

Kleines Krankenhaus oder Arztpraxis mit Bett?

Vortrag zu den geplanten Level-II-Krankenhäusern beim Frühjahrssymposium 2024 der Gesellschaft für Kassenarztrecht

1. Vorab: Das Dilemma des Gesetzgebers

Die in der grundgesetzlichen Kompetenzordnung vorgegebene Trennung von „Krankenhaus“ und „Nicht-Krankenhaus“ erschwert die gesetzgeberischen Versuche, eine versorgungspolitisch gewünschte Verzahnung der Sektoren durchzusetzen. Das Dilemma des Gesetzgebers zeigt sich konkret an der Ausgestaltung der Level-II-Häuser. Wählt er eine grundsätzliche Zuordnung zum Vertragsarztrecht oder einem neuartigen SGB-V-Sektor, gerät er aufgrund der stationären Elemente in kompetenzielle Schwierigkeiten. Wählt er eine Zuordnung zum Krankenhausbereich, ergeben sich vor dem Hintergrund von Art. 12 Abs. 1 GG und Art. 3 Abs. 1 GG grundrechtliche Bedenken aufgrund des ungleichen Zugangs verschiedener Leistungserbringer zur Versorgung sowie ungleicher Wettbewerbsbedingungen.

2. Sozialrechtliche Einordnung

a) Mit der **medizinisch-pflegerischen Behandlung** (§ 115h SGB V-E) wird eine neue Krankenbehandlungsform für Versicherte geschaffen, die eine stationäre Unterbringung aber nicht die besonderen Mittel eines Krankenhauses benötigen. Dies erfüllt ein real existierendes Versorgungsbedürfnis in einer alternden, zunehmend multimorbiden und im ländlichen Raum infrastrukturell abgehängten Gesellschaft. Erstaunlicherweise fehlt es im Entwurf an einem Leistungsanspruch. Dieser ist aber notwendig, um ein Auseinanderfallen von Leistungserbringungsrecht und Leistungsrecht zu verhindern und den gleichberechtigten Zugang der Versicherten zu dieser Behandlungsform zu gewährleisten. Die medizinisch-pflegerische Behandlung ist gleichzeitig die rechtliche Aufhebung und die praktische Realisierung von Großer Senat des BSG, Beschl. v. 25.9.2007 – GS 1/06. Denn zukünftig wird der sozial begründete Pflegebedarf zum konstitutiven Merkmal einer Krankenbehandlung und wird gleichzeitig die Krankenhausversorgung real von einer Behandlung dieses Personenkreises entlastet.

b) Die **Level-II-Häuser** begründen mit ihrem eher großzügigen Rahmen für individuelle, an die lokalen Bedingungen angepasste Kooperationsmöglichkeiten Hoffnung auf die tatsächliche Etablierung einer koordinierten lokalen Basisversorgung mit ärztlich-ambulanten, (alten-) pflegerischen und vollstationären Elementen, wenngleich an vielen Punkten noch Unklarheiten bestehen.

c) Die **Entmachtung des G-BA** schreitet voran. Das, was früher seine Aufgabe gewesen wäre, wird in Bezug auf die Level-II-Häuser durch (zwei- oder dreiseitigen) Normenvertrag der Selbstverwaltung vereinbart. In Konsequenz werden die Schiedsstellen zum neuen G-BA. Das ist keine „Etatisierung“, sondern einfach nur ungünstig für eine strukturierte Entscheidungsfindung.

3. Evolution des Krankenhausbegriffs oder Etikettenschwindel?

a) Kontrovers diskutiert wird, ob es sich tatsächlich noch um Krankenhäuser handelt. Dabei ist zwischen dem Krankenhausbegriff nach § 2 Nr. 1 KHG demjenigen nach § 107 Abs. 1 SGB V und einem verfassungsrechtlichen Krankenhausbegriff zu differenzieren.

b) Im verfassungsrechtlichen Sinne werden Krankenhäuser – aufgrund des historischen Entstehungskontexts – regelmäßig in Anlehnung an den seit 1972 unveränderten § 2 Nr. 1 KHG definiert. Entscheidend sind danach (1.) ärztliche und (!) pflegerische Hilfeleistung zur (2.) Krankenbehandlung bei (3.) Unterbringung und Verpflegung der behandelten Personen. Eine Evolution des verf. Krankenhausbegriffes ist begründbar in zwei – im Hinblick auf die Kompetenzordnung gegenläufige – Richtungen, den stärkeren Einbezug ambulanter Elemente oder die Beschränkung auf infrastrukturell besonders ausgestattete Einrichtungen der Hochleistungsmedizin. Beides lässt sich nur schwer als hinreichend klare Entwicklungstendenz belegen.

c) Die Level-II-Zentren genügen dem tradierten verfassungsrechtlichen Begriff, da sie zwingend einen Mindestumfang vollstationärer Behandlung (§ 115g Abs. 3 Nr. 1 SGB V-E) anbieten, der für ihren Charakter prägend bleibt und nicht bloß untergeordnete Bedeutung hat; ferner ist Unterbringung auch für die medizinisch-pflegerische Behandlung charakteristisch und diese Behandlungsform bleibt insgesamt – anders als die Altenpflege – auf vorübergehende, nicht dauerhafte Pflege ausgerichtet. Umfassende ambulante Elemente sind unschädlich.

d) Friktionen mit einem streng verstandenen Krankenhausbegriff aus § 107 Abs. 1 SGB V könnten sich ergeben, da die Level-II-Häuser nach dem Entwurf nicht in der Lage sein müssen, ihr Leistungsangebot im Regelfall durch eigenes ärztliches Personal zu erbringen oder überhaupt über solches zu verfügen. Insofern wird § 107 Abs. 1 SGB V durch die Neuregelungen aber schlicht modifiziert (anders erstaunlicherweise die Entwurfsbegründung).

4. Gesetzgebungskompetenzen für die Neuregelung

a) Die Abgrenzung der wechselbezüglichen Kompetenzbereiche der „wirtschaftlichen Sicherung“ (Art. 74 I Nr. 19a GG), der Sozialversicherung (Art. 74 I Nr. 12 GG) und der „Krankenhausplanung- und Organisation“ (Art. 70 I GG) ist bislang nur in Ansätzen geklärt. Der aktuelle Diskussionsstand lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- Art. 74 I Nr. 19a GG *„sollte dem Bund lediglich Spielraum zur Regelung finanzieller Fragen eröffnen, ihm jedoch den Bereich der Krankenhausorganisation und Krankenhausplanung versperren“* (BVerfGE 83, 363, 380).
- Planungsbezogene Regeln über Art. 74 I Nr. 19a GG sind aber zulässig, wenn: *„deren Bezug zur wirtschaftlichen Sicherung naheliegend und offensichtlich ist und den Ländern eigenständige und umfangmäßig erhebliche Ausgestaltungsspielräume verbleiben“* (Ayer in BK-GG, Art. 74 I Nr. 19a GG (2011), Rn. 22; LVerfG HH v. 7.5.2019 – 4/18, Rn. 101 (juris); Bay. VerfG v. 16.7.2019 – Vf 41-IX-19, Rn. 76 (juris)).
- Die Kompetenz aus Art. 74 I Nr. 12 GG deckt das Vertragsarztrecht inklusive Bedarfsplanung (vgl. BSG v. 18. 6. 1997 - 6 RKA 58–96, Rn. 20 ff.; BVerfG (K) v. 17.6.1999 – 1 BvR 2507-97, Rn. 22)
- Die Kompetenz aus Art. 74 I Nr. 12 GG deckt keine umfassende GKV-Bedarfsplanung für die stationäre Versorgung und keine sektorenübergreifende Versorgungsplanung mit stationären Elementen, möglich ist aber die gemeinsame Planung spezifischer ambulanter Behandlung von Krankenhäusern und Vertragsärzten (vgl. *Wollenschläger*, Gutachten S. 27 ff.; NZS 2023, 8, 13 ff.).

- Die Kompetenz aus Art. 74 I Nr. 12 GG deckt Vorgaben zum Leistungserbringungsrecht inklusive Strukturqualitätsanforderungen wie Personalvorgaben und Mindestmengen (LVerfG HH v. 7.5.2019 – 4/18 Rn. 76 (juris); Bay. VerfG v. 16.7.2019 – Vf 41-IX-19, Rn. 77).

b) Bei den Level-II-Häusern ist aufgrund der umfassten stationären Behandlungsleistungen der Bereich der Landeskompetenz betroffen. Die sehr grobe Vorgabe in § 6b KHG-E belässt hinreichenden Ausgestaltungsspielraum und die Zulassung zur GKV-Leistungserbringung folgt (zu Recht abgesehen von SGB XI und vertragsärztlicher Behandlung) der Planaufnahme, sodass der kompetenzielle Rahmen im Grundsatz gewahrt ist. Als Problematisch könnte sich allerdings die Vereinbarung eines nach einzelnen Leistungen aus den Leistungsgruppen bestimmten Mindest- und Höchstleistungsumfangs stationärer Behandlung durch die Selbstverwaltung erweisen, wenn hier kein Raum mehr für Kapazitätsplanung der Länder bleibt. Die Einführung krankenhausesindividueller Tagesentgelte nach § 6c KHEntgG ist als spezifische Entgeltregelung von der Kompetenz aus Art. 74 I Nr. 19a GG gedeckt; die Vorgabe zum ärztlichen Anteil der medizinisch-pflegerischen Versorgung von Art. 74 I Nr. 12 GG.

5. Grundrechtliche Gemengelage

a) Die Regelungen zur medizinisch-pflegerischen Versorgung und zum erweiterten ambulanten Behandlungsspektrum der Level-II-Häuser berühren die vertragsärztlichen Leistungserbringer in ihrer Berufsausübungsfreiheit aus Art. 12 Abs. 1 GG. Dabei geht es erstens um den Zugang zu (neuen) Versorgungsteilbereichen (Art. 12 Abs. 1 GG), zweitens um Konkurrenzschutz (Art. 12 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG) und drittens um die Wahrung gleicher finanzieller und sonstiger Rahmenbedingungen bei der Erbringung gleicher Leistungen (Art. 3 Abs. 1 i.V.m. Art. 12 Abs. 1 GG).

b) Die medizinisch-pflegerische Versorgung als exklusiver Leistungsbereich der Level-II-Häuser erweist sich aus Sicht der Vertragsärzte/MVZ einerseits als rechtfertigungsbedürftige Zugangsbeschränkung sowie andererseits aufgrund des damit verbundenen bedarfsplanungsreifen Zugangs von Krankenhäusern zur (auch) ambulanten ärztlichen Behandlung als Problem der Wettbewerbsgleichheit. Als Rechtfertigungsgründe können das hierfür erforderliche „Mehr“ an stationärer Behandlung sowie die Vorzüge einer koordinierten und lokal-gebündelten Versorgung „aus einer Hand“ herangezogen werden.

c) Eine Erbringung gleicher Leistungen zu ungleichen Bedingungen könnte anzunehmen sein auf Grund:

- Der Erbringung vertragsärztlicher Leistungen gegen EBM-Vergütung durch die Level-II-Häuser in gewöhnlicher Höhe bei gleichzeitiger Teilhabe an Investitionskostenfinanzierung und Erhalt auskömmlich kalkulierter tagesgleicher Entgelte.
- Die Erbringung ambulanter Leistungen im Rahmen der medizinisch-pflegerischen Versorgung gegen Tagesentgelte statt EBM-Vergütung
- Erleichterten (dauerhaften) Zugangs zur hausärztlichen Versorgung auch bei später hinzutretenden Zulassungsbeschränkungen (§ 116a III SGB V-E).

Als rechtfertigende Gründe können wiederum die Sicherstellung flächendeckender Versorgung und erneut die durch eine koordinierte und lokal-gebündelte Versorgung „aus einer Hand“ gewonnen Vorteile herangezogen werden.

Anregungen und Hinweise gerne an: soeren.deister@uni-hamburg.de