

## **Geplante Änderungen des KHGG NRW: Neue Sicherstellungsstrukturen, Kooperationspflichten und Hürden für regionale Planungsverfahren**

Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen hat Anfang Februar 2026 den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes NRW (KHGG-E) beschlossen. Der Entwurf reagiert auf die ersten praktischen Erfahrungen mit der neuen, leistungsgruppenbasierten Krankenhausplanung sowie auf den politischen Schwerpunkt der Krisenresilienz der Krankenhauslandschaft. Nach Verbändeanhörung und erneuter Kabinettsbefassung ist ein Inkrafttreten derzeit für Herbst 2026 vorgesehen.

Neben zahlreichen Detailanpassungen enthält der Gesetzentwurf mehrere strukturell bedeutende Neuerungen für Krankenhausträger.

### **A. Überblick**

- I. Verlagerung der Sicherstellungsverpflichtung auf Kreise und kreisfreie Städte
- II. Neue gesetzliche Kooperationsverpflichtungen in der ärztlichen Weiterbildung
- III. Zustimmungserfordernis bei Initiierung regionaler Planungsverfahren durch Krankenhausträger

### **B. Bedeutung für Krankenhäuser und Handlungsbedarf**

- I. Verbindliche Weiterbildungskooperationen
  1. Reichweite und Grenzen der Kooperationspflicht
  2. Offene Fragen der Durchsetzung und Sanktionierung
- II. Regionale Planungsverfahren: höhere Zugangshürden für Krankenhäuser
  1. Antragshürde
  2. Rechtliche Einordnung und praktische Risiken
  3. Verfahrensbeschleunigung
- II. Sicherstellungsverpflichtung
  1. Strukturelle Bedeutung
  2. Strategische Bedeutung für Krankenhausträger

### **C. Fazit**

## **A. Überblick**

### **I. Verlagerung der Sicherstellungsverpflichtung auf Kreise und kreisfreie Städte**

Eine zentrale Änderung betrifft die Sicherstellungsverpflichtung bei Wegfall eines bedarfsnotwendigen Krankenhauses. Künftig soll diese Verpflichtung ausdrücklich und ausschließlich bei den Kreisen und kreisfreien Städten liegen.

Bislang sieht das KHGG NRW vor, dass Gemeinden und Gemeindeverbände zum Betrieb eines Krankenhauses verpflichtet sein können, sofern sich kein anderer Träger findet; kreisangehörige Gemeinden allerdings nur bei entsprechender Finanzkraft. Diese Regelung wird aufgehoben und durch eine neue, eigenständige Vorschrift ersetzt.

Nach dem neuen § 1a KHGG-E gilt:

- Schließt ein bedarfsnotwendiges Krankenhaus und findet sich kein anderer geeigneter Träger, ist künftig der Kreis oder die kreisfreie Stadt zur Sicherstellung der Versorgung verpflichtet.
- Die Bedarfsnotwendigkeit wird im Einzelfall durch das Gesundheitsministerium festgestellt, im Einvernehmen mit dem Kommunalministerium.
- Die Verpflichtung bezieht sich auf die nach Krankenhausplan notwendigen Leistungsbereiche und Leistungsgruppen.
- Ziel ist eine klare Zuständigkeitszuweisung an leistungsfähige kommunale Ebenen sowie die Vermeidung von Verzögerungen durch Zuständigkeitskonflikte.

## **II. Neue gesetzliche Kooperationsverpflichtungen in der ärztlichen Weiterbildung**

Im Zuge der leistungsgruppenbezogenen Konzentration hochkomplexer Leistungen auf weniger Standorte sieht der Gesetzentwurf neue verpflichtende Kooperationsstrukturen in der ärztlichen Weiterbildung vor.

Künftig gilt:

- Krankenhäuser, die aufgrund ihrer Leistungsgruppenzuweisung nicht alle Inhalte der Weiterbildungsordnung vollständig selbst vermitteln können, müssen Kooperationen schließen, um eine vollständige Weiterbildung zu ermöglichen.
- Umgekehrt werden auch andere Plankrankenhäuser verpflichtet, sich an solchen Weiterbildungskooperationen zu beteiligen.
- Damit wird die Weiterbildung systematisch an die neue Planungslogik angepasst. Für Krankenhausträger kann dies einen erhöhten Abstimmungs- und Koordinationsbedarf sowie gegebenenfalls formalisierte Kooperationsvereinbarungen mit anderen Standorten bedeuten. Darin liegt allerdings auch eine Chance auf Milderung der Fragmentierungseffekte der Leistungsgruppen.

## **III. Zustimmungserfordernis bei Initiierung regionaler Planungsverfahren durch Krankenhausträger**

Ebenfalls praxisrelevant ist die geplante Neustrukturierung der regionalen Planungsverfahren. Der Gesetzentwurf sieht hier eine Verfahrensstraffung und stärkere Filterfunktion der zuständigen Behörde vor.

Künftig soll gelten:

- Regionale Planungskonzepte können weiterhin von Krankenhausträgern, Kassenverbänden oder der zuständigen Behörde angestoßen werden.
- Initiiert ein Krankenhausträger das Verfahren, ist dafür künftig eine vorherige Zustimmung der zuständigen Behörde erforderlich.
- Diese Zustimmung ist auf Antrag zu erteilen, wenn ausreichend neue krankenhauplanerische Tatsachen vorliegen.
- Über den Antrag ist innerhalb eines Monats zu entscheiden; andernfalls gilt die Zustimmung als erteilt.

Ohne neue Tatsachengrundlage soll die Einleitung ergebnisloser Verfahren vermieden werden. Zugleich soll nach Ermessen der Planungsbehörden jedoch zu Beschleunigungszwecken von sämtlichen Verfahrensbestimmungen des Planungsverfahrens abgewichen werden können. Damit erhöht sich die formelle Hürde für trägerseitig initiierte Planungsverfahren, während sich zugleich die Entscheidungsbefugnisse der Planungsbehörde auf das Verfahrensrecht ausweiten können.

## **B. Bedeutung für Krankenhäuser und Handlungsbedarf**

Der Gesetzentwurf bringt für Krankenhäuser vor allem drei praktisch relevante Konsequenzen: mehr Verbindlichkeit bei Weiterbildungskooperationen, höhere Hürden für trägerinitiierte Planungsverfahren und zusätzliche Anforderungen an Struktur- und Krisenvorsorge. Strategische Vorbereitung wird damit wichtiger.

### **I. Verbindliche Weiterbildungskooperationen**

Die gesetzliche Pflicht zu Weiterbildungskooperationen folgt der Logik der leistungsgruppenbasierten Konzentration und ist in ähnlicher Form inzwischen auch in anderen Krankenhausplänen angelegt. Sie wird in der Praxis jedoch teils kritisch bewertet. Nach aktuellem Stand dürfte sich keine Wirkung entfalten können:

Grund für die Problematik ist, dass die Weiterbildung einer der Bereiche ist, der trotz vorheriger Hinweise kaum Berücksichtigung in der Planung fand (s. zur Landesebene z. B. hier u. hier; zur Bundesebene, auf der sich das zu wiederholen droht s. hier, hier u. hier). Denn der Krankenhausplan nimmt eine starke Fragmentierung vor. Neben den beiden allgemeinen Leistungsgruppen Innere und Allgemeine Medizin treten 60 somatische, spezifische Leistungsgruppen. Diese spezifischen Leistungsgruppen decken meist spezielle Leistungsbereiche eines Weiterbildungsgebietes ab, indes nur Teile. Damit ein Haus eine Weiterbildung zur Kardiologie oder Urologie oder Onkologie unumschränkt weiterbilden kann, bedarf es also je spezifischer Leistungsgruppen. Zugleich wurden die Leistungsgruppen indes aufgrund ihrer hohen Spezifizierung an weniger Einrichtungen zugeteilt als zuvor in den jeweiligen Bereichen enga-

giert waren. Folglich werden Weiterbildungsmöglichkeiten vielfach limitiert, weil die erforderlichen Richtgrößen (=Fallzahlen weiterbildungsspezifischer Diagnostik und Therapien) nicht mehr erreicht werden können. Das reduziert die Verfügbarkeit an Ausbildungsstätten und hat Auswirkungen auf die Organisations- und Wettbewerbsfähigkeit der Häuser ohne spezifische Leistungsgruppen aus dem jeweiligen Weiterbildungsbereich. Darauf nahm der Krankenhausplan keine Rücksicht und – auch wenn das Land es hätte tun können – hat es im Rahmen der Zuweisung ungeachtet des Vorbringens in den Planungsverfahren keine Rücksicht auf die Auswirkungen genommen.

Der Eintritt dieser vorhersehbaren Konsequenz wird nun vom Gesetzgeber mit der Funktionalität des Krankenhausplans als „lernendes System“ entschuldigt (Gesetzesbegründung, S. 2 oben). Um diese zu mildern soll § 1 Abs. 4 wie folgt ergänzt werden (Ergänzung kursiv):

„Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan ist das Krankenhaus verpflichtet, im Rahmen seiner Versorgungsmöglichkeiten in den zugelassenen Weiterbildungsstätten Stellen für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie für die Weiterbildung der in § 1 Absatz 1 Satz 1 und Satz 4 Psychotherapeutengesetz vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) genannten Berufe der Psychotherapie bereit zu stellen und an der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe mitzuwirken. Werden die jeweils nach der Weiterbildungsordnung erforderlichen Weiterbildungsinhalte krankenhauses intern nicht umfassend vermittelt, ist das Krankenhaus verpflichtet, die Weiterbildungsmöglichkeit durch geeignete Kooperationen sicherzustellen. Alle übrigen Plankrankenhäuser sind zur Beteiligung an solchen Kooperationen verpflichtet.“

## **1. Reichweite und Grenzen der Kooperationspflicht**

Dieser Ergänzung könnte die Intention zu entnehmen sein, dass sich ein Krankenhaus einerseits bei fehlenden spezifischen Leistungsgruppen nicht damit zufriedengeben soll, eine ggf. nur zeitlich beschränkte Weiterbildungsbefugnisse oder keine Befugnisse erreichen zu können. Vielmehr wird möglicherweise eine Verpflichtung zur Ausweitung vorgesehen und eine Verpflichtung etwaiger Kooperationspartner, über Weiterbildungsverbände ein solches Angebot realisieren zu können. Allerdings bleiben viele Fragen offen:

§ 1 Abs. 4 Satz 1 KHGG NRW limitiert die Verpflichtungen auf die Versorgungsmöglichkeiten. Fehlt die spezifische Leistungsgruppe zur Vervollständigung des Ausbildungsprogramms, kann eine auf deren Inhalte bezogene weitere Verpflichtung nicht greifen. Danach wäre die nun vorgesehene Ergänzung möglicherweise eine Leerformel und würde nur Weiterbildungsinhalte innerhalb des jeweiligen Versorgungsauftrages erfassen. Das wären dann Fälle, in denen eine Einrichtung nicht einmal die in den allgemeineren Leistungsgruppen liegenden Richtzahlen erreichen kann. Das ist vermutlich nicht gemeint, kommt aber im Gesetz nicht zum Ausdruck.

Sollte eine weitergehende Absicht über den jeweiligen Versorgungsauftrag hinaus bestehen, ist unklar, wie die Verpflichtung zu verstehen ist. Welche Weiterbildungen müssten durch eine

Einrichtung angeboten werden, die über keine oder nur einen Teil von Leistungsgruppen z. B. der Leistungsbereiche 8, 12, 14 oder 16 verfügt? Diese Unklarheit bestand schon früher. Sie stellt sich aber deutlicher, sollte man aber die Regelung zur Anwendung bringen wollen.

Unklar ist auch, wer zu einer Kooperation verpflichtet sein sollte und unter welchen Umständen. Der Kreis von Kooperationspartnern kann abhängig von Entfernungen, die man noch als pragmatisch einstuft, mehr oder weniger weit sein. Unter welchen Umständen sich eine Verpflichtung dann bei Verfügbarkeit mehrerer Einrichtungen verdichten könnte, ist offen. Auch stellt sich die Frage der Umsetzung: Soll die dritte Einrichtung nur die Möglichkeit bieten auf Kosten der originären Einrichtung Ausbildungsabschnitte zu übernehmen? Wenn ja: wie wird mit den leider nach wie vor unbefriedigend gelösten Problemen im Hinblick auf Arbeits- und Sozialversicherungsrecht umgegangen werden? Soll stattdessen eine Art Kontrahierungspflicht zur Übernahme von bestimmten Ausbildungsabschnitten auf Kosten der aufnehmenden Einrichtung vorgesehen werden und wenn ja mit oder ohne Bildung eines Kooperationsverbundes?

## **2. Offene Fragen der Durchsetzung und Sanktionierung**

Die Sanktionierung wirft ebenfalls Fragen auf. Das KHGG NRW will im Allgemeinen keine Dritten berechtigen und verpflichten. Das heißt, dass ein interessierter Weiterbildungsassistent keine Rechte aus der Bestimmung gegenüber dem Krankenhaus herleiten kann. Umgekehrt kann im Zweifel kein direkter Anspruch zwischen Krankenhäusern auf Abschluss einer Kooperation hergeleitet werden – jedenfalls nach dem aktuellen Formulierungsstand. Folglich bleibt der „Umweg“ über die Planungsbehörden. Diese hätten, stünden sie vor der Planentscheidung, die Möglichkeit, die Verpflichtung zur Weiterbildungskooperation zur Bedingung der Planaufnahme zu machen. Das wäre sehr nachhaltig, wenn auch ggf. wegen der vorgenannten Unbestimmtheiten nicht ganz unproblematisch, zumal diese Unbestimmtheiten weit über die hinausgehen, die sich für die Kooperationen bei verwandten Leistungsgruppen ergeben. Soweit – wie in NRW – das Augenmerk erst nach der wesentlichen Planung auf die Weiterbildung fällt, bleiben nur die Mittel der Rechtsaufsicht nach § 11 KHGG NRW. Ob diese überhaupt greifen, ist allerdings ebenfalls nicht eindeutig und rechtspraktisch dürfte keine effiziente Durchsetzung zu erwarten sein und mangels Bestimmtheit u. U. von Rechts wegen nicht möglich sein.

Damit dürfte die Regelung trotz der begrüßenswerten Zielsetzung kaum Wirkungen über einen Programmsatz hinaus entfalten, werden nicht die Zielrichtungen im Anwendungsbereich, die erwartete Umsetzung und der Sanktionsmechanismus klarer.

## **II. Regionale Planungsverfahren: höhere Zugangshürden für Krankenhäuser**

### **1. Antragshürde**

Künftig sollen von Krankenhausträgern initiierte regionale Planungsverfahren der vorherigen Zustimmung der zuständigen Behörde bedürfen und neue krankenhauplanerische Tatsachen voraussetzen.

Für Häuser, die mit ihrer aktuellen Leistungsgruppenzuweisung oder Kapazitätsfestlegung unzufrieden sind, kann es daher sinnvoll sein:

- noch vor Inkrafttreten der Neuregelung entsprechende Anträge bzw. Verfahrensinitiativen zu stellen,
- bestehende Anpassungsbegehren nicht aufzuschieben,
- Planungsargumente und Tatsachengrundlagen kurzfristig aufzubereiten.

Nach Inkrafttreten der Neuregelung dürfte planungsbezogener Rechtsschutz bzw. die Initiierung neuer Verfahren schwieriger werden. Das beruht insbesondere darauf, dass unklar ist, was ausreichend neue krankenhauplanerische Tatsachen sind. Schon bisher war im Grundsatz eine Ablehnung einer erneuten Befassung aufgrund des sog. Bestandskrafteinwandes einer versagenden Entscheidung denkbar – wenn auch mit zugestandenermaßen wenig ausgeprägten Konturen und prinzipiell großzügiger Möglichkeit für Neuanträge. Das könnte darauf hindeuten, dass die Intention der KHGG-Bestimmung darüber hinausgeht und auch bei fehlendem Bestandskrafteinwand erneute Entscheidungen versperren will. Fraglich ist auch, ob der Begriff der „Tatsache“ im üblichen Sinne in Abgrenzung zur Rechtslage gemeint ist. Unter Umständen würde das bedeuten, dass trotz einer Rechtsänderung bei unveränderter Tatsachenlage gleichwohl kein erneuter Antrag erreicht werden könnte. Außerdem stellt sich die Frage, wie der Begriff der Tatsache mit der exzessiven Präklusionsrechtsprechung des OVG korrespondieren soll. Nach dieser Rechtsprechung dürften in einem laufenden Gerichtsverfahren Tatsachen, die vorlagen, aber nicht bis zum Feststellungsbescheid vorgebracht wurden, von der Berücksichtigungsfähigkeit ausgeschlossen sein. Sind solche Tatsachen, für einen Neuantrag dann gleichwohl unzureichend, da sie als solche existierten? Weiterhin ist offen, was mit „ausreichend“ gemeint ist. Genügen Umstände, nach denen eine abweichende Entscheidung nicht ausgeschlossen ist oder geht die Beschränkung darüber hinaus.

Schließlich ist auch der Rechtsschutz klärungsbedürftig. Muss im Fall einer rechtswidrigen Versagung zuerst eine Verpflichtung auf Neubescheidung als solche gestellt werden, ohne die versagte Sachentscheidung zum Gegenstand des Verfahrens machen zu können? Wäre dem so, würde der Rechtsschutz zäh: Neuantrag, Versagung des Neuantrags, Anfechtungs- und Verpflichtungsklage auf Durchführung eines Planungsverfahrens, ggf. Stattgabe oder nur Bescheidungsurteil zur erneuten Entscheidung über den Antrag auf Antragseinleitung, ggf. erneutes Rechtsschutzverfahren, Durchführung des Planungsverfahrens, im Fall der Versagung

erstmalige Verfahren mit Befassung zur Sache. Das sind viele Schritte bis zur Sachentscheidung. Die Möglichkeiten, einen Antragsteller auszubremsen wären dann sehr weitreichend.

## **2. Rechtliche Einordnung und praktische Risiken**

Dies erscheint bedenklich. Es ist daran zu erinnern, dass hier auch materielles Bundesrecht, die §§ 6 ff KHG zu vollziehen ist. Das steht einem extensiven Verständnis, selbst kreierte Verfahrenshürden schaffen zu können, entgegen. Auch fehlt das Bedürfnis. Ungeachtet der Unschärfen kann ein offensichtlich nur wiederholender Antrag mit einer wiederholenden Verfügung versagt werden. Warum Hürden darüber hinaus errichtet werden sollten, lässt die Begründung nicht erkennen. Die Begründung des Gesetzentwurfes stellt Fälle in den Mittelpunkt, in denen vollständige Verfahren durchgeführt wurden, also ersichtlich keine bloße Antragswiederholung Gegenstand war. Dass diese aus Sicht der Behörde nur keine hinreichenden Aussichten auf eine Änderung des bisherigen Ergebnisses mit sich brachten, wie die Begründung ausführt, ist dagegen eine Antizipation eines Ergebnisses vor sorgfältiger Durchführung eines Verfahrens. Solch eine Einschätzung bedarf erheblich wertender Anteile, zumal die rechtlichen Entwicklungen und die Gestaltung des Rechtsprechungsrahmens noch erheblich im Fluss sind. Die Rechtsprechung ist weit weg davon, gefestigt zu sein, solange nicht das Bundesverwaltungsgericht die Vielzahl neuer Planungsfiguren im NRW-Recht auf deren Vereinbarkeit mit den Maßgaben des KHG und des Grundgesetzes überprüft hat. Folglich fällt die Vorwegnahme eines Ergebnisses schwer und sollte kein Grund für eine Antragsblockade sein. Denn eine Vorwegnahme eines Ergebnisses mag aus Sicht einer Behördenauffassung denkbar sein, wobei dies indes nicht der Maßstab sein kann, weil auch die Auffassungen möglicher Gerichtsentscheidungen über alle Instanzen hinweg vorhergesehen werden müssten, da andernfalls die Regelung vor allem der Vermeidung des Rechtsschutzes diene. Auch ist die Vorwegnahme von Tatsachenermittlungen problematisch, die – im Verfahrensrecht aus guten Gründen – keinen Raum findet und an sich ein typischer Fall der Befangenheit ist.

Insoweit ist zu hoffen, dass die Regelung in der Anwendung auf die Fälle reiner Wiederholungsanträge beschränkt bleibt, bei denen es gegenüber dem Stoff, der zur Entscheidung einer etwaigen vorherigen Versagung gestellt war, in keiner Weise abweicht. So lange das aber unklar ist, wird man schon aus Vorsorge im Zweifel neue Anträge stellen müssen, um überschießenden Begrenzungen der Planungsentwicklung vorbeugen zu können. Das ist dann allerdings das Gegenteil dessen, was von der Regelung intendiert wird.

## **3. Verfahrensbeschleunigung**

In die entgegengesetzte Richtung scheint die Bestimmung des § 14 Abs. 6 KHGG NRW – neue Fassung – zu zeigen, der zwecks Beschleunigung bei einfachen Verfahren eine Abweichung von den Bestimmungen der Absätze 1 bis 5 durch die zuständige Behörde erfolgen kann. Das wirkt wie eine Entbürokratisierung, die stattgebende Verfahren beschleunigen könnte. Das scheint begrüßenswert, soweit damit nicht auch versagende Entscheidungen wie

eine Herausnahme verbunden sind, weil das eine erhebliche Rechtsverkürzung mit sich bringen könnte. Ebenso gilt das für ausschließlich versagende Entscheidungen. Für diese versagenden Entscheidungen ist aber schon nicht klar, ob diese von der Regelung erfasst sein sollen. Der Wortlaut schließt den Fall der Versagung nicht aus.

Soweit auch versagende oder gar auf Herausnahme gerichtete Entscheidungen erfasst werden sollten, erscheint die Regelung in ihrer Reichweite problematisch. Denn die Bestimmungen, von denen abgewichen werden kann, sind umfassend. Nahe liegt für eine Abweichung, dass von Verhandlungen über das Regionale Planungskonzept abgesehen werden kann, was dann aber schon den Krankenkassen die Partizipation nähme. Gleiches gälte für die Beteiligung der Gesundheitsbehörden, den weiteren Beteiligten nach § 15 KHGG NRW und der Kommunen, die nach § 14 Abs. 3 KHGG NRW (zukünftig Abs. 4) bisher als Beteiligte vorgesehen sind. Diese könnten sämtliche oder in Teilen übersprungen werden. Das wäre eine schon nicht unerhebliche Reduktion der Partizipationsmöglichkeit, die indes ihren Sinn in der Förderung der Richtigkeit von Verfahren durch Beteiligung hat. Darüber hinaus könnte auch von der Anhörungspflicht des MAGS nach § 14 Absatz 4 Satz 1 KHGG NRW (=Abs. 5 n.F.) abgesehen werden, sodass nur die Anhörungspflicht der Bezirksregierung nach allgemeinem Verwaltungsverfahrenrecht verbliebe, von welcher der Formulierung nach nicht abgewichen werden kann.

Bemerkenswert ist zudem, dass auch Absatz 1 genannt ist, der die Bindung an die Rahmenvorgaben, also den abstrakten Teil des Krankenhausplanes vorsieht. Ist mit der Bestimmung des Absatzes 6 neue Fassung dann tatsächlich gemeint, dass im freien Ermessen vom Krankenhausplan abgewichen werden könnte? Dann bliebe alleine die Gesetzesbindung, indes würde der Weisungscharakter und u. U. auch die Maßgabe der gleichmäßigen Ermessensbindung aufhebbar. Dann könnte über Absatz 6 auch das Planungsrecht des Krankenhausplanes an die Seite geschoben werden, was wieder den Einfluss der an der Planerstellung Beteiligten jenseits des MAGS betrifft und dann auch die Beteiligung des Landtages an der Erstellung des Krankenhausplanes an den Rand schieben würde.

Unklar bleibt sodann, wer zuständige Behörde im Sinne der Regelung ist, die über die Abweichung entscheiden kann. Ist es die im Außenverhältnis handelnde Bezirksregierung oder wie bei den Sachentscheidungen alleine das MAGS? Nur ein redaktionelles Versehen dürfte es demgegenüber sein, dass die Entscheidungen nach diesem neuen Absatz 6 nach dem zukünftigen Absatz 7 (= Abs. 5 der gültigen Fassung) nicht Bestandteil des Krankenhausplanes würden, da die Bestimmung des Absatzes 6 dort (noch) nicht erwähnt ist. Wäre das beabsichtigt, läge die Rechtsfolge allerdings im Dunkeln.

Dies alles zeigt, dass die Regelung zur Beschleunigung sinnvolle und rechtlich unbedenkliche Inhalte haben könnte, aber je nach Auslegung auch sehr bedenkliche Folgen zeitigen kann. Deswegen dürfte ein im Zweifel enger Anwendungsbereich, beschränkt auf Stattgaben, zu

begrüßen sein. Im Fall der Erfassung auch versagender oder gar herausnehmender Entscheidungen gäbe es angesichts der unklaren Maßgaben für die Ermessensintendierung erhebliche Bedenken im Hinblick auf eine ausreichende Bestimmtheit. Auch würde die Regelung, sollte sie auch zu Abweichungen vom Krankenhausplan befugen, die Konzentration der Entscheidungsbefugnisse bei den Planungsbehörden auf die Spitze treiben. Die übrigen Beteiligten und – je nach Auslegung – die Rechtskontrolle würden weiter zurückgedrängt. Das beförderte die ohnehin schon weitreichenden Absichten zur Politisierung der Krankenhausplanung und das Bemühen, Planung der Rationalitätsförderung zu entziehen, die aus den Partizipations- und Rechtskontrollprozessen folgt. Das wirkte sich vor allem dann aus, wenn von der optimalen Realisierung der Planungsziele abgewichen werden sollte, da andernfalls Partizipation und Recht den intendierten Ergebnissen nicht entgegenstünden. Für solch eine Wirkung werden aber in den Gesetzesmaterialien keine ausreichend tragenden Gründe genannt.

### **III. Sicherstellungsverpflichtung**

#### **1. Strukturelle Bedeutung**

Die künftig klar geregelte Sicherstellungsverpflichtung der Kreise und kreisfreien Städte bei Wegfall eines bedarfsnotwendigen Krankenhauses betrifft primär die kommunale Ebene. Für diese sei anzumerken, ohne vertieft darauf einzugehen, dass sich die Finanzierungsfriktionen verstärken. Diese Friktionen folgen aus der nachhaltigen Unterfinanzierung der Investitionskosten und der tendenziellen Unterfinanzierung der Betriebskosten. Statt diese Herausforderungen zumindest im Bereich der Investitionskosten anzugehen, werden die Konsequenzen hingenommen, die im Ausscheiden von gemeinnützigen und privaten Trägern liegen. Dazu hat der Krankenhausplan selbst mit seiner Strukturierung zusätzliche Anstöße geliefert, indem die Frage der Existenzmöglichkeit von Trägern bei der Planung keine systematische Berücksichtigung fand. Da zugleich die Ansätze für die Ambulantisierung in strukturschwachen Regionen, die auf Bundesebene zu verantworten sind, kaum funktionsfähige Konzepte erlauben, bleibt aus Sicht des Landes zur Aufrechterhaltung der Versorgung nur noch die Option, die Last auf die Kommunen, vorrangig die Kreise, zu verlagern. Die Kommunen tragen aber ohnehin schon erheblich zur Schließung von Finanzierungslücken bei (s. hier), was nun in Einzelfällen durch die Regelung weiter befördert werden mag.

Dabei wirkt verschärfend, dass die Umlagesystematik in der Kommunalfinanzierung so ausgestaltet ist, dass die regionalen Lasten, die aus einer Übernahme von defizitären Einrichtungen folgen, kaum auf breitere Schultern verteilt werden. Strukturschwache Regionen sind ohnehin durch geminderte Einnahmen belastet und müssen dann – was Folge der Strukturschwäche sein kann – dann auch noch die Zusatzlasten aus der Krankenhausversorgung überwiegend alleine tragen. Das wirkt im Hinblick auf die Frage von Strukturentwicklung mehr als Beförderung einer Abwärtsspirale denn als Sicherung der Entwicklung. Dass es solcher Regelungen bedarf und dass sie zu Lasten der schwächsten Glieder umgesetzt werden, ist

damit ein deutliches Signal einer nachhaltigen Finanzierungskrise der Krankenhausversorgung, bei der größte Mühen bestehen, Defizite bei den Ursachen zu packen.

## **2. Strategische Bedeutung für Krankenhausträger**

Jenseits dieser Vogelperspektive könnten diese Tendenzen für Krankenhäuser jedoch strategisch bedeutsam sein:

- Ist die Bedarfsnotwendigkeit eines Standorts belegbar,
- kann die gesetzliche Verpflichtung des Kreises als Argument für strukturelle oder finanzielle Unterstützung in Verhandlungen herangezogen werden,
- insbesondere bei Restrukturierungs-, Fortführungs- oder Transformationskonzepten.

Denn angesichts der erheblichen Lasten und der Refinanzierungsschwierigkeiten auf kommunaler Ebene könnte es ökonomisch betrachtet sinnvoller sein, geringere Defizite bei Trägern vor Ort durch Zuschüsse auszugleichen, als selbst die Last dauerhaft zu übernehmen, zumal die wirtschaftlich effiziente Organisation in kommunaler Trägerschaft noch einmal eine eigene Herausforderung darstellt. Dass solche Zuschüsse möglich sind, wurde schon eingehend rechtlich untersucht (s. hier: Brosius-Gersdorf, Rechtsgutachten zur funktionsgerechten Krankenhausfinanzierung und Krankenhausreform).

Darüber hinaus mag die Regelung eine Verbesserung der Einzelförderung auf Ebene der Investitionskosten bewirken können. Denn nach der bisherigen Rechtsprechung kann eine solche Einzelförderung auf der Grundlage der §§ 9 Abs. 5 KHG, 23 KHGG NRW verlangt werden, wenn bewiesen werden kann, dass im konkreten Einzelfall eine Finanzierung der Investitionen aus erwirtschafteten Erträgen, sonstigen Eigen- oder Fremdmitteln oder der Inanspruchnahme von Krediten in zumutbarer Weise nicht möglich ist (BVerwG, Urt. v. 30.08.2012, 3 C 17.11, Rn. 30; VG Köln, Urt. v. 03.11.2015). Von diesem Anspruch sind kommunale Träger nach dem bisherigen Stand nicht ausgeschlossen. Würden sich sodann aus der Nutzung der Bestimmung des §1a KHGG NRW zur Überwälzung der Sicherstellungsverpflichtung ergeben, dass auch die Voraussetzungen für die zusätzliche Finanzierung von Einzelinvestitionen gegeben sind, könnten die kommunalen Träger die zuvor beschriebene Dysfunktionalität mindern. Vor allem könnte dann der Tatbestand der Einzelförderung wieder Konturen gewinnen und in den Fällen, in denen sich die unbestrittenen strukturellen Unterfinanzierungen zu einer individuellen Unterfinanzierung auswachsen, zu einem leichter durchsetzbaren Anspruch werden.

## **C. Fazit**

Der Gesetzentwurf scheint die Anforderungen an Kooperationen und Weiterbildung zu erhöhen. Rechtspraktisch dürfte das, bleibt es bei der aktuellen Gestaltung, nicht bedeutsam werden. Das an sich erkannte Problem in der Gestaltung der Weiterbildung und die fehlende Lösung bleiben. Es wäre zu begrüßen, dass die Gestaltung von Weiterbildungsverbänden deutlich vereinfacht wird, was allerdings Ansätze weit über die jetzige Regelung hinaus bedürfte.

Für Krankenhausleitungen wird es jedenfalls wichtig planungsrechtliche Änderungsbedarfe nicht aufzuschieben. Häuser, die über einen Neuantrag nachdenken, sollten verbleibende Verfahrensspielräume möglichst noch vor Inkrafttreten der Neuregelungen nutzen und entsprechende Initiativen zeitnah vorbereiten. Die Limitationen aus der Beschränkung der Initiativmöglichkeit könnten sehr gravierend sein. Für die Fortentwicklung der Planung ist die Regelung wenig hilfreich. Die Tendenz zur Gewaltenkonzentration bei der Planungsbehörde, die Minderung von Partizipation und die Politisierung, die das Durchgreifen sachfremder Erwägungen befördert, verstärken und bestätigen sich.

Gleichzeitig kann die neue Sicherstellungsverpflichtung der Kreise in geeigneten Fällen als Argumentationsgrundlage für finanzielle Unterstützungen auch für gemeinnützige und private Träger werden. Insoweit ist die Regelung zur Sicherstellungsverpflichtung mehr Krisensymptom denn funktionsgerechte Lösung, könnte aber im Einzelfall quasi präventiv zu einer Überwälzung einer Sicherstellungsverpflichtung die Aufrechterhaltung von Angeboten namentlich in strukturschwachen Gebieten befördern.

Dr. Steffen Müller

Prof. Dr. Andreas Penner