



Universität Hamburg

DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG

DR. SÖREN DEISTER

KLEINES KRANKENHAUS ODER ARZTPRAXIS MIT BETT? ZU DEN LEVEL 1I- KRANKENHÄUSERN

Inhalt des Vortrags

- I. Geplante Neuregelung
- II. Sozialrechtliche Einordnung
- III. Verfassungsrechtliche Einordnung

Terminologie:

- „Level-li-Häuser“ = „Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“ = „§ 115g-SGB V-Häuser“
- Stationär = „Bett“; ambulant = „kein Bett“



I. Geplante Neuregelung

Geplante Neuregelung

- Ziel: Umwandlung kleiner Krankenhäuser und Sicherstellung der ambulanten, stationären und (alten-)pflegerischen lokalen Basisversorgung „aus einer Hand“
- Es handelt sich um Krankenhäuser, die „neben der stationären Behandlung sektorenübergreifende Leistungen“ erbringen (§ 115g Abs. 1 SGB V-E)
- Wer Level-II-Haus wird, entscheidet das Land im Rahmen der Krankenhausplanung; das Haus muss nicht bereits im KH-Plan sein, § 6b I KHG
- Eigenes Vergütungssystem der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte für Leistungen mit Bett, § 6b KHEntgG

Neu: Medizinisch-pflegerische Versorgung (§ 115h)

- Ambulante ärztliche Behandlung + Unterbringung wegen „besonderen pflegerischen Bedarfs“
- Letztlich: stationäre Behandlung ohne bes. Mittel eines Krankenhauses
- Ärztlicher Teil kann durch eigenes Personal oder kooperierende Vertragsärzte erbracht werden
- Einzelheiten (abstrakt) vereinbaren GKV-SV, DKG und KBV
- „Konkreten Versorgungsumfang“ vereinbaren das Haus und Landesverbände d. KKen/Ersatzkassen
- Vergütung durch Tagesentgelte (eigenes Personal) oder verringertes Tagesentgelt + ärztlichen Anteil des EBM nach § 121 VII SGB V-E

Säule	Klassische-KH-Behandlung	Medizinisch-pflegerische Versorgung	Vertragsärztliche Behandlung	Sonstige für KH offene Leistungen	Pflege-SGB V	SGB XI
Leistungsarten	Voll-/teilstationär	Eigene Art	ambulant	AOP, Belegärztlich	§§ 39c, 39e	§§ 41, 42 SGB XI
Modalitäten/Qualität	Mindest- und Höchstumfang, GKV-SV + DKG, § 115g III	Vereinb. DKV-SV, KBV und DKG	Allgemeine Regelungen	Allgemeine Regelungen	Auch nach Verlegung in Level-Ii	Allg. Regeln des SGB XI – Trennung
Zulassung/Planung	Land, § 6b KHG	Zulassung = Land Kapazität = Selbstverwaltung vor Ort	Erleichterte Instituts-ermächtigung nach § 116a II/III; Gründung MVZ	Belegärztlich = nur nach Versorgungsauftrag Land, AOP = keine Regelung	Land / Keine	Allg. Regeln des SGB XI
Vergütung	Tagesentgelt, § 6c KHEntgG Ggf. § 121 II-IV o. § 121 VII	Tagesentgelt + Ggf. § 121 VII	Allg. EBM-Regeln	Allg. Regeln = Hybrid-DRG und § 121 III-V	Allg. Regeln = §§ 132m SGB V, 42 SGB XI	Allg. Regeln des SGB XI

Wichtig: Medizinisch-pflegerische Versorgung und §§ 39c, 39e SGB V-Leistungen können unter pflegerischer Leitung erbracht werden, sofern nicht ärztlich zu verantworten, § 115g II S. 3 SGB V



II. Sozialrechtliche Einordnung

Sozialrechtliche Einordnung

- 1) Die medizinisch-pflegerische Behandlung erfüllt reales Bedürfnis und kann zur Verbesserung der Versorgung beitragen
- 2) Sie ist gleichzeitig die rechtliche Aufhebung und praktische Realisierung von Großer Senat des BSG, Beschl. v. 25.9.2007 – GS 1/06 → (auch) sozial begründeter Pflegebedarf wird entscheidend
- 3) Es fehlt an einem Leistungsanspruch
- 4) Die Entmachtung des G-BA schreitet voran – hier in Richtung Normenvertrag/Schiedsstelle



III. Verfassungsrechtliche Einordnung

Evolution des Krankenhauses oder Etikettenschwindel?

- Idee, mit „Level-II-Häusern“ den Kapazitätsabbau zu verschleiern, ist versorgungspolitisch fragwürdig
- Offen: Darf der Gesetzgeber alles Krankenhaus nennen oder gibt es rechtliche Grenzen? Was ist ein Krankenhaus im verfassungsrechtlichen Sinne?
- Wichtig: Der Begriff taucht nur in Art. 74 I Nr. 19a GG auf
→ hat zunächst nur Auswirkungen auf Reichweite/Abgrenzung der Kompetenztitel

Verfassungsrechtlicher Krankenhausbegriff

- Wird ganz überwiegend aus hist. Gründen in Anlehnung an den seit 1972 bestehenden § 2 Nr. 1 KHG bestimmt
- „Dynamisch-gegenwartsorientierte Auslegung“ denkbar im Sinne einer Erweiterung um ambulante Leistungen (*Rixen*) oder einer Konzentration auf infrastrukturell umfangreiche medizinische Behandlung/Hochleistungsmedizin
- Beides wahrscheinlich schwer in hinreichender Klarheit als historische Entwicklung belegbar

Verfassungsrechtlicher Krankenhausbegriff

- Wenn historischer Begriff, dann: (1.) ärztliche und (!) pflegerischen Hilfeleistung zur (2.) Krankenbehandlung bei (3.) Unterbringung und Verpflegung
- **Abgrenzung zu ambulanten Einrichtungen**
 - Auch umfangreiche amb. Behandlungen unschädlich; Unterbringung muss aber prägenden Charakter behalten (Axer, ähnlich BVerwG NJW 1985, 1414)
 - Hier: Stationärer Mindestumfang vorgesehen, genaues Ausmaß noch unklar; für medizinisch-pflegerische Behandlung bleibt auch Unterbringung prägend

Verfassungsrechtlicher Krankenhausbegriff

- Abgrenzung zu Pflegeheimen
 - Ärztliche Behandlung darf nicht bloß untergeordnet sein (Ayer); ärztliche Letztverantwortung (BVerwG, NJW 1989, 2963)
 - Zeitlich Ausrichtung auf vorübergehende Unterbringung (vgl. BVerwG, NJW 1989, 2963)

(P) Vereinbarkeit mit § 107 Abs. 1 SGB V?

- Strittig, in welchem Umfang dieser die jederzeitige Verfügbarkeit *eigenen* ärztlichen Personals voraussetzt
- Hinsichtlich Kooperationsmöglichkeiten jedenfalls schlicht durch Neuregelung modifizierbar
- Unklar, ob dies gesetzgeberisch gewollt ist → Klarstellung notwendig!

Gesetzgebungskompetenz

Aktueller Diskussionsstand:

- 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“ (Axer 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)

Gesetzgebungskompetenz

Aktueller Diskussionsstand:

- 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).

Gesetzgebungskompetenz

Für die Level-II-Häuser heißt das:

- Aufgrund umfasster stationärer Behandlung ist Bereich der „Krankenhausplanung und Organisation“ betroffen
- Sehr grobe Vorgabe in § 6b KHG-E belässt hinreichenden gesetzlichen Ausgestaltungsspielraum; Zulassung zur GKV-Leistungserbringung folgt Planentscheidung (außer SGB XI, § 116a)
- Spezifische Entgeltregeln von Art. 74 I Nr. 19a GG und Art. 74 I Nr. 12 GG gedeckt („Mosaik-Kompetenz“)

(P1) Festlegung der zulässigen stationären Leistungen durch Selbstverwaltung → Kapazitätsplanung?

(P2) § 115h-Versorgung ist hinsichtlich Zulassung/Vergütung Krankenhaus, hinsichtlich konkr. Kapazität Selbstverwaltung

Grundrechtliche Gemengelage

- Fokus der folgenden Überlegungen auf Grundrechten der vertragsärztlichen Leistungserbringer
- Zentral = Berufsausübungsfreiheit aus Art. 12 Abs. 1 GG und allgemeiner Gleichheitssatz aus Art. 3 Abs. 1 GG
- Systematisierung:
 1. Zugangsbeschränkungen zu Versorgungsbereichen (Art. 12 Abs. 1 GG)
 2. Konkurrenzschutz (Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG)
 3. Ungleiche Bedingungen für gleiche Leistungen (Art. 3 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 12 Abs. 1 GG)

Probleme der Neuregelung

1. Exklusivität der medizinisch-pflegerischen Versorgung für Level-II-Häuser
2. Bedarfsplanungsfreier Zugang der Level-II-Häuser zu ambulanter Behandlung über medizinisch-pflegerische Versorgung + Vergütung zu (lukrativeren?) Tagesentgelten
3. Erleichterter dauerhafter Zugang der Level-II-Häuser zu hausärztlicher Versorgung über § 116a III SGB V-E
4. Erhalt von Investitionskostenförderung bei im Übrigen gleicher Vergütung vertragsärztlicher Ermächtigungsleistungen

Rechtfertigungsgründe:

- Vorteile der koordinierten Basisversorgung „aus einer Hand“
- „Mehr“ an stationärer Versorgung als zentrale Voraussetzung der medizinisch-pflegerischen Versorgung



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit
soeren.deister@uni-hamburg.de