

Sektorenübergreifende Versorgung in der Rechtsprechung

Rechtssymposium des Gemeinsamen Bundesausschusses

Berlin 17. April 2023

Übersicht

1. Ausgangslage: Wenig sektorenübergreifende Versorgung, wenig Rechtsprechung
2. Brücken und Stege über die Grenze der Sektoren
3. Neue Sektoren statt bessere Verzahnung der beiden bestehenden
4. Friktionen zwischen der vertragsärztlichen Versorgung und der Leistungserbringung in Level- 1i –Häusern im Sinne der Vorschläge der Kommission
5. Der Krankenhausbegriff im GG, im KHG und im SGB V oder: Gibt es Rechtecke ohne Ecken und wenn ja, warum?

1. Ausgangslage

- Explizit keine normative Verzahnung der Planung des Bedarfs an ärztlicher, nicht notwendig vollstationärer Versorgung in Krankenhaus und niedergelassener Praxis
- Tatsächliche Verschränkungen über die Auslagerung von Labormedizin, Pathologie und Radiologie in den vertragsärztlichen Sektor (vom BSG gebilligt) und den Betrieb von Krankenhaus-MVZ in den auch vom Krankenhaus vorgehaltenen Fachgebieten (insoweit rechtlich nicht umstritten)
- Weitgehend unregulierte Einbindung von Vertragsärzten in die stationäre Versorgung im Zuge einer gesetzgeberischen Korrektur der engeren Rechtsprechung des **BSG v. 23.3.2011 – B 6 KA 11/10 R** („Honorararzt“)
- Umstrittene Auswirkungen auf den sozialversicherungsrechtlichen Status dieser Ärzte (**BSG v. 4.6.2019 – B 12 R 11/18 R**)

2. Brücken und Stege über den „Graben“ zwischen den beiden Sektoren

- Sonderzulassung für Belegärzte trotz bestehender Zulassungsbeschränkungen in der betroffenen Fachgruppe
- § 103 Abs. 7 SGB V vom BSG eher im Sinne der Begrenzung von Versuchen der Umgehung von Zulassungsbeschränkungen als im Sinne der Förderung der belegärztlichen Tätigkeit verstanden („Belegkopfkissen“ statt Belegbetten in einer Münchener Spezialklinik, **BSG v. 2.9.2009 - B 6 KA 44/08 R**)
- Anrechnung von ermächtigten Ärzten und Institutionen auf die Bedarfsdeckung im vertragsärztlichen Bereich (§ 22 BedarfspIRL)

Brücken und Stege über den „Graben“ zwischen den beiden Sektoren

- Im Rahmen der Sonderbedarfszulassung keine Bedarfsdeckung durch die „stationäre Leistungserbringung in Krankenhäusern“ nach § 39 Abs. 9 Satz 1 BedarfspIRL
- In der Rechtsprechung bisher eher unkritisch rezipiert: Selbstverständlicher Vorrang einer Sonderbedarfszulassung vor einer Ermächtigung
- Im Zuge der „Revolution“ der Krankenhauslandschaft aber konflikträchtig:
- Sind auch teilstationäre Angebote erfasst, gilt das Gebot zur Verschließung der Augen vor einer tatsächlichen Bedarfsdeckung auch für Leistungen in Level 1i-Häusern, soweit diese nur ambulante Leistungen anbieten?

3. Neue Sektoren statt bessere Verzahnung der beiden bestehenden

- Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
- **BSG v. 15.3.2012 – B 3 KR 13/11 R** zum Konkurrenzschutz von Vertragsärzten nach alter Rechtslage (praktisch überholt)
- Keine Steuerung der Angebote durch die vertragsärztliche Bedarfsplanung, auch soweit der ambulante Sektor betroffen ist
- Hohe Regulierungsdichte, Notwendigkeit der Einbeziehung von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten in die Teams mit Modellcharakter für sektorenübergreifende Kooperationen
- Faktisch deutliche Dominanz des Krankenhaussektors, Begrenzung der Anreize zur Förderung des Modells auf Seiten der KÄV durch die Bereinigungsregelung nach § 116b Abs. 6 iVm § 87a Abs. 3 SGB V

Neue Sektoren statt bessere Verzahnung der beiden bestehenden

- Die besondere Versorgung nach § 140a SGB V als Basis für Verzahnungsmodelle
- Sehr weiter Spielraum der Partner bei Verträgen zu Operationen (**BSG v. 17.1.2021 – B 6 A 1/20 R**)
- Zulässigkeit von Verträgen, in denen ambulante OP geregelt sind, die in der Regelversorgung nur stationär angeboten werden
- Einbeziehung auch der Kosten häuslicher Krankenpflege in das OP-Entgelt (sinnvolle gesamtwirtschaftliche Betrachtung)
- Bereinigung der Gesamtvergütung nach § 140a Abs. 6 SGB V mit Auswirkungen auf die Positionierung der KÄV

Neue Sektoren statt bessere Verzahnung der beiden bestehenden

- Spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V
- Einheitliches Vergütungssystem als Weiterentwicklung des § 115b SGB V, der neben ambulanten Op auch andere stationsersetzende Behandlungen erfasst
- Weiterentwicklung der schon in **BSG v. 11.4.2002 – B 3 KR 25/01 R –** angelegten Gleichstellung von Krankenhäusern und Vertragsärzten bei ambulanten Operationen
- Neues Konzept: Einheitliche Vergütung unmittelbar von den KKn auf gleichem Niveau statt Zuständigkeit der KÄV für Vertragsärzte
- Neu (gewollt?): Keine Bereinigung der Gesamtvergütungen nach § 87a Abs. 3, keine Vorgaben dazu durch den Bewertungsausschuss nach § 87a Abs. 5

Neue Sektoren statt bessere Verzahnung der beiden bestehenden

- Einheitliches Vergütungsniveau unabhängig von Leistungsort und Form der Leistungserbringung (ambulant/stationär)
- Umkehrung der Gleichbehandlungsproblematik in der Rechtsprechung des BSG zur Vergütung der ambulanten Notfalleistungen der Krankenhäuser: Ständige gerichtliche Korrekturen der Schlechterstellung der Krankenhausambulanzen gegenüber Vertragsärzten durch Regelungen in EBM-Ä und HVM (markant **BSG v. 28.06.2017- B 6 KA 12/16 R**)
- Fragestellung bei § 115f umgekehrt: Ungleiche Sachverhalte, wenn Krankenhäuser öffentlich gefördert werden und Vertragsärzte alle Investitionskosten der Praxen aus der Vergütung der Leistungen finanzieren müssen?
- Rechtfertigung (wie bei Abschaffung des Investitionskostenabschlags nach § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V in der Fassung 2015) über die höheren Vorhaltekosten des Krankenhauses, die aber konkret medizinisch nicht erforderlich sind?

Friktionen zwischen der vertragsärztlichen Versorgung und Level II-Krankenhäusern

- Krankenhausbehandlung nach **BSG v. 28.2.2007 – B 3 KR 15/06 R, RdNr. 12** als Komplexleistung aus ärztlicher, pflegerischer und versorgungsbezogener Behandlung
- Ist das für die Level Ia-Häuser als regionale Zentren mit ambulanter Ausrichtung obsolet, besteht kein Unterschied mehr zu einer BAG oder einem MVZ, das denselben fachlichen Qualitätsstandard bietet.
- Konsequenz für die Bedarfsplanung: Es müssen Eingriffe (z.B. ambulante Kataraktoperationen) in Level Ia-Häusern und Vertragsarztzulassungen (z.B. für Augenärzte, die wirtschaftlich auf solche Operationen angewiesen sind) gemeinsam beplant werden.

Friktionen zwischen vertragsärztlicher Versorgung und Level II-Krankenhäusern

- Rechtfertigung der Bedarfsplanung durch das BSG über die Notwendigkeit der Kostenbegrenzung bei den KKn und die Idee der angebotsinduzierten Nachfrage (in den Grundaussagen nicht überholt: **BSG v. 18.3.1998 – B 6 KA 37/96 R**)
- Keine Unterschiede erkennbar, wenn Leistungen betroffen sind, die in gleicher Form und Qualität und ohne den Hintergrund der ärztlich-pflegerischen Infrastruktur eines herkömmlichen Krankenhauses erbracht werden können
- Rechtliche und tatsächliche Schwierigkeiten einer gemeinsamen und einheitlichen Planung von Eingriffen und Arztsitzen durch Landesbehörden (Level 1i.Haus) und Zulassungsgremien (Mischverwaltung, Aufsicht)

Friktionen zwischen vertragsärztlicher Versorgung und Level II-Krankenhäusern

- Rechtfertigung der Innovationsoffenheit der Krankenhäuser nach § 137c SGB V für neue Methoden gegenüber der restriktiveren Ausrichtung des § 135 Abs. 1 im vertragsärztlichen Bereich, wenn das „Krankenhaus“ ein regionales Zentrum ohne bettenführende Stationen und unter Leitung einer fachlich versierten Pflegekraft ist?
- Auswirkung der Förderung der Investitionen eines Level II – Krankenhauses durch das Land im Vergleich zu gleich leistungsfähigen niedergelassenen Ärzten (MVZ) bei Behandlungen nach §115b und dem entsprechenden Katalog stationersetzender Eingriffe.

Der Krankenhausbegriff im GG, im KHG und im SGB V

- Für den Bereich der Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) maßgebliche Definition in § 107 mit den Merkmalen einer ständigen ärztlichen Leitung und der Möglichkeit einer Übernachtung
- Etwas engerer Begriff als nach § 2 Nr. 1 KHG wegen der Abgrenzung zu den Rehakliniken
- **BSG v. 28.1.2009 – B 6 KA 61/07 R:** Auch Einrichtungen, die nur Tages- oder Nachtbehandlungen anbieten, sind Krankenhäuser im Sinne des § 107 SGB V; Bindung der Zulassungsgremien an die Aufnahme einer solchen Einrichtung in den Krankenhausplan
- Entschieden zu § 118 Abs. 1 SGB V: Ermächtigung Psychiatrischer Krankenhäuser

Der Krankenhausbegriff im GG, im KHG und im SGB V

- Bestätigung der Rechtsprechung des **BSG** zum Krankenhausbegriff in § 118 SGB V durch Urteil vom **23.3.2023 – B 6 KA 7/22 R**
- Begründung der Anwendung des Krankenhausbegriffs auf reine Tageskliniken ganz vorrangig mit den besonderen Bedingungen psychiatrischer Erkrankungen und deren Behandlung (Umsetzung des Psychiatrie-Enquete)
- Außerhalb der psychiatrischen Versorgung kaum reine Tageskliniken am Markt (außer im Rehabereich)
- Ausweitung des Begriffs der teilstationären Behandlung in § 39 SGB V auf eine tagesstationäre Behandlung im Sinne des § 115e SGB V, die als vollstationär legaldefiniert wird.

Der Krankenhausbegriff im GG, im KHG und im SGB V

- Mit § 115e SGB V Aufgabe des Kriteriums der Übernachtung als einziges „hartes“ Abgrenzungsmerkmal zwischen voll- und teilstationärer Behandlung in der Rechtsprechung des BSG
- Der Gesetzgeber kann festlegen, dass ein Rechteck ein Rechteck bleibt, auch wenn es keine Ecken hat und für Laien wie ein Kreis aussieht (ob das sinnvoll ist, mag auf sich beruhen).
- Schranken dieser weiten Definitionsmacht des Gesetzgebers allerdings bei Rezeption grundgesetzlicher Begriffe
- Kompetenztitel des Bundes nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG nicht unbegrenzt auslegungsfähig

Der Krankenhausbegriff im GG, im KHG und im SGB V

- Traditionell bei der Auslegung von Kompetenztiteln große Bedeutung entstehungsgeschichtlicher Argumente wegen der Sicherung der Machtbalance zwischen Bund und Ländern
- Sehr offene Auslegung der Nr. 19 („andere Heilberufe“) im Beschluss des BVerfG zum Berufsbild des Altenpflegers und des Altenpflegehelfers (**2 BvF 1/01 v. 24.10.2002, BVerfGE 106, 62**)
- Wohl nicht auf den Begriff „Krankenhaus“ in Nr. 19a übertragbar, weil es 1969 eine relativ klare Vorstellung vom Krankenhaus gab, wogegen sich die Berufsbilder in der Altenpflege erst deutlich nach 1949 herausgebildet haben und ausdifferenziert wurden

Der Krankenhausbegriff im GG, im KHG und im SGB V

- Im Sinne der Rechtsprechung des BVerfG keine „Versteinerung“ der Auslegung des Krankenhausbegriffs, aber doch die Notwendigkeit eines dem einfachen Gesetzgebers entzogenen Kernbereichs: Eine allein pflegerisch geleitete Einrichtung zur ambulanten Versorgung ohne bettenführende Stationen und ständige ärztliche Versorgungsmöglichkeit ist – außerhalb der Psychiatrie – wohl kein Krankenhaus im Sinne des GG
- Kein Verzicht auf einen im Kernbereich klar konturierten Krankenhausbegriff in Nr. 19a wegen der Kompetenzen des Bundes für den ambulanten Sektor aus Nr. 12 („Sozialversicherung“)

Der Krankenhausbegriff im GG, im KHG und im SGB V

- Anders als im Rahmen der Nr. 12 hat der Bund über Nr. 19a keine Vollkompetenz zur Regelung der gesamten Krankenhausversorgung
- Begrenzung der Regelungskompetenz des Bundes auf die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und nicht auf die Organisation und Planung von Krankenhäusern (**BVerfG v. 7.2.1991 – 2 BvL 24/84, BVerfGE 83, 363 RdNr. 60**)
- Mit der Bezeichnung eines schwerpunktmäßig ambulant ausgerichteten Hauses (Level II) als „Krankenhaus“ liefert sich der Bund der Planungskompetenz der Länder aus und kann die zwingend erforderliche Planung des gesamten Bereichs ambulanter Leistungen unter Einbeziehung dieser Häuser kaum noch über vertragsärztliche Normen und die Gremien der vertragsärztlichen Versorgung - insoweit auf der Grundlage der Nr. 12 - steuern.