

Was die Länder entscheiden

Ergänzungsvortrag: Bedarfsplanung, Krankenhausplanung und Investitionen

Kay Moritzen

© 2026 Kay Moritzen. Alle Rechte vorbehalten. Vervielfältigung und Weitergabe nur mit Genehmigung des Autors.

27. September 2026

Einstieg: Sabines Hausärztin geht in den Ruhestand

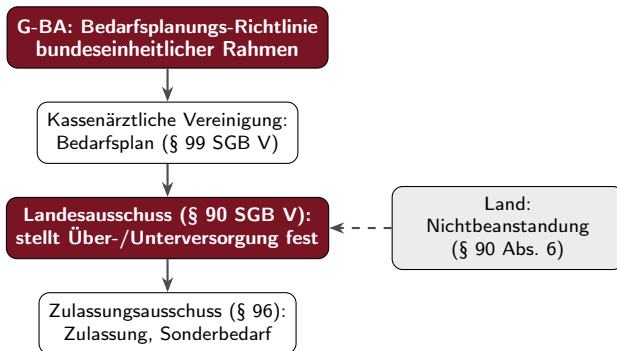
Sabines Hausärztin schließt ihre Praxis, eine Nachfolge ist nicht in Sicht. Sabine fragt sich:

Vier Fragen

- 1 Wer entscheidet, ob und wo eine neue Praxis zugelassen wird?
- 2 Ab wann gilt eine Region offiziell als „unterversorgt“?
- 3 Wer plant, welche Krankenhäuser es gibt?
- 4 Wer bezahlt die Gebäude, wer den laufenden Betrieb?

Antwort in einem Satz: Auf dieser Ebene entscheiden **gemeinsam** Ärzte und Kassen (Bedarfsplanung) – und die **Länder** allein (Krankenhäuser, Investitionen).

Die Kette der Bedarfsplanung



G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss. Er legt fest, welche Arztgruppen geplant werden, wie die Planungsbereiche zugeschnitten sind und wie viele Einwohner auf einen Arzt kommen („Verhältniszahlen“). Die KV setzt das in konkrete Bedarfspläne um; der Landesausschuss stellt auf dieser Grundlage die Lage fest. Die **Aufsicht** über die regionalen KVen führt die zuständige Landesbehörde (§ 78 SGB V).

Quelle: g-ba.de (Bedarfsplanungs-Richtlinie); kvwl.de; kvbb.de; kbv.de (Bedarfsplanung)

Der Landesausschuss (§ 90 SGB V)

3 Unparteiische
1 Vorsitz + 2 weitere

9 Vertreter der Kassen

9 Vertreter der Ärzte

Summe: **21 Mitglieder**

- Gebildet von den Kassenärztlichen Vereinigungen (**KV**), den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen – je ein Landesausschuss für Ärzte und für Zahnärzte
- **Kassenseite (9)**: 3 AOK, 3 Ersatzkassen, je 1 BKK und IKK sowie 1 gemeinsamer Vertreter der landwirtschaftlichen Krankenkasse und der Knappschaft-Bahn-See
- Auf die drei Unparteiischen sollen sich die Träger einigen; das Muster (paritätisch plus Unparteiische) kennen wir aus den Schiedsstellen in Vortrag 2
- Er tagt regelmäßig (je nach Land quartals- bis halbjährlich) und **ordnet Zulassungsbeschränkungen an**, wenn Überversorgung vorliegt

AOK = Allgemeine Ortskrankenkasse; BKK = Betriebskrankenkasse; IKK = Innungskrankenkasse.

Quelle: gesetze-im-internet.de (§ 90 SGB V); kvsachsen.de; lzg.nrw.de (FAQ Landesausschuss)

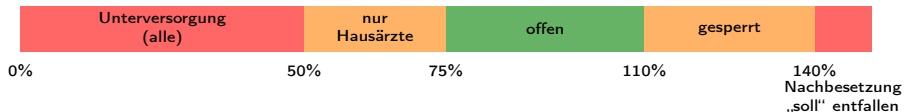
Wie wird „Bedarf“ gemessen? Vier Versorgungsebenen

Ebene	Planungsbereich	Beispiele
hausärztlich	Mittelbereich (rund 880)	Hausärzte
allgemeine fachärztliche	Kreisebene	u. a. Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden
spezialisierte fachärztliche	Raumordnungsregion (rund 97)	Anästhesisten, Radiologen, fachärztliche Internisten
gesonderte fachärztliche	KV-Bezirk (17)	Humangenetiker, Pathologen, Strahlentherapeuten

- Insgesamt **22 Arztgruppen** in vier Ebenen; je Gruppe gibt der G-BA eine **Verhältniszahl** vor (Einwohner je Arzt)
- **Versorgungsgrad** = tatsächliche Arztzahl ÷ Soll nach Verhältniszahl × 100 %
- Die Zahl der Mittelbereiche (rund 880) wird gerade überprüft: Der G-BA hat im Dezember 2025 ein Beratungsverfahren wegen der aktualisierten Gebietskulisse eingeleitet

Quelle: virchowbund.de (Bedarfsplanung); kvwl.de; g-ba.de/richtlinien/4 (Stand Dezember 2025)

Die Ampel der Versorgungsgrade



- **unter 75 %** (Haus- und Kinderärzte) bzw. **unter 50 %** (Fachärzte): rechnerisch **Unterversorgung**; erst der **Beschluss des Landesausschusses** stellt sie offiziell fest. **Drohende Unterversorgung** kann er auch bei ungünstiger Altersstruktur der Ärzte feststellen
- **bis unter 110 %**: Planungsbereich „offen“ – Neuzulassungen möglich
- **ab 110 %**: Überversorgung, Planungsbereich für Neuzulassungen **gesperrt**
- **ab 140 %**: der Zulassungsausschuss **soll** eine Praxisnachbesetzung ablehnen, wenn die Praxis aus Versorgungsgründen nicht nötig ist (§ 103 Abs. 3a SGB V)
- **Sonderbedarf**: Über Zulassungen trotz Sperre entscheidet der Zulassungsausschuss

Quelle: g-ba.de (Bedarfsplanungs-Richtlinie); kbv.de (Bedarfsplanung); kvwl.de; kvbb.de; kvsachsen.de

Was das für Sabine heißt (konstruiertes Rechenbeispiel)

Sabines Mittelbereich hat laut Verhältniszahl einen Soll-Bedarf von **10 Hausarztsitzen**.

tatsächlich (Ist)	Versorgungsgrad	Einstufung
11 Sitze	110 %	gesperrt (Überversorgung)
9 Sitze	90 %	offen
8 Sitze	80 %	offen – obwohl Wartezeiten spürbar
7 Sitze	70 %	unter 75 %: Prüfung auf Unterversorgung durch den Landesausschuss

Der wichtige Punkt

Zwischen 75 und 110 % ist der Bereich formal „in Ordnung“; die Schwelle für Unterversorgung liegt bei Hausärzten tief. Was Sabine als Engpass erlebt, kann statistisch noch **keine** Unterversorgung sein.

Kommt es zur festgestellten Unterversorgung, muss die KV nach Fristablauf, spätestens sechs Monate nach der Feststellung, **Eigeneinrichtungen** betreiben (§ 105 SGB V).

Krankenhäuser: Die Länder planen

- Jedes Land stellt einen **Krankenhausplan** auf (Krankenhausfinanzierungsgesetz, **KHG**)
- Für die Behandlung von GKV-Versicherten **zugelassen** (§ 108 SGB V) sind: anerkannte Hochschulkliniken, Krankenhäuser im Landeskrankenhausplan („Plankrankenhäuser“) und Krankenhäuser mit einem Versorgungsvertrag mit den Kassen
- **Krankenhausplanung** ist damit – anders als die ambulante Bedarfsplanung – **Ländersache allein**; die Kassen wirken über Verträge und Vergütungen mit

Gegenüberstellung

Ambulant: Selbstverwaltung plant (Ärzte und Kassen im Landesausschuss), das Land beaufsichtigt. **Stationär:** das Land plant selbst, die Selbstverwaltung verhandelt die Preise (Landesbasisfallwert, Vortrag 2).

Quelle: SGB V § 108; KHG; Organigramm-Rohdaten (Krankenhaus-Zulassungskriterien); Vortrag 2

Duale Finanzierung: Wer zahlt Betrieb, wer die Gebäude?



Krankenkassen: Betrieb 102,2 Mrd. € (2024)



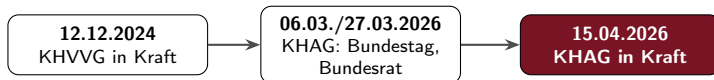
Länder: Investitionen 4,24 Mrd. € (2024)

- Das KHG sieht eine **duale** Finanzierung vor: Die Kassen tragen die **laufenden Kosten** (Personal, Medikamente), die Länder die **Investitionen** (Neu- und Erweiterungsbauten, Großgeräte)
- **Bedarf 2023:** 6,52 Mrd. €; **Förderung 2023:** 3,89 Mrd. €; Lücke 2,64 Mrd. € (rund 41 %)
- **Investitionsquote** (Förderung bezogen auf die bereinigten Krankenhauskosten): von 9,7 % (1991) auf 2,8 % (2024); Fachleute nennen 8–8,5 % als nötiges Mindestniveau
- **Spanne:** 2024 investierten Brandenburg 5,8 % und Hessen 4,8 %, Thüringen und Sachsen nur je 2,2 %

Beide Balken im selben Maßstab. Vortrag 1 nennt für 2025 rund 111 Mrd. € Gesamtausgaben der Kassen für Krankenhäuser (andere Abgrenzung/anderes Jahr). Interessenshinweis: Die Bedarfszahlen stammen von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG).

Quelle: DKG-Pressemitteilung 09.01.2026; aok.de (Krankenhausfinanzierung); tk.de (Presse RLP, 24.04.2026); Ärzteblatt 09.01.2026

Die Krankenhausreform: Länder als Schlüsselakteure



KHVVG = Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz; KHAG = Krankenhausreformanpassungsgesetz.

- **Leistungsgruppen:** von 65 auf **61** reduziert; die **Länder** weisen sie den Standorten zu (bis Ende 2026; der Medizinische Dienst prüft die Qualitätsmerkmale, weitgehend bis 31.7.2026)
- **Ausnahmen:** Länder dürfen zunächst für drei Jahre auch Häuser zuweisen, die Kriterien nicht erfüllen – im Einvernehmen mit den Kassen
- **Vorhaltevergütung:** voll finanzwirksam erst ab **2030** (ein Jahr später als geplant)
- **Transformationsfonds** (2026–2035): Der GKV-Anteil von 25 Mrd. € wird nun aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes getragen (Bund: 3,5 Mrd. €/Jahr 2026–29, 2,5 Mrd. €/Jahr 2030–35; zusammen 29 Mrd. €)

Quelle: bundestag.de (06.03.2026); bundesgesundheitsministerium.de (PM 06.03.2026); aok.de (KHAG); praktischerarzt.de; goerg.de; forvismazars.com

Die Länder im Organigramm: Übersicht

Aufgabe der Länder	Wie	Grundlage
Aufsicht über regionale KVen und Kammern	Landesministerium	§ 78 SGB V; Kammergesetze
Kontrolle der Bedarfsplanung	Nichtbeanstandung der Landesausschuss-Feststellungen	§ 90 Abs. 6 SGB V
Krankenhausplan	Land entscheidet allein	KHG
Investitionen	Fördermittel (4,24 Mrd. €, 2024)	KHG
Leistungsgruppen	Zuweisung an Standorte	KHVVG/KHAG

Fazit: Die Länder sind der **föderale Teil** des Organigramms – sie planen die Krankenhäuser selbst und beaufsichtigen den ambulanten Bereich, in dem Ärzte und Kassen gemeinsam planen.

Anhang: Abkürzungen und Quellen

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse	KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
BKK	Betriebskrankenkasse	KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss	KHAG	Krankenhausreformenpassungsgesetz
IKK	Innungskrankenkasse	KV	Kassenärztliche Vereinigung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft	SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

Quellen (Auswahl): gesetze-im-internet.de (§ 90 SGB V); g-ba.de (Bedarfsplanungs-Richtlinie); kbv.de, kvwl.de, kvbb.de, kvsachsen.de, kvbawue.de (Bedarfsplanung); lzg.nrw.de; virchowbund.de; DKG-Bestandsaufnahme 2025 (Pressemitteilung 09.01.2026); aok.de (Krankenhausfinanzierung, KHAG); tk.de; bundestag.de; bundesgesundheitsministerium.de.