

**Verfassungsrechtliche Grenzen und Fortentwicklung für eine
Sektorenübergreifende Versorgungsplanung**

Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger

Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Europarecht und Öffentliches Wirtschaftsrecht
an der Universität Augsburg

„Sektorenübergreifende Versorgungsplanung im Lichte der Krankenhausreform“

Rechtssymposium des G-BA

14. April 2023

Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger

Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Europarecht und Öffentliches Wirtschaftsrecht
Co-Direktor des Instituts für Bio-, Gesundheits- und Medizinrecht
Juristische Fakultät, Universität Augsburg

Verfassungsrechtliche Möglichkeiten & Grenzen für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung

Vortrag auf dem Rechtssymposium des Gemeinsamen Bundesausschusses
Sektorenübergreifende Versorgungsplanung im Lichte der Krankenhausreform
Berlin, 17. April 2023

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung: verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

- Koalitionsvertrag der Ampel

Ziel, „[d]ie ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung [...] gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiter[zuentwickeln].“

- Vergleichbare Stoßrichtung: Bund-Länder-AG „sektorenübergreifende Versorgung“; SVR-Gesundheit (Gutachten 2018); G-BA Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung; Dritte Stellungnahme der Regierungskommission

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

- Unterschiede im Detail und im Grundsatz
- Zwei zentrale Aspekte für verfassungsrechtliche Analyse:
 - Übergang zu einer einheitlichen Bedarfsplanung für die gesamte medizinische Versorgung
 - Schaffung eines separat zu planenden Sektors für spezifische (fachärztliche) Behandlungen
- Regionalisierung der Versorgung (Einbindung der Kommunen in die Planung)

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

Überblick

- I) Status Quo
- II) Verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen
- III) Fazit

**Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen**

- I) Status Quo
 - 1) Duales, sektorspezifisches Planungsregime:
Krankenhausplanung (stationär) und
GKV-Bedarfsplanung (ambulant)
 - 2) Überschneidungen

**Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen**

Ebenen	Stationär (KH-Planung)		Ambulant (GKV-Bedarfsplanung)	
	Vollstationär	Teilstationär	Fachärztlich	Hausärztlich
	Mind. ein Tag & eine Nacht im Zshg.	<ul style="list-style-type: none"> • Tag oder Nacht • Tägl./Intervall • physische & organisatorische Eingliederung in spezifische Versorgungssystem des KH 	<ul style="list-style-type: none"> • allgemeine • spezialisierte • gesonderte 	
Rahmen	Bund: KHG (nur Rahmen für Plan- aufnahme); Detailregelung durch Länder (L-KHG)		Bund: SGB V / G-BA-Bedarfs-PL-RL mit Abweichungsmöglichkeiten auf regionaler Ebene	
Planung	Land: KH-PI-Behörde unter Einbeziehung Beteiligter und ggf. weiterer Ausdifferenzierung		KV: KV im Einvernehmen mit KK- LV/EK	

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

2) Verflechtungen

- Keine Verknüpfung von ambulanter und stationärer Versorgung, sondern Eröffnung von Betätigungsmöglichkeiten des zentralen Akteurs eines Sektors (KH/Vertragsärzte) im anderen Sektor bzw. gemeinsamer Zugang zu einem Versorgungsbereich (Insel)
- Einbindung von KH in ambulante Versorgung (Ambulantisierung)
 - vor- und nachstationäre Behandlung im KH (§ 115a SGB V):
akzessorisch und zeitlich limitiert
 - ambulantes Operieren im KH (§ 115b SGB V):
Katalogleistung (GKV-SV; DKG; KBV)

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

- ambulante Behandlung durch KH-Ärzte (§ 116 SGB V):
nötig zur ausreichenden Versorgung mit Blick auf Methoden & Kenntnisse der KH-Ärzte, nach h.M. auch quantitativ
- ambulante Behandlung bei Unterversorgung (§ 116a SGB V)
- Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V)
insb. qualifizierter Behandlungsbedarf
- MVZ (§ 95 SGB V)
als Teil der regulären vertragsärztlichen Versorgung
- (P) Einordnung der Tagesbehandlung, die stationäre Indikation voraussetzt, aber Patient Nacht nicht im Krankenhaus verbringt und damit keine vollstationäre Behandlung (und nicht einmal zwingend teilstationär)

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

- Sonderstellung: ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)
 - Schaffung eines Bereichs für „Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern.“
 - Steht Vertragsärzten und zugelassenen KH offen (nicht zwingend sektorenübergreifende Kooperation)
 - Kein abgeschlossener Bereich, da Leistungserbringung nicht diesem vorbehalten

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

- Keine spezifische Bedarfsplanung in jenen Bereichen, aber: Zugangsbedingungen und differenzierte Berücksichtigung bei Versorgungsgrad
 - Ermächtigte Ärzte: pauschalierte Anrechnung auf Versorgungsgrad in der jeweiligen Arztgruppe (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2b SGB V, § 22 Abs. 1 BPL-RL) – obgleich auch qualitativer Zusatzbedarf relevant
 - Hochschulambulanzen: keine Berücksichtigung (§ 22 Abs. 2 Satz 2 BPL-RL)
 - Regelungsauftrag des Gesetzgebers, ASV bei Bedarfsplanung zu berücksichtigen (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a SGB V), vom G-BA noch nicht umgesetzt

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

II) Verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

- 1) Gesetzgebungskompetenzen
- 2) Regionalisierung
- 3) Verwaltungskompetenzen
- 4) Grundrechtlicher Rahmen

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

1) Gesetzgebungskompetenzen

- Keine Bundeskompetenz für Gesundheitswesen (anders WRV)
- Sondern: punktuelle Zuständigkeit des Bundes, insb. für
 - bestimmte Aspekte des Gesundheitsrechts wie die Zulassung zu ärztlichen Berufen (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG),
 - die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG; Art. 72 Abs. 2 GG) und
 - die Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG)
- (P) sektorenübergreifende Bedarfsplanung hiervon gedeckt?

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

a) Einheitliche Bedarfsplanung für die gesamte Versorgung

- Setzte im Vergleich zum Status Quo stärkere (bundesrechtliche) Regulierung des stationären Sektors voraus
 - Aktuell:
 - Länder bestimmen, „anhand welcher räumlichen, fachlichen und strukturellen Gliederung die Darstellung des Versorgungsbedarfs im [KH-Pl] im Einzelnen vorgenommen wird“
BVerwG, Urt. v. 11.11.2021, 3 C 6/20, Rn. 12
- Offen: Art (Rahmen-, Leistungs- oder abteilungsbezogene Bettenplanung); Methode der Bedarfsermittlung; Zentrenbildung; Kategorisierung nach Versorgungsstufen; Erreichbarkeitsvorgaben; Zielplanung (z.B. Vorrang der wohnortnahen Versorgung oder bestimmter Versorgungsstrukturen)

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

- Bundesvorgaben für Versorgungsentscheidung, die sich namentlich an den Kriterien der Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität zu orientieren hat
- Vorstoß im Koalitionsvertrag
 - „Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung orientierende [KH-Pl]“
- Moderater Vorläufer: § 6 Abs. 2 KHG i.d.F. KH-Kostendämpfungsgesetz (1.7.1982–1.1.1985); aufgegeben, um „Freiraum der Länder [...] zu erweitern“
- (P) Stärkere Steuerung kompetentiell möglich?

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

aa) Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG

- 1969 eingeführte konkurrierende Bundeszuständigkeit deckt lediglich Regelung der wirtschaftlichen Sicherung der KH
- KH-Planung nicht erfasst

BVerfGE 83, 363 (379 f.): nur „Ausschnitt aus der Sachaufgabe der Krankenhausversorgung“, in Bekräftigung der Genese Bund „Bereich der [...] Krankenhausplanung versperr[t]“

BMG Strobel: „Bundestag beabsichtigt nicht – auch das will ich hier deutlich sagen –, in die Planungsarbeit der Länder [...] hineinzureden“ (Erste Beratung GG-Änd)

Bekräftigt von LVerfG, BVerwG, BSG und im Schrifttum

BremSiGH, BeckRS 2020, 5311, Rn. 64; HambVerfG, NordÖR 2019, S. 340 (348 f.); VerfGH Berlin, BeckRS 2021, 1218, Rn. 42; BVerwGE 156, 124 (134, Rn. 28); BSG, BeckRS 2018, 22328, Rn. 17 f.; BeckRS 2019, 10857, Rn. 16

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

- Aber: Überschneidungsbereich, da Kompetenztitel final formuliert; Regelung der wirtschaftlichen Sicherung der KH kann in KH-Planung und -Organisation übergreifen
- Überdies: Aufnahme eines KH in den KH-PI entscheidend für finanzielle Förderung; damit auch Planaufnahmekriterien bedeutsam für wirtschaftliche Sicherung
- Dennoch: nicht jedweder Bezug ausreichend, da KH-PI nach Wortlaut, Genese und Systematik Ländern vorbehalten
- Überdies: Ländern steht (ausschließliche) Gesetzgebungskompetenz zu, nicht nur administrative Planungsbefugnis (Art. 83 f. GG); daher: Ländern obliegt nicht nur gestaltende Planung, sondern auch abstrakt-generelle Regelung des Rahmens für Planung

**Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen**

- Damit: Bundesregelung muss engen Bezug zu wirtschaftlicher Sicherung aufweisen sowie hinreichende Planungsspielräume auf Landesebene wahren

BayVerfGH, Entsch. v. 16.7.2019, Vf. 41-IX-19, Rn. 76; HambVerfG, NordÖR 2019, S. 340 (349)

- Lässt sich nur für konkretes Modell beurteilen
- Aktueller Rahmen kompetenzkonform; selbst Detailsteuerung der Qualität durch G-BA (§ 136c Abs. 1 und 2 SGB V) belässt Gestaltungsspielräume, da zur Disposition der Länder gestellt (§ 6 Abs. 1a Satz 2 KHG) – Konstruktion freilich „kompetentielle Gratwanderung“
- Bereits str., ob weitere Verdichtung des Planungsrahmens durch Grundsatzvorgaben möglich (z.B. abstrakte Vorgabe einer Leistungsplanung)

abl. etwa BSG, BeckRS 2018, 22328, Rn. 17 f.; ferner BSG, BeckRS 2019, 10857, Rn. 16, 23.

**Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen**

bb) Sozialversicherungskompetenz (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG)

- Anders als teils vertreten und im (gescheiterten) Entwurf zur GKV-Gesundheitsreform 2000 (partiell) vorgesehen, stationäre Bedarfsplanung nicht gedeckt (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG)
 - GG behält KH-P – anders als die Bedarfsplanung im ambulanten Sektor – den Landesgesetzgebern als ausschließliche Zuständigkeit vor
 - Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG deckt schon wegen GKV-Bezugs keine (allgemeine) stationäre Bedarfsplanung einschließlich hierauf bezogener Planungskriterien (wie Qualitätsvorgaben des KHSG für KH-P)

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

- Auch keine auf GKV beschränkte Bedarfsplanungskompetenz
 - Zwar erfasst Nr. 12, schon wegen des Sachleistungsprinzips, das Leistungserbringungsrecht, worunter sich – wie im ambulanten Bereich – Bedarfsplanung fassen ließe
 - Aber: GKV-Bedarfsplanung substituierte wegen hoher Anzahl GKV-Versicherter Landeskrankenhausplanung
 - Dies kompetentiell nicht möglich, da KH-Planung ausschließlicher Landeskompetenz überantwortet
 - Vielmehr: Gebot der grundsätzlichen Anknüpfung des GKV-Zulassungsregimes an KH-Planung, vgl. § 108 Nr. 2, § 108 Nr. 3 i.V.m. § 109 SGB V (arg.: beschränkte Kompetenz, Widerspruchsfreiheit der Rechtsordnung, Bundestreue)

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

- Zulässig: Anforderungen an sozialversicherungsrechtliche Leistungserbringung, wobei bei Überschneidungen mit KH-P Schwerpunkt auf ersterer notwendig; dabei kein Übergriff in KH-Planungskompetenz der Länder zulässig

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

b) Schaffung eines sektorenübergreifenden fachärztlichen Versorgungsbereichs

- Fortschrittsbericht der Bund-Länder-AG „sektorenübergreifende Versorgung“: Empfehlung, einen gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereich sektorenübergreifend zu organisieren
- Modell: ASV (§ 116b SGB V), obgleich aktuell kein exklusiver Bereich

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

- Bundeskompetenz für Bedarfsplanung im ambulanten Sektor grundsätzlich gegeben
- Keine umfassende – wie KH-P gesamte Bevölkerung erfassende – Kompetenz gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG (Zulassung zu ärztlichen Heilberufen)
 - Zwar: nicht nur Regelung der Approbation, im Parl. Rat Bedarfsplanung als Zulassungsregelung diskutiert; ebenso Hebammen-Beschluss des BVerfG (E 17, 287)
 - Aber: Nach Facharzt-Beschluss (BVerfGE 33, 125/152 ff.) nur Zulassung als Arzt, nicht aber weitere Ausdifferenzierung in einzelne Sektoren gedeckt (diskutabel); überdies KH nicht erfasst

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

- Aber: Sozialversicherungskompetenz (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) erfasst Vertragsarztrecht einschließlich Bedarfsplanung; dies deckt nach BVerfG und BSG auch Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in bestimmte Versorgungsbereiche
So für die Gliederung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung BSG, NJW 1999, S. 888 (889); BVerfG (K), NJW 1999, S. 2730 (2731)
- Grenze wiederum: Sperrwirkung der Kompetenz für KH-Planung
 - nicht auf vollstationäre Leistungen beschränkt
 - Krankenhäuser (jenseits der stationären Komponente) = Einrichtungen, die „umfangreiche und komplexe medizinische Strukturen“ vorhalten (2. StN RegK KH)?
 - Jedenfalls: keine Integration des teilstationären Bereichs möglich

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

2) Regionalisierung

- Status Quo: Einbindung über gemeinsames Landesgremium (§ 90a SGB V), KH-Planungsausschuss (§ 7 KHG) und kommunale Gesundheitskonferenzen, aber keine Mitentscheidungsbe-fugnisse
- Vorschläge:
 - G-BA Gutachten: verbindliche Einbindung der kommunalen Ebene in sektorübergreifende Planung
 - Verlagerung des Sicherstellungsauftrags auf die kommunale Ebene

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

- Verfassungsrechtliche Bewertung:
 - Art. 87 Abs. 2 GG
 - nach BVerfG keine „Garantie des bestehenden Systems der Sozialversicherung oder seiner tragenden Organisationsprinzipien [...]. Es besteht weder ein Änderungsverbot noch ein Gestaltungsgebot.“
BVerfGE 113, 167 (201); ferner BVerfGE 39, 302 (314 f.)
 - Überdies läge Regionalisierung des Sicherstellungsauftrags auch nicht im Gewährleistungskern

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

- Sicherstellung der örtlichen/regionalen Gesundheitsversorgung lässt sich als Kommunalaufgabe i.S.d. Art. 28 Abs. 2 GG definieren (örtliche/überörtliche Gesundheitsvorsorge)
- Aber seit Föderalismusreform I (2006)
 - Verbot der bundesgesetzlichen Aufgabenübertragung an Kommunen (Art. 84 Abs. 1 Satz 7 GG)
 - auf Art. 125a Abs. 1 Satz 1 GG gestützte Änderungskompetenz gestattet keine grundlegende Neukonzeption – diese Grenze überschritten
 - Daher: Zuweisung nur an Länder möglich, die – mit Konnexitätsfolge (etwa Art. 83 Abs. 3, 6 BayVerf.) – an Kommunen weiterdelegieren können

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

– Grundrechte

- bei angemessener Versorgung in Einklang mit Sicherstellungsauftrag
- Keine hoheitsträgerübergreifende Bindung an allgemeinen Gleichheitssatz; dürfte auch bei bundesgesetzlicher Vorstrukturierung gelten; i.Ü. Anliegen der Regionalisierung entfaltet (begrenzt) rechtfertigende Wirkung
- (P) Verteilung des Budgets, so Beitragspflicht nicht ebenfalls regionalisiert würde

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

3) Verwaltungskompetenzen

- Grundsätzliches Verbot der Mischverwaltung (Bund-Länder-Verhältnis); offen, ob im Verhältnis funktionale (Landes-)Selbstverwaltung/unm. Landesverwaltung bzw. Kommunalverwaltung
- Abweichungsbefugnis der Länder bei Zuständigkeitsbestimmung in von Landesverwaltung auszuführendem Bundesrecht wie GKV-Bedarfsplanung (Art. 84 Abs. 1 GG)

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

4) Grundrechtlicher Rahmen

- Abschließende Bewertung nur auf Basis eines spezifischen Modells möglich, aber: Leitplanken
- Beschränkungen des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für Leistungserbringer (Bedarfsplanung) sowohl hinsichtlich Kontingentierung als auch der Zulassungs- und Auswahlkriterien an Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) zu messen
- Ebenso: Kanalisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeit im Rahmen des regulierten GKV-Regimes durch die Schaffung neuer Sektoren

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

- Für Rechtfertigungsanforderungen im Rahmen der flexibilisierten Drei-Stufen-Lehre maßgebliche Eingriffsintensität abhängig von Konsequenzen der Sektorentrennung, namentlich Konsequenzen für berufliche Betätigungsmöglichkeiten und Abrechnung
- Dass hinreichend begründete Schaffung neuer Sektoren möglich, illustriert BVerfG (K) vom 17.6.1999: Grundrechtskonformität der Trennung zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung

Ziele der Qualitätsverbesserung und Kostendämpfung legitim und, unter Berücksichtigung der gesetzgeberischen Einschätzungsprärogative, in verhältnismäßiger Weise verfolgt;
Übergangsregelung sichert Zumutbarkeit
- Generell: Neuordnung (innerhalb) von Sektoren verlangt legitimen Bestandsinteressen Rechnung tragende Übergangsregelung

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

- Öffnung bestehender Sektoren für sektorenfremde Anbieter (wie Einbeziehung von KH in ambulante Behandlung) wirft Frage des Schutzes vor neuer Konkurrenz auf – Eingriff lässt sich angesichts Regulierungsrahmens bejahen
Vgl. BVerfG (K), NZS 2005, S. 199 (201)
- Rechtfertigungsanforderungen und -möglichkeiten hängen von konkreter Ausgestaltung ab, namentlich von Zielsetzung, Bedarfsrelevanz (paralleler Zugang oder Erfordernis eines spezifischen Bedarfs in qualitativer und/oder quantitativer Hinsicht) und den Konsequenzen für Leistungsberechtigung und Vergütung
- Ferner: Wettbewerbsgleichheit (Investitionskostenfinanzierung); EU-Beihilfenrecht

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

Fazit

- Ausschließliche Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausplanung steht Übergang zu einer (bundes-)einheitlichen Bedarfsplanung für die gesamte medizinische Versorgung entgegen, sowohl generell als auch GKV-bezogen; jedwede Detailvorgabe muss engen Bezug zu wirtschaftlicher Sicherung aufweisen sowie hinreichende Planungsspielräume auf Landesebene wahren
- Zulässig, so auf GKV beschränkt und kein Übergriff in KH-Planung, Schaffung eines separat zu planenden Sektors für spezifische (fachärztliche) Behandlungen; dies auch grundrechtskonform realisierbar

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

- Verbot der bundesgesetzlichen Aufgabenübertragung an Kommunen (Art. 84 Abs. 1 Satz 7 GG) steht einer unmittelbaren Einbindung derselben in die Bedarfsplanung entgegen; nur Option für Landesgesetzgeber möglich
- Grundlegende Reform setzt Verfassungsänderung voraus

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung:
verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen

Aktuelle Literatur

- *Martin Burgi/Malin Nischwitz*, Verfassungsrechtliche Parameter der Krankenhausreform: Der Reformbaustein Ambulantisierung, KrV 02.23, S. 1
- *Frank Stollmann*, Reformbedarfe in der Gesundheitsversorgung. Offene Baustellen im Gesundheitswesen, GesR 2023, S. 84
- *Ferdinand Wollenschläger*, Reformprojekt sektorenübergreifende Versorgung und Bedarfsplanung: verfassungsrechtliche Möglichkeiten und Grenzen, NZS 2023, S. 8 (Teil 1) und S. 48 (Teil 2)

VIELEN DANK
FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT!

FRAGEN & ANREGUNGEN:

Ferdinand.wollenschlaeger@jura.uni-
augsburg.de