

Sektorenübergreifende Versorgung und Planung unter den Vorgaben des Grundgesetzes

2. Symposium Sektorenübergreifende Versorgung, Bochum, 8.3.2023

Prof. Dr. Stephan Rixen
Institut für Staatsrecht
Universität zu Köln

Gliederung

1. Gesundheitspolitische Ausgangssituation
2. Gesetzgebungskompetenzielle Probleme
3. Fazit

1. Gesundheitspolitische Ausgangssituation

Koalitionsvertrag

- nötige Reformen für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung
- Krankenhausplanung, die auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basiert und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung orientiert
- Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen fördern
- Durch Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung sicherstellen

Das bedeutet:

- Trend zur „Enthospitalisierung“ des Hospitals geht weiter: Ambulantisierung heißt nicht weniger, sondern mehr Krankenhaus
- Krankenhaus ist nicht primär Ort der stationären Behandlung, sondern Knotenpunkt in einem Behandlungsnetzwerk („Gesundheitszentrum“)
- Annäherung / partielle Verschmelzung / Konvergenz der Sektoren, insb. die Substitution des bisherigen ambulanten Sektors der „niedergelassenen“ Leistungserbringer)
- *Krankenhausplanung* muss als Teil einer übergreifenden *Gesundheitsinfrastrukturplanung* verstanden werden

2. Gesetzgebungskompetenzielle Probleme

Art. 74 I Nr. 19a GG

- Art. 74 I Nr. 19a GG: „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze“
 - Ungleichzeitigkeit der Begriffsverwendung („Krankenhaus“, „Krankenhauspflegesätze“ i.S. der späten 1960er Jahre)
 - Grds. nicht: KH-Organisation und -Planung (BVerfGE 83, 363, 380)
 - Es sei denn: „auch grundsätzliche und allgemeine Regelungen des Bundes zur Krankenhausplanung und -organisation auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 a GG gestützt werden, sofern deren Bezug zur wirtschaftlichen Sicherung naheliegend und offensichtlich ist und den Ländern dennoch eigenständige und umfangmäßig erhebliche Ausgestaltungsspielräume bleiben.“ (BayVerfGH, 16.7.2019, Vf. 41-IX-19, juris, Rn. 76)

Art. 74 I Nr. 19a GG

- Ermöglicht „alle Regelungen, die die Entgelte für Krankenhausleistungen nach Höhe und Struktur beeinflussen [...] sowie auch eine Qualitätssicherung durch qualitätsorientierte Krankenhausplanung [...]. Eine Zuständigkeit für strukturelle Eingriffe in das Krankenhauswesen oder eine umfassende Bedarfsplanung ergibt sich daraus nicht“ (VerfGH Berlin, 20.1.2021, 105/19, juris, Rn. 77).
- Art. 74 I Nr. 19a gestattet keine „strukturellen Eingriffe in das Krankenhauswesen“ → räumliche Verteilung? Organisationsstruktur?
- Art. 74 I Nr. 19a GG darf KH-Planung und -Organisation betreffen, wenn dies im Hinblick auf die wirtschaftliche Sicherung zwingend und nicht erschöpfend ist → ???
- Art. 74 I Nr. 19a GG ermöglicht u.a. auch qualitäts-bezogene Planungsregelungen → ???

Art. 74 I Nr. 12 GG

- Art. 74 I Nr. 12 GG: „Sozialversicherung“
 - GKV, auch Gesundheitsversorgung durch „Niedergelassene“, durch „Krankenhäuser“ oder Kombinationen
 - Keine Vollkompetenz: „Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG erstreckt sich dabei auch auf Regelungen, die die Modalitäten der Erbringung der Krankenhausleistungen gegenüber den Versicherten im System der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen. Umfasst von der Gesetzgebungskompetenz sind nicht nur Vorschriften über Voraussetzungen und Umfang der im Krankheitsfall zu gewährenden Leistungen, sondern auch Regelungen über die Art und Weise ihrer Erbringung (das sogenannte Leistungserbringungsrecht), einschließlich der Anforderungen an die Qualität der krankensicherungsrechtlichen Leistungen und die in diesem Zusammenhang stehende Qualitätssicherung“ (BremStGH, 20.2.2020, St 1/19, juris, Rn. 68; weithin ähnl. HmbVerfG, 7.5.2019, 4/18, juris, Rn. 76)

Art. 70 I GG

- Planung der Krankenhausversorgung (vgl. Art. 70 I GG)
 - Teil der Landeskompetenz für die Planung der sozialen Infrastruktur einschl. der Gesundheitsinfrastruktur („Daseinsvorsorge“)
 - Was genau umfasst „Planung“? Planung: Prospektive Steuerung künftiger Bedarfsdeckung → Räumliche Verteilung/Erreichbarkeit/Versorgungsniveau/-qualität („Versorgungssicherheit“)
 - „Krankenhaus“ → das herkömmliche Krankenhaus als Ort (nur) der stationären Versorgung? Oder:
 - „Krankenhaus“ als Ort, an dem alle denkbaren Varianten stationärer und nicht-stationärer Versorgung realisiert werden?

Konsequenzen

- „im Einzelnen eine schwierige Abgrenzungsfrage“ (BayVerfGH, 16.7.2019, Vf. 41-IX-19, juris, Rn. 76)
- Unitarisierende Sogwirkung des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG begrenzen, Grundregel des Art. 70 I GG ernstnehmen
- Begriff des Krankenhauses nicht „unabänderlich festgelegt“ (BVerfGE 106, 62 105 – zu Art. 74 I Nr. 19 GG); keine Versteinerung der gesundheitsbezogenen Gesetzgebungskompetenzen, sondern „dynamisch [...] auszulegen“ (BVerfGE 106, 62, 107 – zu Art. 74 I Nr. 19 GG)
- Krankenhaus ist nicht das Krankenhaus von 1969, sondern das seitdem weiterentwickelte Krankenhaus als Ort der gebündelten, zwischen „ambulant“ und „stationär“ variierenden Versorgung

Konsequenzen

- Neuauslegung: Die Länder haben die Planungskompetenz (Art. 70 I GG) für die gesamte an das KH gebundene Versorgung, auch die ambulante Versorgung im Krankenhaus. D.h., sie bestimmen auch das Niveau der Versorgungssicherheit (räumlich, qualitativ)
- In dem durch die Länder definierten Rahmen darf der Bund
 - die (qualitativen) Modalitäten der ambulanten und stationären GKV-Versorgung regeln (Art. 74 I Nr. 12 GG), ferner
 - die „wirtschaftliche Sicherung“ regeln und die preisrechtlichen Grundsätze und Kriterien für die Versorgung im Krankenhaus (Art. 74 I Nr. 19a GG) festlegen („Krankenhauspflegesätze“ bezieht sich auf alle Leistungen im Krankenhaus);
 - Art. 72 I GG steht nicht entgegen („Versorgung der Versicherten auf gleichmäßig hohem Niveau“ [BVerfGE 114, 196, 223] hat „elementare Bedeutung“ [BVerfGE 113, 167, 198])

Konsequenzen

- Bund und Länder trifft die Pflicht zur Abstimmung der Regelungskonzepte (Bundestreue)
- Aber: Nicht mehr wie bisher „Arrangements des Nicht-so-genau-wissen-wollens, die die Kompetenzfrage [...] in der Schwebe lassen“ (Rixen, HVwR V, 2023, § 138 Rn. 12).
- Sondern: Präjudizierende Vetomacht der Länder durch Stärkung der Landes-Gesetzgebungskompetenz
- Zugleich: Stärkung der Verhandlungsmacht der Länder hinsichtlich der finanziellen Ressourcen für eine Krankenhaus-/Gesundheitssystem-Reform

Verfassungsänderung Art. 74 I Nr. 19a GG

- Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG (neu): „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, die Regelung der Krankenhauspflegesätze,

die Planung der Krankenhausversorgung und die Gewährleistung der Qualität in den Krankenhäusern“

die Planung der Gesundheitsversorgung einschließlich der Krankenhausplanung und die Gewährleistung der Qualität in den Krankenhäusern“

- „Krankenhausversorgung“ + „wirtschaftl. Sicherung“ weit zu verstehen
- Art. 72 II GG (neu): keine Erforderlichkeitsprüfung
- Art. 74 II GG (neu): Zustimmung des Bundesrates erforderlich
- Ergänzend: Finanzhilfen nach dem Vorbild der Art. 104b ff. GG oder neue Gemeinschaftsaufgabe nach dem Vorbild des Art. 91a GG

Verfassungsänderung Art. 74 I Nr. 12 GG

- Art 74 I Nr. 12 GG (neu):
„Die konkurrierende Gesetzgebung erstreckt sich auf folgende Gebiete: [...] die Sozialversicherung [...] **ohne die in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a genannten Gebiete**“
- Art. 74 I Nr. 12 GG (neu) kein „Kompetenz-Joker“ mehr (Begrenzung der unitarisierenden Wirkung)

3. Fazit

Fazit (1)

- Eine isolierte Krankenhausreform ist keine Lösung!
- Zielvorstellungen klären: Ambulantisierung durch krankenhaushnahe Gesundheitszentren, Reduzierung bzw. Umlenkung der herkömmlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich
- Weitere Reduzierung + (Teil-)Schließung des niedergelassenen Bereichs der ärztlichen Versorgung
- Reorganisation des verbleibenden niedergelassenen Bereichs: Stärkung der Allgemeinmedizin sowie neue Versorgungsformen mit Delegation + Substitution

Fazit (2)

- Sektorübergreifende Versorgung: Thema des gesamten Versorgungsdesigns (nicht nur in der GKV)
- Verfassungsrechtlichen Rahmen justieren: Gesetzgebungskompetenzen + Finanzierung
- Sektorübergreifende Versorgung geht (wie Ende der 1960er/Anfang der 1970er Jahre die Krankenhausreform) nur mit den (verfassungsrechtlich gestärkten) Ländern!