



Verfassungsrechtliche Parameter einer Krankenhausreform (Ambulantisierung)

Professor Dr. Martin Burgi, LMU München

**Vortrag am 08.11.2022 beim Symposium der Deutschen Gesellschaft für
Kassenarztrecht e.V., Berlin**



- Im Fokus: Ambulantisierung
 - Sachlich und zeitlich offenbar primäres Ziel
 - Zugleich ein zentrales Instrument zur Erreichung anderer Ziele
 - Überwindung von Versorgungsengpässen, Abmilderung von Personalproblemen auf allen Seiten, Schließung von Finanzierungslücken
 - Verbesserung von Qualität und Effizienz
- Vulgo: Wundertüte



- Betrachtungen eines Unpolitischen (und Unbeteiligten)
- Schwieriger Umgang mit verschiedenen, normativ noch nicht verfestigten Gegenständen
- Notwendigkeit der Beschränkung auf ausgewählte Parameter
- Gegenständliche Orientierung
 - Ampel-Koalitionsvertrag
 - Erste Stellungnahmen/Empfehlungen aus der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“, v.a. zur „Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens“ (September 2022)



Gliederung

- I. Ebenen und Akteure
- II. Konzept und Gegenstände
- III. Staatliche Versorgungsverantwortung im Mehrebenensystem
- IV. Beschränkte Reichweite der Gesetzgebungskompetenz des Bundes
- V. Grundrechte der Leistungserbringer
- VI. Schluss



I. Ebenen und Akteure

- Ebenen der Ambulantisierung
 - Ebene der Leistungserbringung: Umwandlung von bisher von Krankenhäusern stationär erbrachten Leistungen in ambulant erbrachte Leistungen durch die Krankenhäuser und/oder andere Leistungserbringer
 - Konsequenzen für die Ebene der Bedarfsplanung im vertragsärztlichen Bereich bzw. für die Krankenhausplanung sind unausweichlich und müssen m.E. von vornherein politisch wie verfassungsrechtlich mitbedacht werden



- Weitere unausweichliche Folgefragen (hier aber zeitlich ausgeklammert)
 - Folgen für die Reichweite der Selbstverwaltung
 - Folgen für die Organisation, die Maßstäbe und das Verfahren von Qualitätssicherung
 - Folgen für die Kompetenzen des GBA
 - Folgen für den Umgang mit Eigentümerstrukturen
(Stichwort: bisher unreguliert im Krankenhausbereich, teilweise reguliert bzw. Gegenstand weiterer Forderungen in Anbetracht von sog. investorenbetriebenen MVZ)
 - Etwaige Anpassungsnotwendigkeiten in den Landkreisordnungen und u.U. Gemeindeordnungen...



- Bekannte und neue Akteure
 - Krankenhäuser, Vertragsärzte, Gesetzliche Krankenkassen (jeweils mit Spitzenverbänden), Bund, Länder
 - Von vornherein bei einer grundlegend angelegten Reform m.E. Einbeziehung künftiger, teils existierender, teils (überwiegend seit längerem) konzeptionierter neuer Akteure
 - Kommunen
 - Regionale Gesundheits- bzw. Versorgungszentren...



- Intersektorale Gesundheitszentren etc.
(wie etwa beschrieben in „IGZ konkret“, Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, April 2020: Sicherung der regionalen Grundversorgung mit Schwerpunkt auf allgemeinmedizinischen, internistischen und weiteren konservativen Angeboten unter Einhaltung des Facharztstatus, u.U. erweiterbar auf weitere Leistungserbringer (v.a.: CHN; zuletzt ausführlich *Burgi/Igl*, Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von CHN in Deutschland, 2021), und auf Pflegedienstleistungen...



- Jedenfalls für die leistungserbringenden Akteure hat jede Reformentscheidung zugleich wirtschaftliche/unternehmerische Konsequenzen
 - entsprechende Anreizwirkungen müssen bedacht werden (Bsp.: Ein Krankenhaus wird in neue, bisher gar nicht bei ihm vorgehaltene Infrastruktur investieren, wenn ihm plötzlich neue, bislang im ambulanten Bereich verortete Leistungsmöglichkeiten eröffnet werden und umgekehrt)
 - Gefahr des Rosinenpickens



- Illustrativ (aber nicht ursächlich) für den status quo in Sachen Sektorentrennung: BSG, B. v. 26.04.2022 (B 1 KR 15/21/R)
 - Krankenhäuser dürfen wesentliche Leistungen ihres Versorgungsauftrags nicht auf Dritte auslagern (im Fall Überweisung einer an Brustkrebs erkrankten Versicherten während ihrer stationären Behandlung an eine nahegelegene Strahlentherapiepraxis zur Erbringung der strahlentherapeutischen Leistung, woraufhin das Krankenhaus bei der Krankenkasse stationär abrechnen wollte).



- BSG: *„Zwar kann ein Krankenhaus auch Leistungen Dritter abrechnen, die für Behandlungen von ihm veranlasst wurden“*. Es widerspräche aber dem Gesetz, dass *„das Krankenhaus wesentliche oder von seinem Versorgungsauftrag umfasste Leistungen regelmäßig und planvoll auf Dritte auslagert, die nicht in seine Organisation eingegliedert sind.“*
- Bei näherer Betrachtung hat dies wohl nicht unmittelbar Konsequenzen für die Leistungserbringung, wohl aber müssen die entsprechenden Leistungen dann eben ambulant abgerechnet werden.



II. Konzept und Gegenstände

- Im Hinblick auf verfassungsrechtliche Grenzen, aber auch Impulse
- Im Hinblick auf die Verfassung als Kompetenzordnung



1. Skizze der ersten Vorschläge

- *Regierungskommission:*

Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens (22.09.2022):

- Den Krankenhäusern wird gestattet, im Einvernehmen mit Patientin/Patient geeignete Behandlungen künftig als Tagesbehandlungen durchzuführen
- Ohne vorherige Beantragung, Genehmigung oder Ausweisung einer Tagesklinik



- Hierfür Einführung einer einheitlichen Vergütungsgrundlage, all dies als „erster Schritt“
- In einem zweiten, noch zu konkretisierenden Reformschritt sollen *„hierfür geeignete Behandlungen dafür geöffnet werden, dass sie bei identischer Vergütung und unter Beachtung festzulegender Qualitätsstandards auch im vertragsärztlichen Bereich durchgeführt werden können.“*
- Erarbeitung künftiger Vergütungsmodelle in den von der Ambulantisierung betroffenen Bereichen



- Arbeitsbegriff: „Hybrid-DRG“ als Chiffre für eine „sektorengleiche Vergütung“
 - Anreizstrukturen oder möglichst reale Abbildung unterschiedlicher ambulanter und stationärer Preise, um den unterschiedlichen Kosten Rechnung zu tragen?
 - Regionale Staffelung oder nicht?
- Noch weitergehend: Überwindung des DRG-Modells durch Weiterentwicklung zu einem „nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenzierten System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen“



2. Systematisierung

- Bestehende Differenz zwischen dem ambulanten (§§ 72 ff. SGB V) und dem stationären (§§ 107 ff. SGB V) Sektor
 - Seit einiger Zeit einzelne, überwiegend nur über Selektivverträge bzw. als Ausnahmen konzipierte Durchbrechungen; §§ 115 ff. SGB V, auch Möglichkeit der Schaffung der MVZ (§ 95 SGB V)
 - Allein aufgrund verschiedener krisenhafter Entwicklungen (insbesondere im Zuge der COVID-19 Pandemie) teilweise wieder Verfestigung der bestehenden Trennung



- Dennoch existiert bereits eine pluralere Versorgungslandschaft: Ambulant operierende Facharztpraxen, Ambulante OP-Zentren, Praxiskliniken, Belegarztwesen etc.
- Stellschraube AOP-Katalog (nach IGES-Institut aus März 2022 wird für 2476 zusätzliche medizinische Leistungen grundsätzlich Ambulantisierungspotential gesehen, um damit den bislang in § 115b SGB V erwähnten Katalog entsprechend auszubauen (was nahezu zu einer Verdoppelung führen würde))



- **Unechte Ambulantisierung:**
Rein institutionelles Verständnis, d.h. die bisher im Krankenhaus erbrachten Leistungen werden weiterhin ausschließlich in der Institution Krankenhaus erbracht; treffend auch mit dem neuerdings von der DKV häufig verwendeten Begriff „klinisch-ambulant“ erfasst
- **Echte Ambulantisierung:**
Funktionales Verständnis, d.h. bislang stationär erbrachte Leistungen können nun von den verschiedensten Trägern (unter ihnen auch das Krankenhaus) erbracht werden. Dabei entsteht typischerweise ein Überschneidungs- und Kooperationsbereich
→ Verständnis als sektorenübergreifende Versorgung



III. Staatliche Versorgungsverantwortung im Mehrebenensystem

- Vor einer grundstürzenden, tiefgreifenden Reform tut der Blick in die Grundordnung Not
- Die Verfassung enthält mehr als „nur“ kompetenzielle Aussagen und Grundrechte von Leistungserbringern



1. Grundlagen

- Schutz im Falle von Krankheit ist eine der „Grundaufgaben des Staates“ (BVerfG, DVBl 2004, 1161 (1162))
- Sozialstaatsprinzip nach Art. 20 Abs. 1 GG i.V.m. Schutzpflicht für Leben und körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG
- Bereitstellung eines funktionsfähigen Gesundheitssystems, das eine angemessene und bundesweit einheitliche Versorgung sichert



- Pflicht, die gewählten materiellen und organisatorischen Gestaltungen immer wieder dahingehend zu prüfen, ob mit ihnen der Verantwortung noch entsprochen werden kann, ob es Defizite gibt oder ob alles erfolgreich verläuft



- Staatsziel und objektiv-rechtlicher Grundrechtsgehalt
 - Realanalyse erweist verschiedene, teilweise erheblicher werdende Versorgungsdefizite
 - Realanalyse erweist vermehrte Überschneidungen und Ausdifferenzierungen an bestehenden Sektorengrenzen
 - Versorgung muss stets bedarfsgerecht sein (so schon BVerfG, NJW 1981, 1995)
 - Zwar Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum des Staates, Grenze aber Untermaßverbot: Je größer und wahrscheinlicher Gefährdungen von Leben und körperlicher Unversehrtheit der Patient/innen sind, desto weniger genügen Maßnahmen dem Untermaßverbot



- Bei fortgesetzter Rückläufigkeit flächendeckender hausärztlicher wie krankenhausbbezogener Angebote insbesondere im ländlichen Raum könnte sich die objektiv-rechtliche Pflicht zum Ergreifen konkreter einzelner Maßnahmen verdichten
- M.E. ist es eine Frage der Zeit, bis ein Gericht dahingehend entscheidet. Bis dahin gehen von der verfassungsrechtlich verankerten staatlichen Versorgungsverantwortung verschiedene Impulse für eine Reform aus:



2. Konsequenzen für eine Reform mit dem Ziel von mehr Ambulantisierung

- Alle politischen Überlegungen müssen ihren Ausgangspunkt beim Bedarf der Patientinnen/Patienten und bei den Verhältnissen in der jeweiligen Region nehmen
- Keine Verfestigung bestehender Strukturen nur aufgrund bestehender Pfadabhängigkeiten



- Verantwortungsverteilung im Mehrebenensystem
 - Bund: Schwerpunkt der Gesetzgebungstätigkeit
 - Länder: Schwerpunkt bei der Verwaltungstätigkeit
 - Signifikante Erhöhung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich; hier könnte sich die verfassungsrechtliche Verantwortung des Staates für eine bedarfsgerechte Versorgung in manchen Ländern bereits in absehbarer Zeit zu Pflichten verdichten
 - Im ambulanten und künftig v.a. im sektorenübergreifenden Bereich muss über verstärkte planerische Kompetenzen nachgedacht werden



- **Kommunen: Einrichtungsträgerschaft und Beteiligung an Planungen**
 - Die Versorgung der eigenen Bevölkerung ist zweifelsohne eine „Angelegenheit der örtlichen Gemeinschaft“ i.S.d. Art. 28 Abs. 2 GG, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich; teilweise explizit in den Landesverfassungen (vgl. z.B. Art. 83 Abs. 1 BV)
 - Etwaiges Herausdrängen aus bereits bestehenden Sicherstellungszusammenhängen (subsidiärer örtlicher Sicherstellungsauftrag) wäre verfassungsrechtlich prekär



- Nichtberücksichtigung trotz Ortsnähe und struktureller Interdisziplinarität im Hinblick auf eine angestrebte *grundlegende* Reform nicht mehr nachvollziehbar
- Aber:
Gegenwärtige Verfassungslage erschwert bzw. verunmöglicht die Übertragung von Aufgaben seitens des Bundes an die Kommunen und stellt insoweit ein Reformhindernis dar (vgl. nur Art. 84 Abs. 1 S. 7 GG)



IV. Beschränkte Reichweite der Gesetzgebungskompetenz des Bundes

- Im Interesse der Sache frühzeitige Auseinandersetzung mit Art. 70 ff. GG erforderlich
- Ausgangspunkt ist Art. 70 Abs. 1 GG: Grundsätzliche Zuständigkeit der Länder
- Abschließende Beurteilung hängt von der gegenständlichen Ausgestaltung ab



- Sowohl die unechte als auch die echte Ambulantisierung implizieren:
 - Deutlich erweitertes Leistungsspektrum für die Krankenhäuser
 - Erhebliche Veränderungen für die Vertragsärzte und andere Akteure auf der Ebene der Leistungserbringung
 - Verändertes Vergütungssystem
 - Signifikant erweiterter und sachlich veränderter Planungsbedarf („sektorenübergreifende Versorgungsplanung“), dies im Unterschied namentlich zu § 116b SGB V (ambulante spezialfachärztliche Versorgung)



1. Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG („Sozialversicherung“)

- Hiervon werden erfasst Regelungen über den Versichertenkreis, den Leistungsumfang, den Schutz der sozialversicherungsrechtlichen Daten, die Organisation der Versicherungsträger und die Finanzierung der Sozialversicherungsbeiträge. Erfasst ist auch das Sachleistungsprinzip und die Normierung von Vorgaben für die Leistungserbringung durch die Leistungsträger. Dies schließt Anforderungen an die Qualität der zu erbringenden Leistungen mit ein
(BSGE 82, 55 (58 f.); BayVerfGH, E. v. 16.07.2019, Vf. 41-IX-19; ähnlich VerfGH Berlin, B. v. 20.01.2021, Az. 105/19).



- Neben dem Vertragsarztrecht sind auch Festlegungen zur Qualitätssicherung (etwa Mindestmengen im Krankenhausbereich, Pflegequalitätsberichtserstattung oder betreffend das Pflegepersonal) grundsätzlich erfasst
- Grundsätzlich erfasst sind auch noch die in den §§ 115 ff. SGB V getroffenen Regelungen entlang der Sektorengrenze zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten



- Aber:
 - Ambulantisierung im hier zu beurteilenden Sinne durchbricht die Sektorengrenze nicht nur sektoral, sondern eröffnet jedenfalls den Krankenhäusern ein wesensmäßig neues Wirkungsfeld
 - Zudem werden die Krankenhäuser, ihre Träger und die für sie verantwortlichen staatlichen Akteure in flächendeckend neuartige, eben sektorenübergreifende Planungs- und Finanzierungszusammenhänge gestellt
- Der kompetenzielle Horizont der „Sozialversicherung“ ist damit überschritten



2. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG („wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und Regelung der Krankenhauspflegesätze“)

- Bedeutung
 - Mit der Schaffung dieser Kompetenzgrundlage bringt das GG zum Ausdruck, dass es das Krankenhausrecht (anders als das Vertragsarztrecht) nicht ausschließlich aus der Perspektive der „Sozialversicherung“ erfasst sieht
 - Die Vorschrift eröffnet ihrem eindeutigen Wortlaut und ihrer Entstehungsgeschichte nach aber keine umfassende Bundeskompetenz für das Krankenhausrecht, sondern betrifft „nur“ die wirtschaftlichen und finanziellen Aspekte



- Die der Sicherstellung der stationären Krankenversorgung dienende Krankenhausorganisation und Krankenhausplanung ist hiervon nicht umfasst (BVerfGE 83, 363 (380))
- Hinzu kommt die Erforderlichkeitsklausel in Art. 72 Abs. 2 GG
- Wechselwirkungen zwischen der Organisation und der Planung einerseits, der wirtschaftlichen Situation und der Finanzierung andererseits liegen auf der Hand, werden aber durch das GG nicht bewältigt
- Entwicklungsperspektiven
 - Permanente schleichende Aushöhlung seitens des Bundes?
 - Kompetenzordnung Endstation für grundlegende Reformen?



- Tatbestandsmerkmal „Krankenhaus“
 - Verfassungsrechtlicher Begriff
 - Umfasst auch teilstationäre Einrichtungen, weil es ausreicht, dass die jeweilige Einrichtung grundsätzlich die Möglichkeit von Unterbringung und Verpflegung vorhält
 - Rein ambulante Praxen sind kompetenziell bereits von Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG erfasst



- Tatbestandsmerkmal „wirtschaftliche Sicherung“
 - Es reicht nicht aus, wenn die wirtschaftliche und finanzielle Sicherung ein von der Regelung verfolgtes Ziel ist
 - Die sowohl mit einer unechten als auch mit einer echten Ambulantisierung einhergehenden Veränderungen sind (anders als die bisherigen Maßnahmen an den Sektorengrenzen (etwa betreffend die vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V)) nicht mehr akzessorisch zur Krankenhausbehandlung, vielmehr bewirken sie endgültig eine Systemveränderung
 - „Ambulantisierung“ ist das (vorerst) letzte und m.E. zugleich sprengende Glied einer Kette von Entscheidungen in den vergangenen Jahren, die in der jeweiligen Diskussion teilweise bereits als verfassungsrechtlich prekär angesehen wurden



- Der Umschlag von einer primär die wirtschaftliche und finanzielle Sicherung bezweckenden Regelung zu einer Regelung der Krankenhausplanung und -organisation ist bereits mit dem Reformvorschlag „Tagesbehandlung im Krankenhaus“ überschritten, sobald dieser zu Dauerrecht mit eigener Vergütungs- und Planungsstruktur würde.



- **Regelung der Krankenhauspflegesätze**
 - Lediglich klarstellend
 - Keine nähere Vorgabe der Ausgestaltungsreform, daher auch künftige Umgestaltungen des DRG-System erfassend
 - Allerdings auch hier Gefahr des Hineinragens in die dem Bund nicht eröffnete Kompetenz zur Krankenhausplanung und -organisation, wenn Einbau starker Anreizfaktoren in das künftige Vergütungssystem



3. Konsequenzen

- Sowohl das gegenwärtig bereits in Umrissen erkennbare Modell einer unechten Ambulantisierung als auch etwaige künftige Modelle einer echten Ambulantisierung können nur mit verfassungsändernder Mehrheit realisiert werden
- Je größer der Paradigmenwechsel ausfallen soll und je mehr die Ambulantisierung als „Game Changer“ angesehen wird, desto deutlicher würde der dem Bund bislang eröffnete Kompetenzrahmen nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 und 19a GG überschritten



- Nötig wäre daher eine verfassungsändernde Erweiterung der Gesetzgebungskompetenz des Bundes zugunsten der „sektorenübergreifenden Versorgungsplanung“



- Aus dieser verfassungsrechtlichen Not könnte eine Tugend gemacht werden, indem
 - Zugleich die Verwaltungskompetenzen der Länder einbezogen würden und nur mit diesen gemeinsam eine neue, sektorenübergreifende Versorgungsplanung realisiert werden kann. Dabei müssen auch finanzielle Verpflichtungen bzw. Ausgleichsleistungen adressiert werden.
 - Ferner die Kommunen von vornherein in die neue Planungs- und Finanzierungsstruktur (bei gleichzeitiger Suspendierung von Art. 84 Abs. 1 S. 7 GG) integriert werden.



- Ohne eine dahingehende Verfassungsänderung wird das Reformziel einer durchgreifenden Ambulantisierung Stückwerk bleiben und permanent der Gefahr des Herausbrechens einzelner Elemente in Folge erfolgreicher (verfassungs-)gerichtlicher Vorstöße ausgesetzt sein



V. Grundrechte der Leistungserbringer

- Vorbemerkungen
 - Die Verfassung ist eine „Rahmenordnung“
 - Die endgültige Beurteilung ist abhängig von der gegenständlichen Ausgestaltung der Ambulantisierung



- Identifizierung von mindestens drei verschiedenen Rechtfertigungskonstellationen
 - (1) Ambulantisierung nur innerhalb des klinischen Sektors (unechte Ambulantisierung)
 - (2) Eröffnung eines neuen, sektorenübergreifenden Versorgungsbereichs jeweils erheblicher neuer Konkurrenz (echte Ambulantisierung)
 - (3) Ausgestaltung der jeweiligen finanziellen Unterstützung (für Krankenhäuser bzw. Vertragsärzte)



- (1) Beschränkung der künftigen ambulanten Leistungserbringung auf Krankenhäuser (also lediglich klinisch-ambulantes Operieren) unter Ausschluss der Vertragsärzte von der Leistungserbringung
 - Grundrechtseingriff oder Vorenthaltung einer Leistung?
 - Nach BVerfG (seit BVerfGE 82, 209; vertiefend *Burgi*, in: Bonner Kommentar zum GG, Art. 12 Abs. 1 Rn. 250 (Stand 2019)) bewirkt das bestehende System von Planung und finanzieller Förderung im SGB V eine Eingriffswirkung
 - Zwar handelt es sich um eine Berufsausübungsregelung, die aber in tatsächlicher Hinsicht einer Zugangsbeschränkung nahekommt



- Gesetzesänderungen, die zu einer Neuausrichtung der bestehenden finanzierungs- und planungsrechtlichen Strukturen führen, sind rechtfertigungsbedürftige Eingriffe in das Grundrecht der Vertragsärzte in Art. 12 Abs. 1 GG bzw. der Krankenhausträger (soweit einschlägig)
 - Notwendigkeit einer weitgehend parlamentsgesetzlichen Ausgestaltung
 - Geltendmachung überragend wichtiger Gemeinschaftsgüter (das liegt vor)
 - Grundsatz der Verhältnismäßigkeit
- Unechte Ambulantisierung höchstens für eine kurze Übergangszeit rechtfertigungsfähig



- Überführung der „Zweiten Stellungnahme“ der Regierungskommission zur „Tagesbehandlung im Krankenhaus“ in Dauerrecht wäre m.E. mit Art. 12 Abs. 1 GG unvereinbar
- Bedeutet auch:
Zwang zur Rationalität und Kohärenz statt pauschaler Berufung auf Einschätzungsprärogativen (wie seinerzeit bei der heute fast durchgehend kritisierten Einführung des DRG-Systems entgegen bereits damals geltend gemachter grundrechtlicher Bedenken)



- (2) Echte Ambulantisierung: Bedeutet sektorenübergreifende Versorgung mit dann erstmals auf breiter Front entstehender Konkurrenz um die Zulassung zu diesem neuen Bereich zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten
 - Der sektorenübergreifenden Versorgung folgt ein sektorenübergreifender Konkurrenzschutz auf der Linie der bisherigen Rechtsprechung zum Konkurrenzschutz im Vertragsarztrecht einerseits, im Krankenhausplanungsrecht andererseits
 - Der Staat greift hier mit einer Intensität auf das Marktgeschehen ein, die mit dem bloßen Satz „kein Schutz gegen Konkurrenz“ nicht erfasst werden kann (BVerfG, NJW 2004, 1648)



- Die Einzelheiten müssen über die Ausstrahlungswirkung des Grundrechts aus Art. 12 Abs. 1 i.V.m. 3 Abs. 1 GG (als Teilhaberecht) über das noch zu schaffende einfache Recht entfaltet werden
- Auf der Linie der Rechtsprechung des BSG besteht Grundrechtsschutz, wenn Konkurrenten im gleichen räumlichen Bereich dieselben Leistungen anbieten und in einem bedarfsabhängigen Verhältnis zueinander stehen, hingegen nicht, wenn der eine aufgrund fehlender Qualität nicht zum Zuge gekommen ist
- Zumindest dann, wenn die Zulassung eines einzelnen Anbieters willkürlich erscheint oder eine „asymmetrische Wettbewerbssituation“ von existenzgefährdenden Dimensionen eröffnet, besteht verfassungsrechtlich vermittelter Konkurrenzschutz (BSG, NZS 2012, 700 zu § 116b SGB V a.F.)



- (3) Ausgestaltung der finanziellen Unterstützung
 - Maßstab: Art. 3 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 12 Abs. 1 GG
 - Weiter Spielraum zur Entwicklung des bisherigen Vergütungssystems einschließlich der etwaigen Überwindung des DRG-Systems, der Berücksichtigung von Vorhaltekosten etc.
 - Sollen Vergütungen nicht „nur“ Leistungen abbilden, sondern zusätzlich Anreize setzen, muss dies wiederum möglichst trägerneutral erfolgen



- Übergreifende verfassungsrechtliche Impulse
 - Pluralität der Leistungserbringung, echte statt unechte Ambulantisierung
 - Bereitstellung eines Kooperationsrechts seitens des einfachen Gesetzgebers
 - Im Interesse einer erfolgreichen Patientenversorgung
 - Im Interesse von Qualität und Effizienz und Beitragssatzstabilität
 - Aber auch zur Abmilderung grundrechtlich relevanter Beeinträchtigungen und Vermeidung etwaiger Konkurrenzstreitigkeiten



VI. Schluss

Constitution matters – auch und gerade bei einem
Paradigmenwechsel wie dem der Ambulantisierung