

Begrüßung und Einführung

Martina Hoffmann-Badache
Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum diesjährigen Krankenhausrechtstag in Düsseldorf begrüße ich Sie ganz herzlich.

Wir freuen uns, dass es uns immer wieder gelingt, Sie mit einer interessanten Mischung aktueller Themen nach Düsseldorf zu locken. Die Veranstaltung lebt ja – wie Sie alle wissen – seit jeher davon, dass wir uns nicht auf ein bestimmtes Thema mit unendlichen Verästelungen fokussieren, sondern einen Kanon unterschiedlichster Aspekte präsentieren.

Diejenigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die den Krankenhausrechtstag schon des öfteren besucht haben, werden zwar Facetten des einen oder anderen Beitrages in älteren Vorträgen dieser Tagungsreihe wiederfinden, aber es kommen auch gänzlich neue Themen hinzu, die unser Spektrum ganz beträchtlich erweitern.

Angesichts der unterschiedlichsten Fragestellungen und Herausforderungen, vor denen die Krankenhauslandschaft steht, spannt der Krankenhausrechtstag 2015 einen Bogen, der viele Themenkreise berührt:

Herr Professor Dr. Clemens von der Universität Tübingen wird uns mit seinem Vortrag zu Rechtsfragen aus dem Krankenhausplanungs- und -entgeltrecht an grundlegende Fragestellungen heranführen.

Die aktuellen rechtspolitischen Diskussionen, die mit den „Eckpunkten der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015“ ihren Anfang genommen und nun ihre Weiterentwicklung in dem vom BMG vorgelegten Referentenentwurf eines Krankenhaus-Strukturgesetzes (KHSG) gefunden haben, belegen nachdrücklich die besondere Bedeutung dieser Normkomplexe für den gesamten Krankenhausbereich.

Umso wichtiger erscheint es mir angesichts der immer differenzierter werdenden Materie, sich auf die wesentlichen verfassungsrechtlichen und systemimmanenten Grundlagen zu besinnen. Hier erhoffen wir uns von Herrn Professor Clemens angesichts seines wissenschaftlichen Hintergrundes und der praktischen Erfahrungen als ehemaliger BSG-Richter und aktuell als Schiedsstellen-Vorsitzender entscheidende Impulse.

Mit Rechtsfragen der Krankenhaushygiene beschäftigt sich Herr Dr. Warn-tjen, Rechtsanwalt aus Berlin.

Das Thema Krankenhaushygiene ist von ganz entscheidender Bedeutung für die Patientinnen und Patienten und angesichts dessen auch von hohem öffentlichen Interesse. Und bereits 2011 hatten wir das Thema „Hygienean-

forderungen im Krankenhaus – Fachliche Aspekte und praktische Umsetzung“ auf der Agenda dieser Veranstaltungsreihe.

Die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser und die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) haben in der letzten Woche, am 5. Mai 2015, die landesweite Hygiene-Initiative „*Gemeinsam Gesundheit schützen. Keine Keime. Keine Chance für multiresistente Erreger*“ auf einer Pressekonferenz in Düsseldorf vorgestellt. Laut Krankenhausgesellschaft beteiligen sich mehr als 350 und damit fast alle Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen.

Die von der KGNW getragene Initiative steht unter der Schirmherrschaft von Ministerpräsidentin Hannelore Kraft und hat das Ziel, die Öffentlichkeit über Krankheitserreger, Infektionsschutz und Antibiotikaresistenzen aufzuklären.

Neben fachlichen Aspekten kommt dem Thema aber auch eine zunehmend juristische Relevanz zu. Dem widmet sich Herr Dr. Warntjen heute aus der anwaltlichen Perspektive.

Frau Lange, Rechtsanwältin aus Düsseldorf, verschafft uns einen Überblick zu der Thematik „Ambulante Versorgung an und durch Kliniken – Rechtliche Gestaltungsoptionen“.

Sektorenübergreifende Versorgungsoptionen sind in aller Munde – und sie waren auch in der Vergangenheit schon mehrfach Gegenstand des Krankenhausrechtstages. Sie ziehen sich gleichsam wie ein roter Faden durch den Krankenhausrechtstag.

Erinnern möchte ich in diesem Zusammenhang etwa an die Vorträge „Persönliche Leistungserbringung im Krankenhaus“ in 2013, „Der Honorararzt im Krankenhaus – Möglichkeiten und Grenzen“ in 2012 oder „Zusammenarbeit von Vertragsärzten und Krankenhäusern im Spannungsfeld der Rechtsbereiche“ in 2010.

Aber auch in diesem Punkt gilt ein eherner Grundsatz, der sich beim Krankenhausrechtstag schon mehrfach bewahrheitet hat: das Fortschreiten der tatsächlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen macht es erforderlich, immer wieder einen neuen Blick auf die Dinge zu werfen. Dies tut für uns heute Rechtsanwältin Lange durch die Brille der anwaltlichen Rechtsberatung.

Der Nachmittag widmet sich zwei Themen mit einer relativ großen Überschneidungsfläche: Sponsoring und Compliance im Krankenhausbereich.

Frau Krüger, Justitiarin in den Städtischen Kliniken Neuss, beleuchtet für uns „Sponsoring im Krankenhaus“. Ein zugegebenermaßen schillernder Begriff, den viele von uns eher mit dem Sport und anderen Freizeitgestaltungen verbinden und manche sofort an Stadionwerbung u. ä. denken lässt.

Die meisten werden sicherlich auch ein weithin verlässliches „Bauchgefühl“ haben, was beim Sponsoring stationärer Einrichtungen mit Gemeinwohlverpflichtung „geht“ und was „nicht geht“ – oder um es neudeutsch

zu formulieren: wo es ein „no go“ gibt. Beruhigender ist es aber allemal, dieses Bauchgefühl auf einen (rechts-)sicheren Grund zu stellen.

Diese Aufgabe haben wir heute einer Praktikerin aus dem stationären Sektor anvertraut. Gerade auch zu diesem Thema sind engagierte und lebhaft Diskussionsbeiträge nachhaltig erwünscht.

Abschließend wird uns Herr Rechtsanwalt Dr. Weimer aus Bochum einen Vortrag zum Thema „Compliance im Krankenhausbereich“ halten.

Wenn wir alle doch eine ziemlich genaue Vorstellung vom Sponsoring haben, so ist der Begriff Compliance zum einen noch recht neu, zum anderen für die meisten noch sehr unscharf. Bewusst sein dürfte allenfalls, dass es sich um die Aspekte „Verantwortung“, „ordnungsgemäßes Verhalten“, „Korruptionsprävention“ u. ä. dreht. Wie gesagt – reichlich unscharf!

Diese Unschärfen gerade auch für den Krankenhausbereich zu konturieren und mit Leben zu füllen, zugleich aber auch die rechtlichen Bedingungen und Grenzen aufzuzeigen – diese verdienstvolle Aufgabe gebührt heute Herrn Dr. Weimer.

Lassen Sie mich darüber hinaus auf die vielfältigen Themen rund um die Krankenhauslandschaft zwei Schlaglichter werfen. Zunächst zum Thema
Qualität und Krankenhausplanung

Die Umsetzung des Krankenhausplans NRW bis Ende 2015 ist schwierig, die Erarbeitung regionaler Planungskonzepte hinkt dem vorgesehenen Zeitplan hinterher.

Am 23. Juli 2013 hat das Ministerium den Krankenhausrahmenplan 2015 öffentlich in Kraft gesetzt.

Im Herbst 2013 haben wir den Bezirksregierungen die notwendigen Verwaltungsvorgaben, also den Mindestdatenrahmen für die regionalen Planungskonzepte, die Regionalisierung der Bedarfsparameter auf Ebene der Regierungsbezirke und einen neuen Muster-Feststellungsbescheid übermittelt.

Parallel dazu wurden die allgemein interessierenden offenen Fragen auf Seiten der Krankenhausträger in öffentlichen Terminen und einer veröffentlichten Antwortsammlung (Stand Februar 2014) beantwortet.

Jedoch ist im Laufe der Umsetzung erkannt worden, dass der neue Krankenhausplan NRW bis Ende 2015 nicht vollständig umgesetzt werden kann. Für die Umsetzung des Krankenhausplans sind Verhandlungen über regionale Planungskonzepte notwendig. Die Initiative hierfür liegt vorrangig bei den Verbänden der Krankenkassen und den Krankenhausträgern, nur ausnahmsweise wird das Land tätig. Diese Verhandlungen kamen nach unserem Eindruck jedoch unerwartet zögerlich in Gang.

Es stellte sich daher die Frage, ob und ggfs. welcher neue Planungshorizont ins Auge zu fassen ist. In der Sitzung des Landesausschusses für Krankenhausplanung am 08.05.2015 haben jedoch sowohl die Verbände der Krankenkassen als auch die Krankenhauseite (KGNW) darauf hingewiesen,

dass es in den Regionen des Landes sehr intensive Gespräche zur Umsetzung des Krankenhausplans 2015 gibt, teilweise noch im Sinne von Vorsondierungen bzw. unilateralen Verhandlungen (Einigungsversuche der Krankenhäuser einer Region untereinander), aber auch konkreter Weiterführung von Verhandlungen, über die die Planungsbehörden (Bezirksregierungen und MGEPA) kein vollständiges Bild haben (können).

Die eingetretenen Verzögerungen beim Start der Verhandlungen wurden bestätigt und mit dem Umstand begründet, dass der Umgang mit den durch den neuen Krankenhausplan erstmalig eingeführten Qualitätskriterien eingeübt werden musste.

Daher haben sich die beiden großen Beteiligten-Bänke übereinstimmend dafür ausgesprochen, diese positive Entwicklung jetzt nicht vorschnell durch Verschiebung des Zielplanhorizonts über 2015 hinaus zu hemmen, sondern den Verhandlungspartnern zeitliche Spielräume zur moderaten Ausdehnung dieses Zeitrahmens für den Abschluss der Verhandlungen einzuräumen.

Nach einhelliger Auffassung der Beteiligten im Landesausschuss für Krankenhausplanung erscheint der Abschluss und die Umsetzung der Ziele des Krankenhausplans 2015 im Laufe des Jahres 2016 realistisch. Einvernehmlich warnten die Beteiligten davor, durch Veränderungen am Krankenhausplan das Risiko von Rechtsunsicherheiten einzugehen.

Unter dem Eindruck dieses Ergebnisses wird MGEPA den Umsetzungsprozess weiter intensiv unterstützend begleiten und zum jetzigen Zeitpunkt keine Änderungen an den Grundlagen des Krankenhausplans NRW 2015 vorsehen.

Aus unserer Sicht ist in inhaltlicher Hinsicht überaus erfreulich, dass sich der innovative nordrhein-westfälische Ansatz in der Krankenhausplanung weithin durchgesetzt hat. Qualitätskriterien als Steuerungselement stationärer Versorgungsangebote sind inzwischen bundesweit aufgegriffen worden. Sie sind wesentlicher Bestandteil des bereits zitierten „Eckpunktepapiers“.

Die Leistungsqualität für PatientInnen ist entscheidend; oberste Ziele sind erfolgreiche Diagnostik und Therapie sowie eine menschliche Behandlung. Verbesserte interne und externe Qualitätssicherungsmaßnahmen tragen dazu bei. Qualitätsparameter sind ebenso notwendig.

Den Rahmen definieren die Länder aufgrund ihrer Zuständigkeit für die Krankenhausplanung. Der Plan formuliert Entwicklungsziele mit „angemessener“ Qualität.

Die Steuerung in der Krankenhausplanung erfolgt bislang über Strukturqualitätskriterien. Eine wesentliche Orientierung erfolgt ebenfalls an Leitlinien der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften (je nach Evidenz verbindlich oder als bloße Empfehlung). Dies ist den bisherigen Kompetenzen der Länder im Rahmen der Krankenhausplanung geschuldet. Dabei bleibt abzuwarten, ob sich durch die vorgesehenen Änderungen des

Bundesrechts durch das KHSG daran etwas ändert und auch Indikatoren für die Prozess- und Ergebnisqualität die Planung bereichern.

Entsprechend eines vom BMG vorgelegten Referentenentwurfes vom 28. April soll der Gesetzeszweck in § 1 Abs. 1 KHG um das Ziel der qualitativ hochwertigen Versorgung als Grundlage für Entscheidungen der Krankenhausplanung erweitert werden. Damit soll erstmals bundesrechtlich „Qualität“ als Parameter für staatliche Entscheidungen im Rahmen der Krankenhausplanung eingeführt werden.

In diesem Zusammenhang soll es einen gesetzlichen Auftrag an den G-BA geben, bis zum 31.12.2016 erste Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln, die geeignet sind, rechtssichere Kriterien und Grundlagen für Planungsentscheidungen der Länder zu sein (planungsrelevante Indikatoren). Diese Qualitätsindikatoren sollen zum Bestandteil der Krankenhauspläne der Länder werden. Die Länder bleiben jedoch befugt, alternativ oder ergänzend auch eigene Indikatoren zu erarbeiten und zu verwenden.

Der Bundesgesetzgeber will zudem die rechtlichen Grundlagen schaffen, dass eine nicht oder nicht ausreichend qualitätsgesicherte Leistungserbringung eines Krankenhauses rechtliche Konsequenzen auch für die Aufnahme bzw. den Verbleib der Einrichtung im Krankenhausplan des Landes haben kann. Die Indikatoren und Maßgaben sollen im Rahmen des Auswahlermessens der zuständigen Behörde bei einer nach § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG notwendigen Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern verbindlich zugrunde gelegt werden. Zu diesem Zweck soll im KHG überdies klargestellt werden, dass die Trägervielfalt bei krankenhauplanerischen Entscheidungen nur dann ausschlaggebend sein kann, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen gleichwertig ist. Ein Regulativ kann im Einzelfall – soweit etwa die Sicherstellung der flächenmäßigen stationären Versorgung dies erforderlich macht – anhand des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit erfolgen.

Aber: Ungeachtet der Beachtung von Leitlinien, Qualitätsvorgaben und anderen Parametern: die Patientin/den Patienten dürfen wir bei der Behandlung nicht aus dem Auge verlieren.

Lassen Sie mich darüber hinaus den Blick auf das leidige Geld und damit die Krankenhausfinanzierung richten!

Es ist Ihnen natürlich bestens bekannt und ich hatte es auch schon erwähnt – im Jahr 2015 hat eine Arbeitsgruppe aus Bund und Ländern Eckpunkte für eine Krankenhausreform vorgelegt. In diesem Jahr sollen sie gesetzlich umgesetzt werden.

Wesentlicher Bestandteil ist dabei, neben planerischen Aspekten und vorwiegend „kosmetischen“ Ergänzungen des SGB V, das Krankenhausfinanzierungs- und -entgeltrecht.

Neu ist vor allem die Einführung einer qualitätsorientierten Vergütung.

Überwiegend handelt es sich aber um die Weiterentwicklung des bestehenden Systems.

Detailänderungen im Bereich der Mengensteuerung, der Angleichung der Landesbasisfallwerte, des Orientierungswerts müssen genau geprüft werden.

Die Voraussetzungen für Sicherstellungszuschläge und Zuschläge für Zentren sollen bundeseinheitlich und eindeutiger festgelegt werden. Ich erhoffe mir, dass dadurch Rechtssicherheit geschaffen wird und künftig Rechtsstreitigkeiten, über die wir gerade auch hier auf dem Krankenhausrechtstag diskutieren, vermieden werden. Aber ich bin mir zugleich auch sicher: neue gesetzliche Bestimmungen werden, selbst wenn sie gut gemeint und gut gemacht sind, auch neue Streitigkeiten provozieren.

Wichtig ist mir der gesetzlich zu verankernde Auftrag an eine Expertenkommission, Vorschläge zu entwickeln, wie der allgemeine Pflegebedarf, aber besonders auch der erhöhte Pflegebedarf von demenzkranken oder behinderten Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet und finanziert werden kann.

Als Soforthilfe soll ein neues Pflegestellenförderprogramm für Neueinstellungen von ausgebildetem Pflegepersonal oder Aufstockung von Teilzeitstellen für die Jahre 2016 bis 2018 mit einem Volumen von 660 Mio. € aufgelegt werden, von denen nach Ende des Förderprogramms jährlich bis zu 330 Mio. € zusätzliche Mittel im Krankenhausfinanzierungssystem verbleiben sollen.

Im Bereich der Investitionsfinanzierung soll ein Strukturfonds für die Verbesserung der Versorgungsstrukturen, d. h. für den Abbau von Überkapazitäten, der Konzentration von Krankenhausstandorten und die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungszentren sorgen. Aber es sollen mit diesem Instrumentarium etwa auch palliative Versorgungsstrukturen gefördert werden.

Der Strukturfonds soll aus Mitteln der Liquidationsreserve des Gesundheitsfonds (500 Mio. €), kofinanziert durch entsprechende Mittel der Länder, gespeist werden. Damit wäre ein Anfang für die Erneuerung der Krankenhausstrukturen gemacht, der auch dazu führen kann, dass die vorhandenen Investitionsmittel künftig auf weniger Krankenhäuser verteilt werden müssen.

Damit sind unsere großen Ziele

- angemessene Finanzierung der für die Versorgung notwendigen Krankenhäuser,
- angemessene Krankenkassenbeiträge, die die Bürger nicht unverhältnismäßig belasten,
- leistungsfähige, wohnortnahe u. bedarfsgerechte Krankenhauslandschaft,
- Menschlichkeit am Krankenbett, d. h. genügendes, qualifiziertes und ausgeruhtes ärztliches und pflegerisches Personal

zwar noch nicht erreicht, aber es sind Schritte auf dem Weg zum Ziel.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

die vergangenen Tagungen haben – vor allem im Zusammenhang mit den ausführlichen Diskussionen mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern – den fachlichen Dialog weiterbefördert. In der Gewissheit, dass Sie auch heute durch die Vorträge und den anschließenden Austausch untereinander Problemlösungen ein Stück näher kommen, danke ich Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche der Tagung einen guten Verlauf.

Rechtsfragen aus dem Krankenhausplanungs- und -entgeltrecht

Prof. Dr. Thomas Clemens
Honorarprofessor der Juristischen Fakultät der
Universität Tübingen, Richter am Bundessozialgericht i. R.,
Kassel

– Bereiche mit Verkoppelung verfassungs-, planungs- und entgeltrechtlicher Gesichtspunkte –

Inhaltsübersicht

A.	Regelungsgehalte der GG-Kompetenzbestimmungen – mit Bezügen zum KHG und zum SGB V –	20
I.	Die GG-Gesetzgebungskompetenzen von Bund und Ländern	20
II.	Zusätzlich: Punktuelle Annexkompetenzen	21
III.	Den Ländern belassene Gestaltungsspielräume	24
IV.	Rechtsfolgen bei Unvereinbarkeit von Länderregelungen mit Bundesrecht	25
V.	Keine weitergehenden Bundeskompetenzen, insbesondere keine umfassende konkurrierende Gesetzgebung	25
B.	Anwendungsfälle: Hochschulkliniken, Zentrumszuschläge, Herzklappenersatz	27
I.	Hochschulkliniken	28
II.	Zentrumszuschläge	33
III.	Transfemorale Herzklappenersatz	37
1.	Rechtslage bis 2014	37
2.	Rechtslage seit der G-BA-Richtlinie von 2015	38
3.	Wegfall der früheren Rechtslage	40
C.	Zusammenfassung und Ausblick	41
1.	Vergleichender Rückblick und Zusammenfassung	41
2.	Ausblick	41

Wenn nur eine Stunde für den Vortrag und die anschließende Diskussion zur Verfügung steht, muss sich ein Referat zum Thema Krankenhausplanungs- und -entgeltrecht auf einen kleinen Ausschnitt aus diesem Gesamtgebiet beschränken. Dafür hat der Referent und Verfasser dieses Beitrags Rechtsfragen ausgewählt, die die Verkoppelung des Verfassungsrechts mit dem Krankenhausplanungs- und -entgeltrecht deutlich machen. Verglichen mit dem mündlichen Vortrag ist die hier vorliegende schriftliche Fassung – im Abschnitt B – um ein weiteres Beispiel erweitert worden.

Die Verkoppelung des Krankenhausplanungs- und -entgeltrechts mit dem Verfassungsrecht tritt insbesondere dort deutlich hervor, wo Länder- und Bundesgesetzgebungskompetenzen eine Rolle spielen. Nach allgemeinen Ausführungen dazu (nachfolgend A.) folgen Beispiele aus den Bereichen Hochschulkliniken, Zentrumszuschläge und transfemorale Herzklappenersatz (unten B.).

A. Regelungsgehalte der GG-Kompetenzbestimmungen – mit Bezügen zum KHG und zum SGB V –

Die Kompetenzzuordnungen sind in der Verfassung, dem GG, klar geregelt (nachfolgend I–IV.). Bei aller Klarheit erstaunt, dass es abweichende Aussagen im Schrifttum gibt (unten V.).

I. Die GG-Gesetzgebungskompetenzen von Bund und Ländern

Gemäß Art. 30, 70 GG liegen alle **Gesetzgebungskompetenzen im Ausgangspunkt bei den Ländern**. Nur soweit die Bestimmungen der Art. 71–74 GG davon abweichende Regelungen enthalten, hat der Bund Gesetzgebungsbefugnisse.

Im Bereich des Krankenhauswesens ist durch **Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG** dem Bund die sog. konkurrierende Gesetzgebungsbefugnis für „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze“ zugewiesen. Mit der Bedeutung dieser Zuweisung hat sich das BVerfG insbesondere in seiner Entscheidung vom 07.02.1993 befasst (Az. 2 BvL 24/84 – BVerfGE 83, 363, 379 f.). Es hat dazu ausgeführt, dass diese Bestimmung „dem Bund **lediglich Spielraum zur Regelung finanzieller Fragen** eröffnen“ sollte. Einen weiteren Raum wollte der Grundgesetzgeber mit dieser Regelung dem Bund nicht eröffnen, ihm vielmehr **insbesondere „den Bereich der Krankenhausorganisation und der Krankenhausplanung versperren“** (BVerfGE a. a. O. S. 380).

Zu Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG hat das BVerfG in seiner Entscheidung vom 13.09.2005 erneut Ausführungen gemacht (Az. 2 BvF 2/03 – BVerfGE 114, 196). Es hat ausgeführt, dass diese Kompetenzzuweisung „Finanzhilfen und die Entgelte für teilstationäre und stationäre Krankenbehandlung umfasst“ (BVerfGE a. a. O. S. 222), also wiederum allein den Bereich der Regelung finanzieller Fragen genannt.

Aus diesen Aussagen des BVerfG wird deutlich, dass das BVerfG die **Beschränkung des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG auf die Regelung finanzieller Fragen** ernst nimmt. Daraus folgt zweifelsfrei, dass für den Bereich der **Krankenhausorganisation und der Krankenhausplanung** – gemäß Art. 70

Abs. 1 GG – die **Gesetzgebungskompetenz bei den Bundesländern** liegt.¹ Dies hat wichtige Bedeutung. Das wird nach der Abklärung weiterer verfassungsrechtlicher Details (nachfolgend II.–IV.) anhand von Beispielen noch verdeutlicht (unten B. I.–III.).

Bei alledem ist auch noch die sog. Erforderlichkeitsklausel des Art. 72 Abs. 2 GG² zu beachten: Bundesrechtliche Regelungen, die auf den Kompetenztitel Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG gestützt werden, müssen zusätzlich durch das Ziel der Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet³ legitimiert sein.

II. Zusätzlich: Punktuelle Annexkompetenzen

Für alle Bundesgesetzgebungskompetenzen gilt, dass der Bundesgesetzgeber, wenn es **zur Abrundung bzw. effektiven Ausgestaltung der ihm zugewiesenen Regelungsmaterie** notwendig ist, **punktuell weiter greifen** darf; dies wird mit dem Begriff **Annexkompetenz** bezeichnet.⁴ Annexkompetenzen sind auch im Zusammenhang mit den Bundeskompetenzen aufgrund des Art. 74 Abs. 1 GG anerkannt.⁵ So darf der Bund bei der Ausschöpfung der Kompetenzen gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG zur Verwirklichung der ihm überantworteten **Zielsetzung effektiven Einsatzes der Finanzmittel** punktuell weiter greifen.⁶ Nimmt man die Anforderungen des Art. 72

1 Zum Erfordernis, dass eine Gesetzgebungskompetenz – soweit es nicht eine ausschließliche ist – erst dann rechtliche Wirkung entfaltet, wenn der Bund bzw. das Land von ihr Gebrauch gemacht hat, vgl. noch unten B. II., dort dritter Absatz.

2 Vgl. hierzu die Rechtsprechung des BVerfG, z. B. BVerfG vom 28.01.2014 – 2 BR 1561/12 u. a. – BVerfGE 135, 155 (203 f. und Rn. 114 f.) = NVwZ 2014, 646 = juris Rn. 114 f.

3 Der zweite Passus in Art. 72 Abs. 2 GG „Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse“ dürfte in Zusammenhängen vorliegender Art kaum Bedeutung haben.

4 Die Zulässigkeit sog. punktueller Annexregelungen ist unbestritten. Vgl. z. B. BVerfG vom 22.10.2003 – 2 BvR 834/01 u. a. – BVerfGE 109, 190 (215) = NJW 2004, 750 = Juris Rn. 96; BVerfG vom 20.12.2007 – 2 BvR 2433/04 u. a. – BVerfGE 119, 331 (359) = NVwZ 2008, 183 = Juris Rn. 134; BVerfG (Plenum) vom 03.07.2012 – 2 PBvU 1/11 – BVerfGE 132, 1 (6 Rn. 17 f.) = NVwZ 2012, 1239 = Juris Rn. 17 f.; BVerfG vom 28.01.2014 – 2 BvR 1561/12 u. a. – BVerfGE 135, 155 (197 Rn. 104) = NVwZ 2014, 646 = Juris Rn. 104. – Aus dem Schrifttum vgl. z. B. *Th. Clemens/D. C. Umbach* in: *Umbach/Clemens* (Hrsg.), Grundgesetz – Mitarbeiterkommentar –, 2002, Bd. II, § 70 Rn. 33–38, weitergreifend mit der Anführung weiterer BVerfG-Entscheidungen sowie mit dem Bemühen um eine Systematisierung der Fallgruppen und um die Aufarbeitung terminologischer Unschärfen der BVerfG-Rspr.

5 So zu Recht allgemein BVerfG vom 28.01.2014 – 2 BR 1561/12 u. a. – BVerfGE 135, 155 (197 Rn. 104): „Annexkompetenzen oder Kompetenzen kraft Sachzusammenhangs“ sind „dem Bund nach allgemeinen Grundsätzen ... zuzubilligen“; anschließend bringt das BVerfG zahlreiche Beispiele aus den Bereichen des Art. 74 Abs. 1 GG; BVerfG a. a. O. S. 197 f. Rn. 105.

6 Zu dieser Annexkompetenz vgl. z. B. *M. Rehborn* in: *Friauf/Höfling* (Hrsg.), Berliner Kommentar zum Grundgesetz, Bd. 3, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a (Stand VII/2010), Rn. 28; ebenso *M. Rehborn* in: *Ratzel/Luxenburger* (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht, 2. Aufl. 2011, § 30 Rn. 6; *P. Axer* in: