grundgesetzes soll die Möglichkeit eröffnet werden, einen Substanzverlust der Krankenanstalten durch die z. Z. ungedeckte Differenz zwischen dem Pflegesatz und den berechtigten Selbstkosten eines wirtschaftlich geführten und sparsam verwalteten Krankenhauses zu verhindern. Darauf sollte sich die Grundgesetzänderung beschränken.“¹⁴

Auch in der ersten Beratung des von der Bundesregierung eingebrachten Entwurfs für die Grundgesetzänderung hat die Bundesministerin für Gesundheitswesen Käthe Strobel betont, dass „[d]er Bundestag [nicht] beabsichtigt [...] – auch das will ich hier deutlich sagen –, in die Planungsarbeit der Länder und in die innere Organisation der Krankenhäuser hineinzureden; das beabsichtigen si-

gesätze, BT-Drs. VI/1874, Vorblatt, S. 1; *B. Schmidt am Busch*, Gesundheitssicherung, S. 239 f.; *M. Simon*, Krankenhauspolitik, S. 87 f.

¹¹ Zur Genese *P. Axer*, in: BK-GG, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a, Rn. 3 (Stand: 151. AL April 2011); *C. Pestalozza*, in: v. Mangoldt/Klein, GG, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a, Rn. 1355 ff.; *M. Rehborn*, in: BerlK-GG, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a, Rn. 3 ff. (Stand: 30. EL Juli 2010); *F. Wittreck*, in: Dreier, GG³, Art. 74, Rn. 92. Zur Anrufung des Vermittlungsausschusses BT-Drs. V/3826, S. 2.

¹² Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Grundgesetzes vom 18.11.1968, BT-Drs. V/3515, S. 2. Die Begründung (ebd., S. 6) führt hierzu u. a. aus: „Die Anerkennung der Verantwortung des Bundes für die Pflegesätze der Krankenanstalten schließt aber notwendigerweise die Konsequenz ein, daß dem Bund zur Wahrung der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse in diesem gesundheitspolitisch wichtigen Bereich auch ein Einfluß auf diejenigen Faktoren eingeräumt wird, die die Kostenlage der Krankenanstalten und damit die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhausversorgung bestimmen. Hierzu bedarf es einer entsprechenden Erweiterung der Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes.“ Es soll keine Vollkompetenz für das Krankenhauswesen sein, sondern nur für die Finanzierung der Krankenhäuser, da „der Bund keine Mittel für die Krankenhausfinanzierung bereitstellen kann, weil die Voraussetzungen gegenwärtig nicht vorliegen“ (Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates, BT-Drs. V/3515, S. 15). Siehe dazu *B. Schmidt am Busch*, Gesundheitssicherung, S. 239.

¹³ Schriftlicher Bericht des Rechtsausschusses (12. Ausschuss) u. a. über den von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Grundgesetzes – Drucksache V/3515 –, zu Drucksache V/3605, S. 3.

¹⁴ BR-Drs. 332/1/68, S. 10.

cher weder der Bundestag noch die Bundesregierung. Eine Neuordnung der Krankenhausfinanzierung insgesamt scheint mir und der Bundesregierung aber nur möglich zu sein, wenn der Bund nicht mehr allein die Zuständigkeit für die Bundespflegesatzverordnung über das Preisrecht hat, sondern wenn er über ein Gesetz die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Pflegesätze regeln kann.“¹⁵

Diese neue Kompetenzgrundlage hat der Bund mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz vom 29.6.1972¹⁶ aktualisiert und bundesweit einheitlich die – im Wesentlichen noch heute geltende – duale Finanzierung normiert, die die Kosten der Krankenhausfinanzierung zwischen Staat (Investitionskostenförderung) und Krankenkassen (Betriebskosten) aufteilt.¹⁷ Die Begründung zum Entwurf dieses Gesetzes bekräftigt im Übrigen die Planungshoheit der Länder:

„Voraussetzung für die Förderung eines Krankenhauses ist seine Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan eines Landes. Der Entwurf folgt damit der Entscheidung des Grundgesetzes, nach der die Planung von Krankenhäusern Angelegenheit der Länder ist. Aus der Bereitstellung erheblicher Bundesmittel ergibt sich aber auch die Verpflichtung, die von Bund und Ländern gemeinsam verfolgten Ziele zu harmonisieren. Das hierzu erforderliche Maß an Koordinierung erscheint unerlässlich.“¹⁸

b) Beschränkte Reichweite des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG

Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG deckt lediglich Regelungen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und der Krankenhauspfllegesätze. Diese Begrenzung hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 7. Februar 1991 bekräftigt und betont, dass „dem Bund nur die Kompetenz zur Regelung der Finanzierung der Krankenhäuser eingeräumt wurde und daß diese Regelungen einen Ausschnitt aus der Sachaufgabe der Krankenhausversorgung betreffen“.¹⁹ Die Krankenhausplanung ist vom Kompetenztitel des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG jedoch – in Einklang mit der skizzierten Genese – nicht erfasst; vielmehr sollte die Grundgesetz gewordene „Formulierung [...] dem Bund lediglich Spielraum zur Regelung finanzieller Fragen eröffnen, ihm jedoch den Bereich der Krankenhaus-

¹⁵ BT-Plenarprotokoll 5/201, 10904 (C).

¹⁶ BGBl. I, S. 1009.

¹⁷ Siehe auch O. Depenheuer, Finanzierung, S. 31. Im Überblick zur Entwicklung M. Rehborn, in: *BerK-GG*, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a, Rn. 1 ff. (Stand: 30. EL Juli 2010).

¹⁸ Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspfllegesätze (Gesetzentwurf der Bundesregierung), BT-Drs. VI/1874, S. 10.

¹⁹ BVerfGE 83, 363 (379); ferner BayVerfGH, MedR 2020, S. 399 (400, 403); P. Axer, in: *BK-GG*, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a, Rn. 5, 19 (Stand: 151. AL April 2011); B. Schmidt am Busch, *Gesundheitssicherung*, S. 241 f.; F. Wollenschläger/A. Schmidl, *VSSR* 2014, S. 117 (124 f.).

VII.

Stichwortverzeichnis

- Abrechnungsberechtigung/-befugnis 12, 47, 49, 74, 91
- Abweichungsklausel/-befugnis 49, 65, 70, 73, 80 ff., 119
- Akzessorietät 18, 20, 30
- Annexkompetenz 14 f., 22, 26, 47, 51, 59, 113 f.
- Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG
 - erfasste Regelungsinhalte 25 ff.
 - GKV-Bedarfsplanungskompetenz 27
 - Leistungserbringungsrecht 21, 26, 28, 34, 67, 72, 113, 117
 - Sozialversicherungskompetenz 25, 28, 31 f., 51, 67 f., 72, 116 f.
- Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG
 - genereller Ausschluss der Krankenhausplanung 10 f.
 - Grenze der Krankenhausplanung *siehe* Landeskrankenhausplanungskompetenz
 - Grundgesetzänderung 1969 8 f., 16
 - Regelung der Krankenhauspflegesätze 8, 10, 12, 15 ff., 21 f., 35, 43, 52, 54, 60, 74, 76, 111 f.
 - Vergütungsregelung
 - wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser 7 ff., 12 ff., 16, 21, 43, 47, 57, 59 f., 73 f., 91, 111 f.
 - Zustandekommen 8 ff.
- Bauleitplanung 13 f.
- Bedarfsplanung 10, 27 ff., 41, 45, 55, 62, 75 f., 89, 93, 110, 120
- Belegklinik 92, 94
- Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) 58, 88 f., 92 f., 95, 97, 102 f., 105 f., 108
 - Abwehrrecht 88
 - Anspruch auf Teilhabe 89
 - berufsregelnde Tendenz 89
 - Beschränkung 92 f., 103
 - Drei-Stufen-Lehre 58, 90
 - Eingriff 90, 95, 97, 102
 - Leistungsrecht 89
- Bestandsschutz 2, 28, 87, 99, 101, 104 f., 107 f., 120
- Budgetrecht 18
- Bundesgesundheitsminister 9, 37
- Bundeskompetenz 8, 23 f., 26, 50, 70, 73 ff., 118
 - Gesetzgebungskompetenz des Bundes
- Bundesministerium für Gesundheit 1
- Bundesregierung 2, 8 ff., 16, 50, 76
- Bundessozialgericht 11, 18 f., 30, 48 ff., 52, 55, 67, 79, 96 f., 99, 105, 113, 120
- Bundestreue 23, 30, 108, 113, 120
- Bundesverfassungsgericht 7, 10, 14, 23 f., 47, 50, 55 ff., 60, 83, 88 ff., 93 f., 102 ff., 108, 110, 112 f., 120
- Bundesverwaltungsgericht 11, 17 ff., 30, 44 ff., 48, 57 f., 100
- Bundeszuständigkeit 7 f., 10 f., 13, 43, 68, 112 f.
 - Gesetzgebungskompetenz des Bundes
- Bürokratie 71, 73
- Daseinsvorsorge 71, 75, 118
- DRG-System 1, 3, 29, 35 f., 48 f., 53, 66 f., 70 f., 111, 116 f.
- dritte Stellungnahme der Regierungskommission *siehe* Reformvorschlag der Regierungskommission
- Eigentumsgarantie (Art. 14 Abs. 1 GG) 102, 106 ff.
- Empfehlung der Regierungskommission *siehe* Reformvorschlag der Regierungskommission

- Entgeltregelung 17 f., 22, 48, 54, 63, 71 ff., 89, 113, 115, 117 f.
- Erforderlichkeitsklausel (Art. 72 Abs. 2 GG) 8, 24 f., 35, 113
- Fachklinik 36, 42 f., 45, 62, 64, 92, 94 f., 115, 120
- Fallpauschalen 4, 66 f., 70, 97
- Föderalismusreform I (2006) 25
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 36, 39, 42, 47 f., 59, 67 f., 80 f., 110
- Gesetzgebungskompetenzen
- Aktualisierung 24 f., 32, 113
 - Annexkompetenz
 - Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG
 - Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG
 - Gesetzgebungskompetenz der Länder
 - Gesetzgebungskompetenz des Bundes
 - Kompetenz kraft Sachzusammenhangs
 - Reform 75, 113
 - ungeschriebene 15, 22, 51, 113 f.
- Gesetzgebungskompetenz der Länder 13 f., 34, 61, 74, 111 ff.
- Gesetzgebungskompetenz des Bundes 7 f., 12, 14, 24 ff., 30, 32, 34, 47, 52 f., 57, 65, 67, 112 f.
- Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG
 - Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG
 - Gesetzgebungsbefugnis 1, 15, 22, 24, 43, 52, 60, 63
 - Historie 7 f.
 - konkurrierende 7 f., 11, 15, 22, 24 f., 43, 52, 60, 63, 67, 112 f.
 - punktuelle 7, 15, 112, 114
- Gesetzgebungszuständigkeit der Länder 20, 43, 52, 61
- Gesetzgebungskompetenz der Länder
- Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes 9, 25, 52, 111
- Gesetzgebungskompetenz des Bundes
- GKV-Gesundheitsreform 2000 27
- GKV-Spitzenverband 109
- Inhalt des Reformvorschlags der Regierungskommission 3 ff., 35 ff.
- Leistungsgruppen
 - Präambel 37
 - Strukturierung des Bedarfs 36, 44, 47, 52, 54 f., 77
 - Versorgungslevel
 - Versorgungsstufen
 - Vorhaltefinanzierung
 - Vorhaltevergütung
- Koalitionsvertrag 1 f., 29, 37, 53
- Kommunen 2, 13, 23, 29, 66, 88, 93, 110, 120
- Kompetenz kraft Sachzusammenhangs 13 ff., 22, 26, 51, 113 f.
- Kompetenzübergriff 15
- Kompetenzwidrigkeit 28 ff., 35, 43 ff., 47 f., 51, 58, 61, 71, 78, 82 f., 114 ff.
- konkrete Normenkontrolle 85
- Krankenhausentgelt 48, 69
- Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) 15, 18 ff., 48 f., 53, 69
- Krankenhausfinanzierung 2, 8 ff., 12, 20, 34, 37, 58, 60, 64 f., 73 f., 117
- Krankenhausfinanzierungsgesetz 10, 45 ff., 57, 80, 89, 91, 93
- Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz 75 ff.
- Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 76
- Krankenhausplan
- Aufnahme 12, 19 f., 28, 30, 44 f., 47, 53, 57, 59, 66, 88, 93, 102, 106
 - Aufstellung 17, 78
 - Herausnahme 100 f.
 - Inhalt 19 f., 40, 44 ff., 49, 76 f., 90, 93
 - Nichtaufnahme 88 ff.
 - Verbleib 102
- Krankenhausplanung
- administrative Ebene 44 f., 61 f., 79, 115
 - Aufnahmeentscheidung 45, 61
 - Aufnahmevoraussetzungen/-kriterien 45, 47, 59, 88, 100
 - Auswahlentscheidung 45 f., 93, 100 f.
 - Begriff 17 f.
 - Gesetzgebungskompetenz der Länder
 - gesetzliche Vorgaben 46 f.
 - Krankenhausplan
 - Landeszielplanung 62, 79, 115
 - Planungskriterien 28, 66, 91
 - Primat der 11, 15, 17 f., 20 ff., 34 f., 48, 54, 63, 71 ff., 113 ff., 117 f.
 - Ziel 17

- Krankenhausplanungsgesetzgebungs-
kompetenz 61
- Krankenhausplanungshoheit der Länder 21, 27
→ Landeskrankenhausplanung
→ Spielraum der Länder
- Krankenhausstrukturgesetz 44, 56, 59 f., 82 f.
- Landeskompetenz 15, 26, 35, 114
→ Gesetzgebungskompetenz der Länder
- Landeskrankenhausplanung 27 f., 52, 63, 67, 70, 74 f., 77 f., 80, 115, 118
- Landeskrankenhausplanungsbehörde 35, 81
- Landeskrankenhausplanungskompetenz 15
→ Krankenhausplanung
- Landeskrankenhausrecht 70, 75, 100
- Landesverbände der Krankenkassen und
Verbände der Ersatzkassen 28 f., 35, 81
- Landesverfassungsgericht 11, 13, 31 ff., 112
- Landeszuständigkeit 1, 8, 17 f., 28, 32, 52, 111, 118
→ Gesetzgebungskompetenz der Länder
- Leistungserbringungsrecht *siehe* Art. 74
Abs. 1 Nr. 12 GG
- Leistungsfähigkeit 28, 45 ff., 56 ff., 69, 91, 94 f., 116, 120
- Leistungsgruppen 1 ff., 36 ff., 53 ff., 61 f., 64 f., 68, 70 ff., 77 ff., 91 f., 98 f., 109, 111 f., 114 ff.
- Level *siehe* Versorgungslevel
- Mindestmengen 28, 31, 35 f., 38, 68, 81, 87, 96 ff., 116, 120
- Mindeststruktur Anforderungen 1, 64, 91, 111 f.
→ Qualitätsanforderungen
- Mindeststrukturvoraussetzungen 3 f., 36, 41, 54, 56, 64 f., 78 f., 81, 88, 99, 119
→ Qualitätsanforderungen
- Mindeststrukturvorgaben 21, 38, 53, 55 f., 61 f., 65, 68, 71, 77 f., 81, 88, 95, 108, 115 ff.
→ Qualitätsanforderungen
- Musterentwurf 75, 118
- Oberverwaltungsgericht 32, 100 f.
- Öffnungsklausel/-befugnis 58, 70, 73, 80 ff., 119
- Planungshoheit der Länder 10 f., 14, 20 ff., 27, 34, 43, 48, 51, 60, 64 ff., 71 f., 82 ff., 112 f., 116, 118 f.
- Planungsrelevanz 22, 35 ff., 39 f., 40, 43, 50, 59, 61, 63, 68, 70, 73, 75, 80, 94, 114 ff.
- private Krankenhäuser 92 f., 119
- Prozessrisiko 70, 84, 119
- Qualitätsanforderungen 33, 47 f., 54, 56, 58, 61, 65, 67, 72, 79 f., 82, 96 f., 114, 117, 120
→ Abweichungsklausel/-befugnis
– Grundrechtskonformität 88 ff.
→ Strukturanforderungen
→ Strukturvoraussetzungen
→ Strukturvorgaben
- Qualitätsindikatoren 59, 80, 118
- Qualitätssicherung 21, 32, 34, 51, 56, 65, 67 ff., 95 ff., 116
- Qualitätsvorgaben 22, 29, 34, 56, 58, 63, 67 f., 71 f., 82, 92, 95 f., 113 ff., 117 f.
→ Qualitätsanforderungen
- Rahmenvorgaben 28, 45 f., 70, 75, 77 ff., 84, 98, 118
- Reformvorschlag der Regierungskommission
→ Inhalt des Reformvorschlags der
Regierungskommission
→ Regierungskommission
– Zielsetzung 37 f.
- Regierungskommission
– Arbeitsauftrag 37
→ Reformvorschlag der Regierungskommission
– Zusammensetzung 2 f.
- sektorenübergreifend 5, 15, 36, 38 f., 41, 62, 64, 110, 120
- Sicherstellungsauftrag 27, 33, 39, 63, 66, 81, 87, 99, 117
- Sozialstaatsprinzip 87, 95
- Sozialversicherungskompetenz *siehe* Art. 74
Abs. 1 Nr. 12 GG
- Spielraum der Länder 13 f., 32 f., 47, 51, 60, 62, 64, 79 f., 112, 114
– hinreichender 12, 14, 43 f., 47, 81, 83
– Planungsspielraum 43, 45, 47, 51, 60 f., 64, 70, 79, 80 f., 83 f., 113, 118
– Regelungsspielraum 13, 60, 65

- Staatsvertrag 75, 118
 Strukturforderungen 22, 48, 52, 71, 99, 117
 → Mindeststrukturforderungen
 Strukturvoraussetzungen 4, 54, 72
 → Mindeststrukturvoraussetzungen
 Strukturvorgaben 2 ff., 21 f., 32, 36, 40, 51, 54, 58, 61, 63, 65, 70 ff., 75, 92, 114, 117
 → Mindeststrukturvorgaben
 Strukturelevanz 17 f., 21, 31 ff., 37, 39, 41, 48, 54, 66 f., 72 f., 98, 113, 118
- Trägervielfalt 45 ff., 93 f.
 Typisierungsbefugnis 103
- Übergangsfrist 103
 Übergangsregelung 87, 98 f., 102 f., 108, 120
 Untermaßverbot 99
 Urteilsverfassungsbeschwerde 85
- Verfassungsänderung 25, 53, 70, 74, 118
 Vergütungskompetenz 16 f., 22, 30, 54, 71 f., 117
- Vergütungsregelung 15 ff., 21 f., 24, 26, 35, 37, 41, 51, 53, 63, 66 f., 70 f., 73 ff., 88, 92, 105, 112, 114, 117
 Vergütungszuschläge 19, 48
 Versorgungsauftrag 3 f., 18, 20, 36 ff., 49, 54, 56, 61 ff., 67 f., 71, 76, 88, 114 ff.
 Versorgungslevel 1, 3 f., 36, 53, 64, 111
 → Versorgungsstufen
 Versorgungsstufen 2 f., 33, 37 f., 40 f., 44 ff., 52 f., 55, 61, 72, 75, 77, 79, 117
 Vertrauensschutz 99 f., 102 ff., 120
 Vorhaltefinanzierung 1, 3 f., 36, 39, 41, 53, 65, 70, 111, 117
 Vorhaltevergütung 71 f., 79, 118
- Weimarer Reichsverfassung 7, 88
 Widerspruchsfreiheit der Rechtsordnung 23, 30, 34, 113, 117
 Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) 17
 Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages 13, 45 f., 63, 72