

Krankenhausreform

Krankenhausplanung in der praktischen Umsetzung



Dr. Claudia Mareck

Dr. Claudia Mareck ist Fachanwältin für Medizinrecht, Lehrbeauftragte der Universität Münster und leitet den Standort Münsterland der Kanzlei PPP Rechtsanwälte. Seit über 15 Jahren liegt einer ihrer bundesweiten Beratungsschwerpunkte im Krankenhausrecht. Promoviert hat sie zur kartellrechtlichen Fusionskontrolle bei Krankenhausfusionen. Sie berät Krankenhäuser aller Trägerschaften und Versorgungsstufen sowie vertragsärztliche Leistungserbringer, insbesondere auch bei M&A-Transaktionen.



Prof. Dr. Andreas Penner

Prof. Dr. Andreas Penner ist Rechtsanwalt, Honorarprofessor an der Ruhr-Universität Bochum, Institut für Sozial- und Gesundheitsrecht und leitet den Standort Düsseldorf. Er berät ausschließlich Unternehmen im Gesundheitswesen: Krankenhäuser, Arztpraxen, MVZ, Unternehmen innovativer Versorgungsrichtungen sowie Verbände.

Kontakt

PPP Rechtsanwälte
Standorte: Münsterland, Düsseldorf,
Ingolstadt, Heilbronn, Bergisch Gladbach,
Tübingen
T +49 177 25 28 002
mareck@ppp-rae.de
ppp-rae.de

Die Krankenhausreform befindet sich in ihrer entscheidenden Phase. Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVG) und dem im April 2026 in Kraft getretenen Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) wird die Krankenhausplanung in Deutschland grundlegend neu ausgerichtet: weg von der reinen Bettenplanung, hin zu einer Steuerung über bundeseinheitliche Leistungsgruppen. Vorbild ist im Grunde die bereits in NRW erfolgte Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft, die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser genießen bis zum Jahr 2030 Bestandschutz. Für die übrigen Krankenhaussträger bedeutet die Reform deutschlandweit aktuellen, konkreten Handlungsbedarf – von der Beteiligung an Anhörungsverfahren bis zur gerichtlichen Verteidigung gegen nachteilige Feststellungsbescheide.

Systemwechsel: Von der Bettenplanung zur Leistungsgruppe

Kernstück der Reform ist die Ablösung der klassischen Bettenplanung nach Fachabteilungen durch eine Planung nach insgesamt 61 somatischen Leistungsgruppen. Die Länder bleiben zwar gemäß § 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) für die Aufstellung der Krankenhauspläne zuständig und erlassen die Feststellungsbescheide, welche den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses definieren. Für die Zuweisung von Leistungsgruppen sind jedoch bundeseinheitliche Mindestqualitätskriterien zur sachlichen und personellen Ausstattung sowie das Verhalten verwandter Leistungsgruppen oder weitere Strukturvoraussetzungen zu erfüllen. Der Medizinische Dienst hat die von den Planungsbehörden beauftragte standortbezogene Prüfung der Erfüllung der Qualitätskriterien regelhaft zum 31.7.2026 abgeschlossen. Etliche Bundesländer kündigten an, die neuen Versorgungsaufträge mit Wirkung zum 1.1.2027 zuzuweisen, in einigen wenigen Bundesländern erfolgt dies erst im Laufe des Jahres 2027. Damit werden die Krankenhaussträger weit überwiegend Ende 2026 ihr neues Leistungsspektrum zugewiesen bekommen. Da die Reform auch die Konzentration von Leistungen bezweckt, ist zu erwarten, dass Patienten an vielen Standorten nicht mehr das bislang gewohnte Ange-

bot an Behandlungsmöglichkeiten vorfinden werden.

Anhörungsverfahren: Beteiligung vor dem Feststellungsbescheid

Vor der Zuweisung oder dem Entzug von Leistungen ist der betroffene Krankenhaussträger zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen anzuhören. Die Planungsbehörden geben somit ihre Absicht bekannt, welche Leistungsgruppen sie zuweisen wollen und welche nicht. Das Anhörungsschreiben ist noch kein Feststellungsbescheid, eröffnet aber die Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme. Da die Planungsbehörden die eingereichten Einlassungen auswerten und hierauf ihre endgültige Entscheidung zur Zuordnung der Leistungsgruppen stützen, sollten Kliniken diese Möglichkeit konsequent nutzen, um Bedarfs-, Qualitäts- und weitere für sie sprechende Argumente fundiert vorzutragen – ein im späteren Klageverfahren nicht mehr nachholbares Versäumnis kann die Erfolgsaussichten erheblich schmälern. Der Umfang der Stellungnahmen wird davon abhängen, wie transparent das Anhörungsverfahren im Hinblick auf die konkreten Auswahlkriterien sowie den Erfüllungsgrad der Mindest- und Auswahlkriterien der Mitbewerber gestaltet und wie umfangreich Akteneinsicht gewährt wird.

Auswahlkriterien bei konkurrierenden Bewerbern

Einen allgemeinen Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan gibt es nicht; besteht jedoch eine Auswahl-situation zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern, welche die Mindestkriterien der Leistungsgruppe erfüllen, hat der Träger einen Anspruch auf ermessensfehlerfreie Auswahlentscheidung (§ 8 Abs. 2 KHG). Die Landesbehörde entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Planungszielen am besten gerecht wird. An dieser Stelle kommen die Auswahlkriterien je Leistungsgruppe ins Spiel, welche sich aus bundesrechtlichen Vorgaben (Anlage 1 zu § 136e SGB V) und aus Landesrecht ergeben. Auf Landesebene kommen insbesondere die Regelungen in den Landeskrankenhausesetzen und in den Krankenhausplänen in Betracht. Die Rechtsprechung zu den in NRW angewandten Auswahlentscheidungen ist in vielerlei Hinsicht

im Fluss. Das Oberverwaltungsgericht Münster hat mehrfach entschieden, dass in der Vergangenheit erbrachte Fallzahlen regelmäßig als Kriterium herangezogen werden dürfen, da sie für einen positiven Zusammenhang zwischen Fallzahl und Leistungsqualität sprechen würden (vgl. OVG NRW, Beschl. v. 10.09.2025, 13 B 387/25). Der Planungsbehörde sei es unbenommen, weder gesetzlich noch untergesetzlich festgelegte, sachgerechte neue Auswahlkriterien bis zum Erlass des Feststellungsbescheides zu definieren (vgl. OVG NRW, Beschl. v. 25.06.2026, 13 B 340/25 – m.w.N.). Eine Rangfolge möglicher Auswahlkriterien gebe es nicht, da die Gewichtung von ermessensrelevanten Umständen zum Kernbereich der behördlichen Bestenauswahl gehöre. Ob diese Maßstäbe durch das Bundesverwaltungsgericht letztlich bestätigt werden, ist offen. Wir erwarten an der ein oder anderen Stelle eine kritische Würdigung. Allgemein werden die Planungsbehörden ihre Auswahlentscheidung voraussichtlich an Kriterien wie z.B. die Einbindung des Hauses in die Forschung und Lehre oder in die Notfallversorgung, bestehende Zertifizierungen und Weiterbildungsbefugnisse, Erreichbarkeitszeiten, Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren oder vorhandene Kooperationen zu weiteren Leistungserbringern, sei es zu anderen Krankenhäusern oder zu ambulanten Marktteilnehmern, wobei auch die eigenen ambulanten Angebote über ermächtigte Ärzte, das MVZ oder die ambulante spezialfachärztliche Versorgung eine Rolle spielen können, messen. Ein allgemeines Prüfungsraster wird es nicht geben, da länderspezifisch verschiedene Parameter gelten werden. Wie viel Freiheit den Ländern bei dem Ergänzen oder Überlagern der Bundeskriterien zusteht, ist rechtlich noch ungewiss.

Rechtsschutz gegen Feststellungsbescheide

Gegen Feststellungsbescheide ist der Verwaltungsrechtsweg eröffnet; je nach Konstellation (Nichtaufnahme, Entzug der Leistung) kommt eine (kombinierte) Verpflichtungs- oder Anfechtungsklage in Betracht. Praktisch bedeutsam ist, dass die aufschiebende Wirkung von Rechtsbehelfen gegen Feststellungsbescheide gesetzlich ausgeschlossen ist, auch bei Beschränkung bestehender Versorgungsaufträge. Ein behördlich verfügter Entzug von Leistungen muss zum festgelegten Zeitpunkt trotz Klage umgesetzt werden, so dass die entsprechenden Patientenbehandlung einzustellen ist.

Der einstweilige Rechtsschutz nach § 80 Abs. 5 VwGO wird damit faktisch zum zentralen Verteidigungsinstrument; sein Erfolg hängt maßgeblich von den Erfolgsaussichten der Hauptsache ab.

Nach der Gesetzesbegründung zum KHAG soll mit Blick auf das besondere öffentliche Interesse an der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung und der finanziellen Stabilität der GKV die Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage im Eilrechtsschutz ausgeschlossen sein. Insofern vertrauen und hoffen wir auf eine Überprüfung durch die Verwaltungsgerichte mit Augenmaß und Weitblick. Denn anders als das OVG NRW (vgl. Beschl. v. 13.12.2024, 13 B 419/24) meint, werden mit unmittelbarem Abbau von Leistungen oftmals auch die dazugehörigen personellen Strukturen irreversibel zerschlagen. Ein Wiederaufbau ist zwar in der Theorie grundsätzlich möglich, scheitert aber regelmäßig in der Praxis an der jüngst erfolgten Abwanderung des gesamten Teams.

Wird eine Auswahlentscheidung der Planungsbehörde angegriffen, ist zu beachten, dass die Ermessensentscheidung nur dann gerichtlich zu beanstanden ist, wenn sie willkürlich oder außerhalb jeglichen vertretbaren Rechtsempfindens liegt. Dies schmälert die Erfolgsaussichten des Rechtsschutzes enorm und macht einmal mehr deutlich, wie wichtig die Einlassungen im Anhörungsverfahren sind. Fehler bei der zugrunde liegenden Bedarfsanalyse (vgl. OVG NRW, Beschl. v. 15.06.2026, 13 B 12/26) oder der konkreten Fallzahlermittlung machen Auswahlentscheidungen dagegen regelmäßig angreifbar.

Fraglich ist, für wann die Gerichte den entscheidungserheblichen Zeitpunkt, zu dem die Qualitätskriterien der Krankenhäuser vorliegen müssen, festlegen. In NRW wurde der Erlass des Feststellungsbescheides als maßgeblich erachtet. Aufgrund vieler noch offener Punkte ist die Planung in der Rechtskontrolle letztlich nur bedingt vorhersehbar.

Ausblick: Krankenhausfinanzierung

Auch unter finanzierungsrechtlichen Gesichtspunkten bleibt die Reform in Bewegung: Standortübergreifende Konzentrationen können über den Transformationsfonds gefördert werden. Geplant ist die Einführung einer Vorhaltevergütung, die Kliniken von reinem Fallzahlwachstum entkoppeln und die zum Jahr 2030 voll wirksam werden soll. In der aktuellen Ausgestaltung wird dieses Ziel jedoch nicht erreicht. Das im Juli 2026 verabschiedete GKV-Beitragsstabilisierungsge-

setz verschärft mit seinen Sparmaßnahmen die bereits angespannte finanzielle Lage der Krankenhäuser. Ob der per Protokollerklärung zugesicherte Ausgleich für die Krankenhäuser in Höhe von 550 Millionen Euro ab dem Jahr 2027 ausreichend Abhilfe schafft, bleibt abzuwarten. Die Finanzierungsfrage ist damit neben der Planungsumsetzung der zweite zentrale Streitpunkt der Reform. ■

KERNAUSSAGEN

- Die Krankenhausplanung wechselt von der Bettenplanung zur Leistungsgruppenplanung; ab 2027, spätestens ab 2028 gilt das neue System in den Ländern.
- Anhörungsschreiben sind noch keine Bescheide – Stellungnahmefristen sollten aktiv für fundierten Vortrag genutzt werden. Wer allein auf den Rechtsschutz vertraut, schmälert seine Erfolgsaussichten deutlich.
- Bei Auswahlentscheidungen besteht ein Anspruch auf ermessensfehlerfreie Prüfung; Auswahlkriterien können sich aus Vorgaben auf Bundes-, insbesondere aber auch auf Landesebene ergeben.
- Rechtsbehelfe gegen Feststellungsbescheide haben keine aufschiebende Wirkung – einstweiliger Rechtsschutz ist entscheidend.
- Die Krankenhausfinanzierung bleibt mit der Vorhaltevergütung und neuen Kürzungsdiskussionen ein offener Streitpunkt.