

strukt des Vertrags mit Schutzwirkung für Dritte in das Leistungserbringerrecht spiegeln sollen.

2. Ein subjektiv-öffentliches Recht zu Gunsten der KVen auf Ersatz eines „sonstigen Schadens“ gegen Leistungserbringer, das sich de lege lata mit dem verfassungsrechtlich verbürgten rechtsstaatlichen Vorbehalt des Gesetzes oder mit den einfachen Gesetzesvorbehalten des Sozialrechts vereinbaren ließe, ist nicht ersichtlich.

3. Die gemeinsamen Prüfstellen der Länder sind spätestens seit dem 1.1.2017 weder zuständig noch ist eine Ermächtigungsgrundlage ersichtlich, wonach per belastendem Verwaltungsakt die Festsetzung eines „sonstigen Schadens“ gegen Leistungserbringer erfolgen könnte.

4. Pflichtverletzungen der Leistungserbringer außerhalb der speziell geregelten Bereiche (Wirtschaftlichkeit, sachlich-rechnerische Richtigstellung, Arzneimittelrepress, Patientenschädigung auf Basis vorwerfbarer Pflichtverletzung) werden im Rahmen des „sonstigen Schadens“ seitens der Rechtsprechung ungeachtet jeglicher Detailabwägungen zur Teleologie der jeweils verletzten Vorschrift einheitlich behandelt. Dies ist weder mit erforderlichen Gleichheitserwägungen noch mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit oder dem Willen des Gesetzgebers vereinbar.

5. Das Konstrukt des „sonstigen Schadens“ ist innerhalb der §§ 69 ff. SGB V systemfremd und verstößt gegen Verfassungs- und einfaches Recht. Exekutive und Judikative sind dringend aufgerufen, hiervon keinen Gebrauch mehr zu machen.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

<https://doi.org/10.1007/s00350-022-6376-6>

Klimaschutz und Klimaanpassung in der akut-stationären Gesundheitsversorgung

Nadja Kaeding

Klimaschutz- und Klimaanpassung stehen in engem Zusammenhang mit dem Schutz der menschlichen Gesundheit und der Sicherung einer allgemein zugänglichen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung. Hierauf gerichtete Maßnahmen von Krankenhäusern sind schon heute Teil der akut-stationären Versorgung. Gesetzgeber und G-BA sind aufgefordert, diesen Umstand beim Setzen der rechtlichen Rahmenbedingungen anzuerkennen.

I. Einleitung

Die akut-stationären Leistungen der Krankenhäuser sind ein zentraler Baustein für eine allgemein zugängliche medizinische Versorgung. Krankenhäuser werden deshalb als nachhaltig im Sinne des UN-Nachhaltigkeitsziels „Gesundheit und Wohlergehen“ bewertet¹. Dabei wirkt der Krankenhausbetrieb durch Schadstoff- und Treibhausgasemissionen diesem und anderen Nachhaltigkeitszielen entgegen. An den vom Gesundheitssektor verursachten rund 5,2% der nationalen und etwa 4,4% der weltweiten Treibhausgasemissionen² hat der akut-stationäre Bereich einen erheblichen Anteil, wie die bekannten Zahlen zeigen: In Deutschland gab es 2020 rund 487.800 Krankenhausbetten³. Der durchschnittliche jährliche Energieverbrauch pro Krankenhausbett entspricht dem zwei moderner Einfamilienhäuser⁴. Die durchschnittliche Abfallmenge pro Krankenhausbett betrug im Jahr 2019 ca. 1,4 t; davon sind 90% hausmüllähnlicher Natur.

Außerdem verursachen die üblicherweise in Krankenhäusern verwendeten Anästhesiegase je Liter Emissionen von ca. 3,7 t CO₂-Äquivalenten⁵. Krankenhausabwässer enthalten Rückstände von Arznei- und Kontrastmitteln und finden üblicherweise Eingang in die allgemeine Kanalisation, wo diese Rückstände nur teilweise entfernt werden können⁶. Krankenhäuser sind Anziehungspunkte für andere Schadstoffemittenten, insbesondere den motorisierten Individualverkehr oder den Liefer- und Transportverkehr. Damit sind ebenfalls nur die bekannten Aspekte angesprochen.

Trinkwassermangel, Hitze, Extremwetterereignisse gefährden sowohl die Versorgungsinfrastruktur im Allgemeinen als auch eine allgemein zugängliche akut-stationäre Versorgung im Speziellen. Die Auswirkungen des Klima-

Priv.-Doz. Dr. iur. Nadja Kaeding,
Freie Universität Berlin, Fachbereich Rechtswissenschaft,
Van't-Hoff-Straße 8, 14195 Berlin, Deutschland

1) Hierauf weisen *Maier/Sidki*, das Krankenhaus 2022, 186 hin.
2) Deutsches Krankenhaus Institut, Klimaschutz in deutschen Krankenhäusern: Status quo, Maßnahmen und Investitionskosten. Auswertung klima- und energierelevanter Daten deutscher Krankenhäuser, 2022, S. 15.
3) Stat. Bundesamt, Grunddaten Krankenhäuser 2020. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611207005.html> (zuletzt abgerufen am 19.12.2022).
4) Erneuerbare Energien und Energieeffizienz in deutschen Kliniken, *klinergie* 2020, S. 5.
5) KLUG e. V., Klimagerechte Gesundheitseinrichtungen, Rahmenwerk Version 1.0, S. 28.
6) Nur wenige Krankenhäuser verfügen über eine Kläranlage, s. z. B. Bayern: Schriftliche Anfrage BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, 26.1.2020, BayLT-Dr. 18/6802, S. 3, 5.

wandels und der Umweltzerstörung auf die menschliche Gesundheit sind durch verschiedene Untersuchungen belegt⁷. Das zeigt, dass dem Verständnis von Gesundheit auch eine umweltbezogene Dimension beizumessen ist⁸.

Ohne Klimaschutz – und das schließt im Weiteren den Schutz der Umwelt begrifflich mit ein – und Klimaanpassung kann der Schutz der menschlichen Gesundheit und die Sicherung der akut-stationären Versorgung in der Zukunft nicht gelingen.

Der Betrieb von Krankenhäusern bietet zahlreiche Ansätze für einen spürbaren Beitrag zum Klimaschutz. Um die akut-stationäre Versorgung in diesem Sinne auszurichten, braucht es wirksame Steuerungsmechanismen, die diese Ansätze aufgreifen.

II. Anreize für Klimaschutz- und -anpassungsmaßnahmen

Krankenhäuser sind Unternehmen. Zu den wichtigsten Anreizen für einen nachhaltigen Krankenhausbetrieb gehört deshalb die Einsparung von Kosten. Pro Krankenhausbett wurden im Jahr 2019 ca. 10.079 kWh Strom verbraucht und Kosten für Fremdstrom von durchschnittlich 1.829 Euro verursacht⁹. Initiativen wie KliKgreen haben gezeigt, wie sich mit nicht- oder geringinvestiven Maßnahmen die Umweltbilanz von Krankenhäusern maßgeblich verbessern lässt¹⁰. Krankenhäuser, die von 2014–2016 an der Initiative teilnahmen, sparten in dieser Zeit 9 Mio. Euro Betriebskosten ein und konnten ihre Emissionen um mehr als 34.000 t CO₂-Äquivalente senken¹¹.

Auch Abfallvermeidung und Kreislaufwirtschaft tragen zur Kostenentlastung bei. Derzeit werden in einem maximalversorgenden Krankenhaus ca. 800 Euro je Krankenhausbett und Jahr für die Abfallentsorgung aufgewendet¹². Einsparungen an dieser Stelle verlangen jedoch Eingriffe in den Betriebsablauf. So genügt es beispielsweise nicht, den Einkauf von Einweg- auf Mehrwegprodukte umzustellen¹³; es müssen auch die damit verbundenen weiteren Prozesse im Krankenhausbetrieb, z. B. für die notwendige Sortierung, Reinigung und Sterilisation der Geräte angepasst werden. Das setzt nicht nur technische und räumliche Kapazitäten voraus, sondern auch eine ausreichende Anzahl von Mitarbeitern, die über die nötigen Kenntnisse verfügen, um diese Prozesse zu begleiten, umzusetzen und zu kontrollieren¹⁴.

III. Gesetzliche Vorgaben zum Umwelt- und Klimaschutz

Wenn betriebswirtschaftliche Anreize nicht ausreichen oder fehlen, stellt sich die Frage, ob und inwieweit Krankenhäuser gesetzlich zu nachhaltigem Wirtschaften verpflichtet sind.

Umweltschutz ist nach Art. 37 GRCh ein Unionsziel¹⁵ und als Staatsziel in Art. 20a GG verfassungsrechtlich verankert. Das verpflichtet den Gesetzgeber zum Schutz von Leben und Gesundheit, insbesondere durch Bekämpfung des Klimawandels¹⁶.

Seit 1997 traten in den Bundesländern nach und nach Gesetze zum Schutz des Klimas in Kraft¹⁷. Das Klimaschutzgesetz des Bundes wurde 2019 verabschiedet. Es setzt die völkerrechtlichen Verpflichtungen und europäischen Vorgaben zum Klimaschutz um¹⁸ und gibt den bisherigen Klimaplänen der Bundesregierung einen verbindlichen gesetzlichen Rahmen¹⁹. Der Bund ist durch das Gesetz zur Verringerung von Treibhausgasen in definierten Sektoren verpflichtet, die sich aus einem internationalen und europäischen Berichtsstandard ergeben²⁰. Nach dem richtungswisenden Klimaschutz-Urteil des BVerfG²¹ wurde das Klimaschutzgesetz angepasst und nachgebessert²².

Das Klimaschutzgesetz ist ein Rahmen- und Organisationsgesetz²³. Es schreibt Reduktionsziele, Emissionsmengen, Verantwortlichkeiten und Handlungsvorgaben fest²⁴. Es enthält jedoch keine operationalen Regelungen: Weder statuiert es konkrete Pflichten²⁵ noch bestimmt es Instrumente zur Treibhausgasreduzierung²⁶. Das obliegt den jeweils verantwortlichen Bundesministerien²⁷. In diesem Sinne verpflichtet das Gesetz in erster Linie die Bundesverwaltung²⁸ und konkretisiert durch das Berücksichtigungsgebot in § 13 KSG den Vollzug der Bundesgesetze durch die Länder, Art. 83 GG²⁹. Die Verpflichtung der öffentlichen Verwaltung zu Klimaneutralität³⁰ gilt daher auch für die Behörden der Länder und Kommunen, wenn und soweit sie Bundesrecht ausführen und das materielle Bundesrecht auslegungsbedürftige Rechtsbegriffe verwendet oder Planungs-, Beurteilungs- oder Ermessensspielräume eröffnet³¹. Das Berücksichtigungsgebot adressiert auch die anderen Träger öffentlicher Aufgaben, wie Sozialversicherungsträger oder die Kammern bestimmter Berufsgruppen, und es verpflichtet Unternehmen der öffentlichen Hand, auch wenn diese privatrechtlich organisiert sind³².

7) S. u. a. die Ausführungen bei: *Kendrovski/Schmoll*, BGesBl. 2019, 537 ff.

8) HCWH, *Global Green and Healthy Hospitals. A Comprehensive Environmental Health Agenda for Hospitals and Health Systems Around the World*, S. 2.

9) Deutsches Krankenhaus Institut, *Klimaschutz in deutschen Krankenhäusern: Status quo, Maßnahmen und Investitionskosten. Auswertung klima- und energierelevanter Daten deutscher Krankenhäuser*, 2022, S. 54.

10) KliKgreen Leitfaden, S. 5, abrufbar unter https://www.klik-krankenhaus.de/fileadmin/user_upload/Leitfaden/KLIK_Leitfaden.pdf (zuletzt abgerufen am 19.12.2022), Bericht in: *das Krankenhaus* 2022, 370.

11) *The Lancet Countdown on Health and Climate Change. Policy Brief für Deutschland*. November 2019, S. 5.

12) *Abfallmanager-Medizin*: <https://www.abfallmanager-medizin.de/zahl-des-monats/die-jaehrlichen-abfallkosten-pro-krankenhausbett-belaufen-sich-auf-800-e/> (zuletzt abgerufen am 19.12.2022).

13) S. den Bericht über das Projekt Carus Green: <https://www.management-krankenhaus.de/news/alles-muell-oder-was> (zuletzt abgerufen am 19.12.2022).

14) Bericht über das Projekt Carus Green: <https://www.management-krankenhaus.de/news/alles-muell-oder-was>; Interview von *Abfallmanager-Medizin* mit Markus Gleis, UBA: <https://www.abfallmanager-medizin.de/interviews/entsorgung-medizinischer-abfaelle-interview-mit-markus-gleis-vom-umwelt-bundesamt/> (jeweils zuletzt abgerufen am 19.12.2022).

15) *Calliess*, in: *Calliess/Ruffert*, 6. Aufl. 2022, EU-GRCharta Art. 37, Rdnr. 9.

16) BVerfG, BeckRS 2021, 8946, LS I.

17) Zuerst: Hamburgisches Gesetz zum Schutz des Klimas durch Energieeinsparung (Hamburgisches Klimaschutzgesetz – Hmb-KliSchG) v. 25.6.1997, HmbGVBl. S. 261.

18) Begr. KSG, BT-Dr. 19/14337, S. 19, 20; Begr. BT-Dr. 19/14948, S. 9.

19) Begr. KSG, BT-Dr. 19/14337, S. 18, 26.

20) Begr. KSG, BT-Dr. 19/14337, S. 14, 18, 28.

21) BVerfG, BeckRS 2021, 8946.

22) Begr. KSGÄndG, BT-Dr. 19/30230, S. 1.

23) *Köck/Kohlrausch*, ZUR 2021, 610, 612; *Kment*, NvWZ 2020, 1537, 1538.

24) *Köck/Kohlrausch*, ZUR 2021, 610, 612.

25) Begr. KSG, BT-Dr. 19/14337, S. 24/25, Begr. BT-Dr. 19/14948, S. 10.

26) *Köck/Kohlrausch*, ZUR 2021, 610, 612; *Kunstmann/Lohse/Lohse*, BayVBl. 2022, 289, 292.

27) *Wickel*, ZUR 2021, 332, 336.

28) *Schink*, NuR 2021, 1, 2.

29) *Wickel*, ZUR 2021, 332, 336.

30) Begr. KSG, BT-Dr. 19/14337, S. 24; *Köck/Kohlrausch*, ZUR 2021, 610, 614.

31) Begr. KSG, BT-Dr. 19/14337, S. 36; *Klinski/Scharlau/von Swieykowski-Trzaska/Keimeyer/Sina*, NvWZ 2020, 1, 5; *Wickel*, ZUR 2021, 332, 337.

32) *Wickel*, ZUR 2021, 332, 337.

Entscheidend ist, dass die öffentliche Hand durch ihre Beteiligung maßgebenden Einfluss auf das privatrechtlich organisierte Unternehmen ausüben kann³³. Das betrifft auch Krankenhäuser³⁴; 2019 befand sich knapp die Hälfte aller Krankenhausbetten in Deutschland in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft³⁵. Rein privatwirtschaftliche Unternehmen verpflichtet das Klimaschutzgesetz hingegen nicht³⁶, also auch nicht privat oder frei-gemeinnützig getragene Krankenhäuser³⁷.

Allerdings wirken sich die Klimaschutzgesetze auf den Krankenhausbetrieb nicht unmittelbar aus. Grund hierfür ist zum einen die fehlende Vollziehbarkeit der Gesetze auf Bundes- und Landesebene³⁸. Die Gesetze geben der öffentlichen Verwaltung auf, bestimmte Aufgaben zu erfüllen, Maßnahmen zu ergreifen oder fördern die Allgemeinheit auf, zum Erreichen der Klimaziele beizutragen³⁹. Überwiegend sollen die gesetzlichen Ziele durch Klimaschutzprogramme oder -pläne erreicht werden⁴⁰. Zum anderen verpflichtet das Klimaschutzgesetz die Länder nicht zum Erlass oder zur Änderung von Gesetzen⁴¹; neue Aufgaben werden den Ländern durch das Klimaschutzgesetz nicht übertragen⁴². Die Regelung zur Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern, § 14 KSG, lässt die Klimaschutzgesetze der Länder bestehen und steht neuen nicht entgegen⁴³. Krankenhausspezifische Regelungen zum Umwelt- und Klimaschutz wurden aufgrund der geltenden Klimaschutzgesetze bisher – soweit ersichtlich – nicht erlassen. Das ist auch nachvollziehbar: Das Gesundheitswesen ist kein Sektor im Sinne der internationalen Berichtsstandards. Die fachgesetzlichen Energie- und Umweltschutzvorschriften, beispielsweise das Gebäudeenergiegesetz, das Abfallgesetz, das Kreislaufwirtschafts- oder Bundesimmissionsschutzgesetz verpflichten auch Krankenhäuser zur Einsparung von Energie, zur Ausweitung des Einsatzes erneuerbarer Energien, verlangen Klimaanpassungsmaßnahmen oder die Vermeidung und Verminderung schädlicher Umweltauswirkungen und geben konkrete Maßnahmen vor.

IV. Klimaschutz in der Krankenhausfinanzierung

Die Umsetzung der fachgesetzlichen Anforderungen verursacht Kosten. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Bundeslandes aufgenommen sind, werden dual finanziert, § 4 KHG: Die Investitionskosten für Anlagen und Gebäude, § 2 Nr. 2 KHG, tragen die Länder; die übrigen Kosten sind durch Pflegesätze, § 2 Nr. 4 KHG, oder aus Einsparungen zu erwirtschaften.

1. Investitionskostenförderung

Die Umsetzung der Investitionskostenförderung der Krankenhäuser ist Sache der Bundesländer, § 11 KHG⁴⁴. Den gesetzlichen Rahmen bestimmen die §§ 8 ff. KHG. Die Krankenhausförderung ist grundsätzlich eine Vollförderung⁴⁵.

Alle Plankrankenhäuser haben den Rechtsstatus als förderfähiges und zu förderndes Krankenhaus⁴⁶. Die Fördermittel sind nach § 9 Abs. 5 KHG „... so zu bemessen, dass sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten decken“. Die Investitionskostenförderung der Länder hat im Sinne des § 1 KHG eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte akut-stationäre Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen⁴⁷. Das bestimmt die Notwendigkeit von Investitionen⁴⁸ und damit auch den Umfang der Förderung. § 9 Abs. 5 KHG verweist außerdem auf den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit,⁴⁹ d. h., „... dass der Staat mit einem bestimmten Mitteleinsatz das bestmögliche Ergebnis erzielt (Maximalprinzip) oder ein bestimmtes Ergebnis mit dem geringstmöglichen Mitteleinsatz erreicht (Minimalprinzip)“⁵⁰. Die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser darf nicht infrage

gestellt werden⁵¹. Investitionskosten müssen darum aber nicht vollständig aus öffentlichen Mitteln gedeckt werden, die Krankenhausträger sollen vielmehr in die Lage versetzt werden, eine Kostendeckung herbeizuführen⁵².

Weil die energie-, umwelt- und abfallrechtlichen Vorschriften für Bauvorhaben⁵³ auch für Krankenhäuser gelten, gehören sie zu den von den Ländern zu fördernden notwendigen Investitionen⁵⁴. Dass die Regelungen nicht primär der Gesundheitsversorgung dienen, ist dabei unerheblich.

Notwendige investive Klimaanpassungsmaßnahmen in Krankenhäusern, zum Beispiel zum Hitzeschutz oder zur Sicherung der Trinkwasserversorgung werden sich – unabhängig von fachgesetzlichen Regelungen – künftig auch daraus ergeben können, dass anderenfalls am Standort des Krankenhauses eine akut-stationäre Versorgung nicht (mehr) gewährleistet wäre. Maßnahmen für den Klimaschutz jedoch, die darüber hinausgehen, z. B. die aufwendige Sanierung eines Bestandsgebäudes anstelle eines kostengünstigeren Neubaus, stellen keine notwendigen Investitionen im Sinne des § 9 Abs. 5 KHG dar, weil diese Kosten zum Erreichen des Ziels in § 1 Abs. 1 KHG nicht erforderlich sind. Solange in den Grundsätzen der Krankenhausfinanzierung keine Berücksichtigung von Klimaschutzaspekten unter Vorgabe konkreter Emissionsreduktionen vorgesehen ist, kann auch von den Ländern keine Umsetzung verlangt werden⁵⁵.

Die Klimaschutzgesetze des Bundes und der Länder begründen mangels konkreter Vorgaben keine notwendigen Investitionen. Fraglich ist, ob sie in anderer Weise den Umfang der Krankenhausförderung beeinflussen.

Da die Investitionskostenförderung eine Aufgabe der Länder ist, unterliegt sie auch deren Haushaltsrecht, für das ebenfalls der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gilt. Das eröffnet einen Interpretations- und Handlungsspielraum⁵⁶ – Voraussetzung für die Berücksichtigung der Klimaschutzgesetzgebung⁵⁷. In den haushaltsrechtlichen Verwaltungsvorschriften der Bundesländer Bayern

33) *Schink*, NuR 2022, 1.

34) Begr. KSG, BT-Dr. 19/14337, S. 36.

35) Stat. Bundesamt, Grunddaten Krankenhäuser 2020. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611207005.html> (zuletzt abgerufen am 19. 12. 2022).

36) Begr. KSG, BT-Dr. 19/14337, S. 26.

37) *Schink*, NuR 2021, 1, 2; *Wickel*, ZUR 2021, 332, 337.

38) *Kohlrausch*, ZUR 2020, 262, 263.

39) *Kohlrausch*, ZUR 2020, 262, 263.

40) *Kohlrausch*, ZUR 2020, 262, 264.

41) *Wickel*, ZUR 2021, 332, 337.

42) Begr. KSG, BT-Dr. 19/14337, S. 36.

43) *Kohlrausch*, ZUR 2020, 262, 263; *Wickel*, ZUR 2021, 332, 337; *Kunstmann/Lohse/Lohse*, BayVBl. 2022, 289, 292.

44) BVerwG, BeckRS 2012, 60253, Rdnr. 19.

45) *Clemens*, in: *Quaas/Zuck/Clemens*, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 26, Rdnr. 74.

46) *Clemens*, in: *Quaas/Zuck/Clemens*, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 26, Rdnr. 140.

47) *S. Dietz/Bofinger*, PdK Bay H-10, Erl. 5.6.2.

48) *Dietz/Bofinger*, PdK Bu H-10, KHG § 1 Erl. 1.

49) *Clemens*, in: *Quaas/Zuck/Clemens*, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 26, Rdnr. 76.

50) *Lewinski/Burkat*, in: *Nomos-BR/von Lewinski/Burkat*, Haush-GrG, 1. Aufl. 2013, HGrG § 6, Rdnr. 4.

51) BVerwG, BeckRS 2015, 50322, Rdnr. 5.

52) BVerwG, BeckRS 2015, 50322, Rdnr. 5.

53) S. dazu *Haltenberg/Nusser*, EnWZ 2013, 343.

54) *Dietz/Bofinger*, PdK Bund KHG § 9 Erl. II. 2.

55) BVerfG, BeckRS 2022, 795, Rdnrn. 14, 16, 17.

56) *Clemens*, in: *Quaas/Zuck/Clemens*, 4. Aufl. 2018, § 26, Rdnr. 76.

57) Begr. KSG, BT-Dr. 19/14337, S. 36.

und Sachsen heißt es beispielsweise, dass der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit nicht allein nach betriebswirtschaftlichen Kriterien auszulegen ist. Ausdrücklich wird auch die Berücksichtigung volkswirtschaftlicher Belange z. B. des Naturschutzes verlangt⁵⁸. Das Erreichen der gesetzlich festgelegten Klimaziele wird man ebenfalls zu den zu berücksichtigenden volkswirtschaftlichen Belangen zählen müssen. Haushaltsrechtliche Verwaltungsvorschriften können aber die gesetzlichen Vorgaben nur ausfüllen und sich nicht darüber hinwegsetzen.

Anreize für mehr Klimaschutz sollen deshalb Fonds bieten. Der 2021 durch Gesetz errichtete Sächsische Klimafonds soll beispielsweise auch Investitionen ermöglichen, die über gesetzliche Anforderungen hinausgehen, § 2 Abs. 1 Nr. 4 SächsKlimaFG. Nachhaltigkeitsmaßnahmen von Krankenhäusern außerhalb der gesetzlichen Krankenhausfinanzierung sind ebenfalls erfasst⁵⁹. Für das Bundesland NRW wurde jüngst die Einrichtung eines Krankenhaus-Klimafonds empfohlen⁶⁰. In gleicher Weise hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft einen bundesweiten Krankenhaus-Klimafonds zur energetischen Sanierung der Krankenhäuser in Deutschland gefordert⁶¹. Die Laufzeit von Fonds ist jedoch zeitlich befristet, und ihre finanzielle Ausstattung ist begrenzt. Sie können einen Anstoß bewirken, sichern aber nicht dauerhaft einen am Klimaschutz ausgerichteten Krankenhausbetrieb.

2. Pflegesätze

Zahlreiche Maßnahmen zur Verbesserung von Nachhaltigkeit im Krankenhaus sind – wie die Initiative KliKgreen gezeigt hat – nicht an Investitionen in Gebäude und Anlagen gebunden. Die Ausrichtung des Krankenhausbetriebs an Nachhaltigkeitszielen, z. B. durch Schulungen der Mitarbeiter zu umweltbewusstem Verhalten, die Einführung von (zertifizierten) Umweltmanagementsystemen, die Anpassung der Einkaufspolitik und die damit einhergehende Umstellung interner Prozesse begründen zusätzliche Kosten, die über Pflegesätze oder durch Einsparungen zu decken sind⁶².

Krankenhäuser können die Höhe der von ihnen abzurechnenden Pflegesätze nicht frei kalkulieren. Die stationären Leistungen werden auf der Basis eines Fallpauschalensystems vergütet, § 17b KHG, dessen Einzelheiten im Krankenhausentgeltgesetz geregelt sind, § 1 Abs. 1 KHEntgG. Die Vergütung von Krankenhausleistungen setzt sich aus verschiedenen Elementen zusammen, § 3 KHEntgG, die u. a. Gegenstand von Verhandlungen zwischen dem jeweiligen Krankenträger und den Sozialversicherungsträgern oder deren Arbeitsgemeinschaften sind, § 11 Abs. 1 KHEntgG, § 18 Abs. 2 KHG. Die Regelungen der §§ 4ff. KHEntgG geben detailliert vor, wie Leistungsmengen zu bestimmen und Erlöse festzulegen sind.

Für die Bemessung der Pflegesätze gilt außerdem der Grundsatz der Beitragsstabilität, § 17 Abs. 1 S. 3 KHG. Dieser sozialversicherungsrechtliche Grundsatz konkretisiert den betriebswirtschaftlich ausgerichteten⁶³ allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgrundsatz weiter und wirkt insoweit verdrängend⁶⁴. Er ist nicht vom einzelnen Krankenhaus, sondern von den Vertragsparteien auf Landesebene, § 10 Abs. 1 KHEntgG, § 18 Abs. 1 S. 2 KHG zu beachten⁶⁵. Der Grundsatz sichert die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung, die das BVerfG als überragend wichtiges Gemeinschaftsgut bezeichnet hat⁶⁶.

Die Vergütung einzelner Behandlungsleistungen aufgrund bestimmter Diagnosen nach betriebswirtschaftlich bemessenen Fallpauschalen sieht nach aktuellem Stand erhöhte Behandlungskosten durch Maßnahmen zum Klimaschutz nicht vor, auch wenn diese dem Patienten dienen, wie z. B. eine schadstoff- und allergenarme Innenausstattung. Die erhöhten Ausgaben können auch nicht durch Zu-

zahlungen von Patienten kompensiert werden; diese sind durch § 61 SGB V der Höhe nach beschränkt.

V. Lösungsansätze

Die bestehenden Rahmenbedingungen berücksichtigen den Zusammenhang von Klima- und Gesundheitsschutz, Gesundheitsversorgung, Klimaanpassung nicht. Um diesen mittlerweile auch wissenschaftlich belegten Zusammenhängen politisch die gebotene Bedeutung zu verleihen, sollten Klimaschutzmaßnahmen nicht nur als Beitrag zur Gesundheitsprävention, sondern auch zur Sicherung der Gesundheitsversorgung in der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie, die auf den UN-Nachhaltigkeitszielen aufbaut⁶⁷, benannt werden. Dann erschöpfte sich der Beitrag der Krankenhäuser zum Erreichen des Nachhaltigkeitsziels „Gesundheit und Wohlergehen“ nicht in der bloßen Leistungserbringung. Vielmehr wäre ein an Klimaschutz und -anpassung ausgerichteter Krankenhausbetrieb gefordert.

1. Erweiterung gesetzlicher Regelungen

Weil Krankenhäuser Unternehmen sind, wird vor allem die Krankenhausfinanzierung als Anreizinstrument für Klimaschutz in der akut-stationären Gesundheitsversorgung diskutiert⁶⁸. In diesem Sinne wurde gefordert, § 12 SGB V, der das Wirtschaftlichkeitsgebot als Grundprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung verankert⁶⁹, um einen Nachhaltigkeitsaspekt zu ergänzen⁷⁰. Bei Therapien mit gleichwertigem Nutzen für den Patienten sollte dann die ressourcenschonendere Alternative zu bevorzugen sein⁷¹.

Ob eine solche Anpassung allein zum erwünschten Ziel führt, erscheint angesichts der spezialgesetzlichen Regelungen zur Krankenhausfinanzierung fraglich. Abgesehen davon ist die einschränkende Funktion des § 12 SGB V zu

58) S. jeweils Zf. 2.1 VV-BayHO zu Art. 7 BayHO und VV zu § 7 SächsHO; andere VV der Länder zu den Haushaltsordnungen sehen die Beachtung volkswirtschaftlicher Belange teilweise nur für bestimmte Bewertungsmethoden vor, s. Anlage 1 Nr. 5 der VV zu § 7 LHO Hamburg.

59) Nach Maßgabe der Erklärung der Abgeordneten *Schubert* zu Protokoll soll die Verwendung der Mittel des Fonds gerade hierzu Anreiz bieten, s. Sächsischer Landtag, Plenarprotokoll 7/30, S. 2222.

60) Institute for Health Care Business GmbH, Das klimaneutrale Krankenhaus. Finanzierungsmöglichkeiten von Umsetzungsmaßnahmen. Gutachten im Auftrag der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. (KGNW) v. 28. 3. 2022, S. 22.

61) Deutsches Krankenhaus Institut, Klimaschutz in deutschen Krankenhäusern: Status quo, Maßnahmen und Investitionskosten. Auswertung klima- und energierelevanter Daten deutscher Krankenhäuser, 2022, S. 147.

62) *Prütting*, in: *Huster/Kaltenborn*, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2017, § 5 Krankenhausfinanzierung, Rdnr. 58.

63) S. die Ausführungen von *Dettling*, in: BeckOK KHR, 1. Ed. 1. 5. 2022, KHG § 1, Rdnrn. 342ff.

64) *Prütting*, in: *Huster/Kaltenborn*, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2017, § 5 Krankenhausfinanzierung, Rdnr. 55.

65) *Dietz/Bofinger*, PdK H10c, § 10 KHEntgG, Erl. 5.

66) BVerfGE 114, 196, 248.

67) BReg., Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie. Weiterentwicklung 2021, S. 151.

68) S. KLUG e. V., Klimagerechte Gesundheitseinrichtungen, Rahmenwerk Version 1.0, S. 54/55.

69) *Scholz* in: *Becker/Kingreen*, SGB V, 8. Aufl. 2022, SGB V § 12, Rdnr. 1.

70) *Lehmann*, Tagesspiegel Background v. 26. 10. 2021, <https://background.tagesspiegel.de/gesundheit/klimaneutralitaet-im-gesundheitssektor> (zuletzt abgerufen am 19. 12. 2022).

71) *Lehmann*, Tagesspiegel Background v. 26. 10. 2021, <https://background.tagesspiegel.de/gesundheit/klimaneutralitaet-im-gesundheitssektor> (zuletzt abgerufen am 19. 12. 2022).

beachten: Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung trägt maßgeblich zur finanziellen Stabilität des öffentlichen Gesundheitssystems bei, vgl. § 1 Abs. 1 SGB V. Ein Ziel, dass sich auch in § 1 Abs. 1 KHG widerspiegelt⁷². Der Aufrechterhaltung und Sicherstellung eines solchen Systems wird nicht nur in Deutschland Verfassungsrang beigemessen⁷³. Auch Art. 35 GRCh gewährt ein Grundrecht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung. Klimaschutz kann und darf daher generell nicht in Widerstreit zur Stabilität einer allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung diskutiert werden.

Einen anderen Weg verfolgt der Vorschlag, einen nachhaltigen Krankenhausbetrieb durch Verankerung des Klimaschutzes im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)⁷⁴ zu sichern. Dafür spricht, dass ein nachhaltiger Krankenhausbetrieb nicht erst bei der Krankenhausfinanzierung, sondern schon bei der Krankenhausplanung Berücksichtigung finden sollte.

Die Erweiterung des Umfangs der notwendigen Investitionen im Sinne des § 9 Abs. 5 KHG um Klimaschutzmaßnahmen⁷⁵ genügt nicht, denn dann bliebe ein am Klimaschutz orientierter Krankenhausbetrieb auf investive Maßnahmen in Gebäude und Anlagen beschränkt. Die Kosten für betriebsinterne Maßnahmen verblieben ohne gesicherte Refinanzierungsmöglichkeit bei den Krankenhausträgern. Abgesehen davon bliebe die Krankenhausplanung unberührt.

2. Klimaschutz und -anpassung als Teil der Gesundheitsversorgung

Wenn sich Maßnahmen zum Klimaschutz und zur Klimaanpassung unmittelbar auf die menschliche Gesundheit insbesondere innerhalb des Krankenhauses und die Sicherheit der akut-stationären Versorgung auswirken, dann handelt es sich um mit der Leistungserbringung verbundene Maßnahmen, nicht anders wie die Beschaffung der für den Krankenhausbetrieb erforderlichen Medizinprodukte oder Ausstattungsgegenstände.

Das in § 1 Abs. 1 KHG formulierte Ziel: eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung durch leistungsfähige Krankenhäuser, wird in Zukunft nur erreicht werden können, wenn auch Klimaschutz- und -anpassungsmaßnahmen umgesetzt werden, wie z.B. die Entwicklung einer autarken Versorgungsinfrastruktur, insbesondere in Hinblick auf Lieferketten, Energie und Wasser oder Schutzmaßnahmen gegen Hitze im und um ein Krankenhausbauwerk. Initiativen zu Klimaschutz und -anpassung sind schon heute ein Merkmal der Leistungserbringung. Viele Krankenhäuser ergreifen bereits über die gesetzlichen Vorgaben hinaus Maßnahmen für den Klimaschutz und zur Klimaanpassung. Dabei handelt es sich nicht selten um ein für Patienten und Mitarbeiter spürbares Leistungsmerkmal, wie beispielsweise angrenzende Parkflächen nach Entsiegelung oder wirksamer Wärmeschutz an Hitzetagen durch Begrünung. Als logische Folge prägt die Umsetzung dieser Maßnahmen die in der Öffentlichkeit wahrgenommene Qualität der Krankenhausversorgung.

a) Klimaschutz als Qualitätsmerkmal der Leistungserbringung

Krankenhäuser sind, wie alle Leistungserbringer in der GKV, nach § 135a Abs. 1 Nr. 1 SGB V, selbst für die Überprüfung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verantwortlich⁷⁶. Sie müssen ihre Leistungen in einem fortlaufenden dynamischen Prozess an die sich verändernden qualitativen Anforderungen anpassen⁷⁷. Sie sind darüber hinaus zur Qualitätssicherung verpflichtet. Der Begriff „Qualität“ ist nicht gesetzlich definiert. Allgemein wird wie im Gesetz, § 136 Abs. 1 S. 1

Nr. 2 SGB V, zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden⁷⁸. Es werden sowohl objektive als auch subjektive Kriterien darunter gefasst⁷⁹. Während die Prozess- und Ergebnisqualität vor allem auf die Arbeits- und Behandlungsabläufe und deren Ergebnisse beim Patienten abzielen, betrifft die Strukturqualität die äußeren Bedingungen, unter denen die Leistungen erbracht werden⁸⁰, d. h. die bauliche, sachliche und personelle Ausstattung des Krankenhauses⁸¹. Soweit Maßnahmen zum Schutz des Klimas und zur Anpassung an die Folgen des Klimawandels, die sich auch auf die Aufenthaltsqualität oder Behandlungsabläufe auswirken, nicht schon als Teil der Prozess- und Ergebnisqualität verstanden werden, handelt es sich um Maßnahmen, die die bauliche oder sachliche Ausstattung des Krankenhauses und deshalb die Strukturqualität betreffen. Das gilt insbesondere für Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsinfrastruktur eines Krankenhauses.

b) Einbindung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Maßnahmen zu Klimaschutz und -anpassung dürfen nicht allein im Ermessen der Krankenhäuser stehen und damit abhängig sein von der finanziellen Leistungskraft des jeweiligen Einrichtungsträgers. Außerdem sollten auch diese Merkmale der Krankenhausleistung für Mitarbeiter und Patienten vergleichbar sein. Deshalb bedarf es der Festlegung von Mindestanforderungen für Klimaschutz und -anpassungsmaßnahmen der Krankenhäuser. Der wettbewerbliche Anreiz für die Umsetzung solcher Maßnahmen wird dadurch weiter verstärkt, was im Sinne des Gesetzgebers ist, denn Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenhäusern ist – anders als Preiswettbewerb – gewünscht⁸².

Zur Bestimmung der Qualitätsindikatoren und der Anforderungen zur Qualitätssicherung ist der G-BA aufgefordert. Ihm kommt nach § 92 Abs. 1 Nr. 13 SGB V die Aufgabe zu, Richtlinien zur Qualitätssicherung zu erlassen. § 136 SGB V weist dem G-BA die hierfür notwendigen Kompetenzen, aber auch die Verpflichtung zum Erlass der Richtlinien und Beschlüsse zu⁸³. Die Vorgaben an die Richtlinien des G-BA werden in den folgenden Normen weiter konkretisiert: § 136a SGB V enthält konkrete inhaltliche Vorgaben, § 136b SGB V spezielle Regelungsvorgaben für Krankenhäuser und § 136c SGB V ergänzt diese bereichsspezifischen Vorgaben um Qualitätsindikatoren, die bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigen sind.

72) Dazu sehr kritisch: *Detting*, in: BeckOK KHR, 1. Ed. 1.5.2022, KHG § 1, Rdnrn. 386, 387.

73) BVerfGE 114, 196, 248.

74) Institute for Health Care Business GmbH, Das klimaneutrale Krankenhaus. Finanzierungsmöglichkeiten von Umsetzungsmaßnahmen. Gutachten im Auftrag der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. (KGNW) v. 28.3.2022, S. 21.

75) Institute for Health Care Business GmbH, Das klimaneutrale Krankenhaus. Finanzierungsmöglichkeiten von Umsetzungsmaßnahmen. Gutachten im Auftrag der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. (KGNW) v. 28.3.2022, S. 6, 22.

76) *Becker*, in: *Becker/Kingreen*, SGB V, 8. Aufl. 2022, SGB V § 135a, Rdnr. 3.

77) *Vossen*, in: *Krauskopf*, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, 112. EL August 2021, SGB V, § 135a.

78) *Becker*, in: *Becker/Kingreen*, SGB V, 8. Aufl. 2022, SGB V § 135a, Rdnr. 5; Monopolkommission, 83. Sondergutachten, Rdnr. 16, 59; BKartA, Sektoruntersuchung Krankenhaus, Rdnr. 144.

79) Monopolkommission, 83. Sondergutachten, Rdnr. 57.

80) *Becker*, in: *Becker/Kingreen*, SGB V, 8. Aufl. 2022, SGB V § 113, Rdnr. 3; 83. Sondergutachten, Rdnrn. 16, 59.

81) BKartA, Sektoruntersuchung Krankenhaus, Rdnr. 140; *Becker*, in: *Becker/Kingreen*, SGB V, 8. Aufl. 2022, SGB V § 113, Rdnr. 3; Monopolkommission, 83. Sondergutachten, Rdnr. 16.

82) BKartA, Sektoruntersuchung Krankenhaus, Rdnr. 138; Monopolkommission, 83. Sondergutachten, Rdnrn. 16, 31.

83) *Becker*, in: *Becker/Kingreen*, SGB V, 8. Aufl. 2022, SGB V § 136, Rdnr. 4.

Auffällig ist, dass der Gesetzgeber den Zusammenhang von Klima- und Gesundheitsschutz als Vorgabe für Richtlinien des G-BA nicht aufgreift. Den Auswirkungen von Klimaschutz- und Klimaanpassungsmaßnahmen auf die Qualität der Leistungserbringung hat der Gesetzgeber offensichtlich (noch) nicht die gleiche Bedeutung beigemessen, wie den anderen besonders hervorgehobenen Bereichen, z. B. Hygienestandards oder Mindestmengen. Deshalb ist es gemäß § 136 SGB V Aufgabe des G-BA, Maßnahmen zum Klimaschutz und zur Klimaanpassung zum Gegenstand eigener Qualitätsrichtlinien zu machen⁸⁴. Nur auf diese Weise werden Klimaschutz und -anpassung als Qualitätsmerkmal für Gesundheitsschutz und gesicherte Gesundheitsversorgung sichtbar und verpflichtend. Sind Maßnahmen zu Klimaschutz und -anpassung Teil der Qualität der akut-stationären Versorgung, kann auch die Qualitätssicherung nicht wie bisher nur auf schwierige oder gefährliche medizinische Eingriffe beschränkt bleiben. Die Anforderungen für die Sicherung der Qualität spezieller Behandlungsleistungen sind zu ergänzen um Indikatoren für eine allgemeine Behandlungsqualität und deren Sicherung, in der Maßnahmen zum Klimaschutz und zur Klimaanpassung berücksichtigt sind.

Klimaschutz und -anpassung als Leistungsmerkmale der akut-stationären Versorgung sollten darüber hinaus, insbesondere soweit sie die langfristige Sicherung der akut-stationären Versorgung betreffen, Eingang in die planungsrelevanten Beschlüsse zur Qualitätssicherung nach § 136c SGB V finden. Insoweit ist auch der Gesetzgeber gefordert. In einem Zwischenschritt können entsprechende Qualitätssicherungsanforderungen auch in Beschlüssen zur Qualitätssicherung im Krankenhaus nach § 136b SGB V festgelegt werden. Sie ließen sich dann aufgrund von Qualitätsverträgen nach § 110a SGB V erproben. Langfristig aber müssen Klimaschutz und -anpassung fester Bestandteil der rechtlich geforderten allgemeinen Behandlungsqualität der Krankenhäuser werden. Nur so lässt sich eine allgemein zugängliche, qualitativ hochwertige akut-stationäre Gesundheitsversorgung auch für die Zukunft sicherstellen.

Nach der aktuellen Rechtslage ist die Einbindung des G-BA dafür unabdingbar. Erst durch die Richtlinien und Beschlüsse des G-BA werden allgemeine qualitative Anforderungen zu einer Verpflichtung, deren Nichteinhaltung insbesondere vergütungsrechtliche Konsequenzen hat, § 137 SGB V⁸⁵. Die generelle Verpflichtung des § 135a SGB V ist als Grundlage für Sanktionen zu unbestimmt⁸⁶. Die Beachtung der vom G-BA bestimmten Anforderungen an die Sicherung der strukturellen Behandlungsqualität im Sinne des § 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V, wirkt sich auch auf die Krankenhausfinanzierung aus, denn die Richtlinien des G-BA sind für die Leistungserbringer bindend. Die Kosten für diese Maßnahmen fließen in die Bestimmung der Höhe der Pflegesätze ein, § 5 Abs. 3c KHEntgG.

c) Qualitätsberichte

Durch Qualitätsberichte informieren die Krankenhäuser die Öffentlichkeit über die Leistungsdaten ihrer Einrichtung. Grundlage für den Aufbau dieser Berichte sind die vom G-BA gemäß § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V erlassenen „Regelungen über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser“⁸⁷. Es handelt sich in erster Linie um Strukturdaten, wie Anzahl des ärztlichen und nichtärztlichen Personals, Anzahl der Fachabteilungen, Behandlungsmengen etc.⁸⁸ Daraus lässt sich ersehen, ob und inwieweit Krankenhäuser in der Lage sind, die gesetzlich vorgegebenen Qualitätsanforderungen umzusetzen. Verpflichtende Angaben zu Maßnahmen des Krankenhauses zum Klimaschutz und zur Klimaanpassung als Teil des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsversorgung der Patienten in und durch Krankenhäuser sind darin nicht enthalten⁸⁹. Damit bleibt ein wichtiger Teil der vor allem strukturellen

Behandlungsqualität in Krankenhäusern für Patienten und potentielle Fachkräfte intransparent. Deshalb sollten zumindest kurzfristig und vorübergehend die relevanten Angaben zu Klimaschutz- und Klimaanpassungsmaßnahmen der berichtspflichtigen Krankenhäuser aufgrund der Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD)⁹⁰ in die Qualitätsberichte nach § 136b SGB V einbezogen werden.

VI. Zusammenfassung

Klimawandel und Umweltzerstörung gefährden nicht nur die menschliche Gesundheit, sondern auch eine allgemein zugängliche und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in der Zukunft. Krankenhäuser wirken daran mit. Nur ein an Klimaschutz und -anpassung ausgerichteter Krankenhausbetrieb kann ernsthaft zu den UN-Nachhaltigkeitszielen beitragen.

Solange jedoch die gesetzlichen Rahmenbedingungen den Zusammenhang von Klima- und Gesundheitsschutz, Klimaanpassung und Versorgungssicherheit ignorieren, begibt sich der Gesetzgeber der Möglichkeit, Initiativen der Krankenhäuser zum Klimaschutz gezielt auf solche Maßnahmen zu lenken, die zugleich zur Wahrung der in § 1 Abs. 1 KHG formulierten Ziele in der Zukunft erforderlich sind.

Die Zusammenhänge von Gesundheits- und Klimaschutz, Klimawandel und Gesundheitsversorgung müssen deshalb in die Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung in der akut-stationären Versorgung einfließen. Klimaschutz und Klimaanpassung erweisen sich schon heute als strukturelle Merkmale der Krankenhausversorgung. Um durch Qualitätswettbewerb und Refinanzierungsmöglichkeiten Anreize für die Krankenhausträger zu bieten, investive wie nicht investive Maßnahmen für den Klimaschutz zu ergreifen, sind Maßnahmen zum Klimaschutz und zur Klimaanpassung als Qualitätsmerkmale der Leistungserbringung anzuerkennen und vom Gesetzgeber wie vom G-BA in die Anforderungen an die Qualitätssicherung und die Krankenhausplanung mit einzubeziehen.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen,

84) Heberlein, in: BeckOK SozR., 65. Ed. 1.6.2022, SGB V § 136a Rdnr. 2.

85) Regelin, in: Spickhoff, Medizinrecht, 3. Aufl. 2018, SGB V § 136, Rdnr. 3, siehe Richtlinie des G-BA über eine Richtlinie zur Förderung der Qualität und zu Folgen der Nichteinhaltung sowie zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen des G-BA gemäß § 137 Abs. 1 SGB V (Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie/QFD-RL) i. d. F. v. 18. 4. 2019, abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1943/QFD-RL_2019-04-18_iK_2019-09-25.pdf (zuletzt abgerufen am 19.12.2022).

86) Vossen, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, 112. EL August 2021, SGB V § 135a, Rdnr. 3.

87) Abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2979/Qb-R_2022-10-05_iK-2022-11-10.pdf (zuletzt abgerufen am 19. 12. 2022).

88) Regelungen des G-BA gemäß § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) v. 10. 11. 2022.

89) Auch nicht als nicht-medizinische Maßnahmen, s. G-BA, Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R, Anhang 2 zu Anlage 1 Kap. A-6.

90) Richtlinie (EU) 2022/2464 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 14. 12. 2022 zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 537/2014 und der Richtlinien 2004/109/EG, 2006/43/EG und 2013/34/EU hinsichtlich der Nachhaltigkeitsberichterstattung von Unternehmen, ABl. L 322/15 v. 16. 12. 2022.

einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen

Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

§ 1631d BGB – Zehn Jahre gesetzliche Beschneidung des Kindeswohls

Roman Lammers

I. Einführung

Im Jahr 2012 urteilte das LG Köln, dass die Einwilligung der Eltern in eine medizinisch nicht indizierte Beschneidung der Vorhaut ihres Kleinkindes unwirksam und die Beschneidung durch den Arzt daher eine Körperverletzung sei¹. Die Reaktion des Gesetzgebers folgte mit der Schaffung des § 1631d BGB, der Knabenbeschneidungen (nunmehr ausdrücklich) weitgehend zuließ. Das Inkrafttreten des § 1631d BGB jährt sich zum zehnten Mal, was Anlass zu einer kritischen Diskussion bietet.

II. Knabenbeschneidung in Deutschland

Die Beschneidung männlicher Minderjähriger hat auch hierzulande Tradition, maßgeblich geprägt durch jüdisches und muslimisches Leben in Deutschland. Vereinzelt praktizieren aber auch Christen die Beschneidung². Die soziale Relevanz und Brisanz staatlicher Vorgaben zur Knabenbeschneidung folgt nicht nur aus der besonderen, durch den Holocaust bedingten historischen Verantwortung Deutschlands, sondern auch daraus, dass ein erheblicher Teil der Gesamtbevölkerung einer der beiden großen die Beschneidung praktizierenden Weltreligionen (dem Judentum und dem Islam) angehört. In Deutschland wuchs die Anzahl ambulanter Knabenbeschneidungen vor dem Inkrafttreten des § 1631d BGB, d. h. in den Jahren 2008 bis 2011, um 34 Prozent³.

III. Beschneidung als tatbestandliche Körperverletzung

Bis heute ist umstritten, ob ein ärztlicher Heileingriff den objektiven Straftatbestand der Körperverletzung nach § 223 Abs. 1 StGB erfüllt. Die Rechtsprechung fühlt sich durch die Intention des Arztes, heilen zu wollen, nicht daran gehindert, die ärztliche Maßnahme als tatbestandliche Körperverletzung zu qualifizieren, welche erst durch die Einwilligung des Patienten gerechtfertigt und damit straflos wird⁴. Vereinzelt Stimmen der Literatur wollen die Erfüllung des objektiven Tatbestands hingegen davon abhängig machen, ob der Heileingriff zum Erfolg führt (Erfolgstheorie)⁵ oder ob er nach den Regeln der medizinischen Kunst, d. h. *lege artis*, durchgeführt wird (Theorie des kunstgerechten Eingriffs)⁶. Für die religiöse bzw. kulturelle Beschneidung männlicher Minderjähriger ist dieser dogmatische Streit nur dann rele-

vant, wenn die Beschneidung einen medizinischen Nutzen hat. Ohne Frage kann die Beschneidung des männlichen Gliedes bei dem Auftreten spezifischer Beschwerden medizinisch indiziert sein. Ein Beispiel dafür ist die Phimose (Verengung der Vorhaut), welche aber häufig auch konservativ – durch die Verabreichung steroidhaltiger Salben – erfolgreich behandelt werden kann⁷. Ob abseits solch spezifischer Erkrankungen die Beschneidung einen – z. B. präventiven – medizinischen Nutzen hat, ist hingegen umstritten.

1. Vorteile der Beschneidung

Für Regionen mit einer hohen HIV-Infektionsgefahr empfiehlt die WHO die Beschneidung des männlichen Gliedes mit der Begründung, das HIV-Infektionsrisiko sei durch die nach der Beschneidung härtere und weniger leicht verletzbare Eichel verringert⁸. Basierend auf dieser Empfehlung fördert die WHO eine Kampagne zur freiwilligen Vorhautbeschneidung in Afrika, kritisiert durch den Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte, der einen Präventionseffekt nicht als erwiesen ansieht⁹. Nach einem WHO-Bericht aus dem Jahr 2007 haben beschnittene Männer zudem ein geringeres Risiko an Harnwegsinfektionen, Syphilis und Peniskrebs zu erkranken¹⁰. Auch

1) LG Köln, MedR 2012, 680.

2) BT-Dr. 17/11295, S. 6.

3) Faz.net v. 19.10.2013 (abrufbar unter: <https://www.faz.net/aktuell/politik/gesundheit-immer-mehr-jungen-im-vorschulalter-werden-beschnitten-12624967.html>, Datum des letzten Zugriffs: 18.12.2022).

4) RGSt 25, 375; BGH, NJW 1959, 811; BGH, NJW 2000, 885, 886.

5) Bockelmann, ZStW 39, 105, 149.

6) Schmidt, Der Arzt im Strafrecht, 1939, S. 71.

7) Dietz/Stehr, in: Reinhardt/Nicolai/Zimmer, Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter, 9. Aufl. 2014, S. 107.

8) So zuletzt in WHO, Preventing HIV Through Safe Voluntary Medical Male Circumcision For Adolescent Boys And Men In Generalized HIV Epidemics, S. 10 (abrufbar unter: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1296029/retrieve>, Datum des letzten Zugriffs: 18.12.2022).

9) aerzteblatt.de v. 4.5.2017, (abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/74511/Beschneidungskampagne-der-WHO-in-Afrika-unter-massiver-Kritik>, Datum des letzten Zugriffs: 18.12.2022).

10) WHO/UNAIDS, Male circumcision: global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability, S. 15 (abrufbar unter: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43749/9789241596169_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, Datum des letzten Zugriffs: 18.12.2022).