

michels.pmks

# Juristische Einordnung der Krankenhausreform – alles lege artis?

**Dr. Kerrin Schillhorn, MIL, Fachanwältin für Verwaltungsrecht,  
Fachanwältin für Medizinrecht**



# Krankenhausreform – Übersicht

michels.pmks

- tagesstationäre Behandlung, § 115e SGB V
  - wirft mehr rechtliche und organisatorische Fragen auf als damit gelöst werden, tatsächlich aber kaum relevant
- spezielle sektorengleiche Vergütung – Hybrid-DRG, § 115f SGB V
  - durchbricht Sektorentrennung, ohne deren rechtliche Grundlagen zu verändern und wird deshalb rechtsdogmatisch, aber auch praktisch und vor allem wirtschaftlich zu nicht ohne Weiteres lösbaren Fragestellungen führen
- Krankenhaus-Transparenzgesetz, § 135d SGB V, § 6a KHEntgG
  - Abbildung der Tarifierhöhungen überfällig, Notwendigkeit und Eignung der Transparenzliste umstritten
- **Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz**

## Ziele des KHVVG (E) – nach der Gesetzesbegründung

michels.pmks

- Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität
- Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten
- Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung

sowie

- Entbürokratisierung

# Inhalte des KHVVG (E)

michels.pmks

- Primat der bundeseinheitlichen Qualität der stationären Leistungserbringung
- Abkehr von der Selbstverwaltung – wesentliche Aufgaben werden Instituten übertragen, die unmittelbar vom BMG beauftragt und beaufsichtigt werden
- Vorhaltevergütung

sowie

- wesentliche Einschränkung der Länderzuständigkeit für Krankenhausplanung – bundeseinheitliche Vorgaben für die Krankenhausplanung und umfassende Prüf- und Kontrollrechte durch Medizinischen Dienst

# Krankenhausreform i.S.d. KHVVG (E) - lege artis?

michels.pmks

→ konkrete Inhalte des KHVVG (E):

- Einführung bundeseinheitlicher Leistungsgruppen, Qualitätsvorgaben und Mindestfallzahlen
- Einführung Vorhaltevergütung
- Einführung sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen
- Betrauung InEK, IQTIG und MD mit wesentlichen Aufgaben zur Normsetzung, Prüfung und Kontrolle der Normeinhaltung

→ keine grundsätzliche Abkehr der föderalen Aufgabenteilung Bund/Länder

→ keine grundsätzliche Abkehr von den Grundsätzen des Krankenhausrechts, § 1 KHG

→ keine grundsätzliche Abkehr von der Sektorentrennung gem. § 39 Abs. 1 SGB V

# Rechtlich zu bewertende Themenbereiche

michels.pmks

- Gesetzgebungskompetenz Bund/Länder
- Grundrechtsrelevanz für Krankenhäuser
- Vereinbarkeit mit Grundsätzen des Krankenhausrechts (Selbstverwaltung GBA!)
- Vereinbarkeit mit Sektorentrennung
- Rechtliche Einordnung der Sonderrolle Universitätsklinika
- Rechtsschutzfragen

# Gesetzgebungskompetenz des Bundes

michels.pmks

- Gesetzgebungskompetenz des Bundes gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG: „*die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze*“
- Konkurrierende Gesetzgebung, d.h. Bundeskompetenz nur, „*wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht.*“, § 72 Abs. 2 GG
- betrifft KHVVG (E) nur „*wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und Regelung der Krankenhauspflegesätze*“?

# Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser/Krankenhauspflegesätze?

michels.pmks

- Einführung der Vorhaltevergütung betrifft unmittelbar Krankenhauspflegesätze, also ist Gesetzgebungskompetenz des Bundes gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG gegeben
- aber:**
- KHVVG (E) enthält auch Regelungen zu **bundeseinheitlichen Leistungsgruppen, Qualitätsvorgaben und Mindestfallzahlen** sowie die Beauftragung des InEK und des IQTIG sowie des Medizinischen Dienstes zur Normsetzung und Kontrolle – wirtschaftliche Sicherung? Krankenhauspflegesätze?
- Gesetzgebungskompetenz für Krankenhausplanung obliegt den Bundesländern – welcher planerische Spielraum bleibt den Ländern?
- Leistungsgruppen, Qualitätsvorgaben und Mindestfallzahlen werden – durch Rechtsverordnungen – bundesrechtlich vorgegeben sein; ausgearbeitet durch InEK und IQTIG
- Prüfung der Voraussetzungen erfolgt durch MD für die Länder
- lediglich (inhaltlich und zeitlich begrenzte) Ausnahmemöglichkeiten verbleiben für die Länder

# Rechtliche Einordnung Gesetzgebungskompetenz

michels.pmks

- das KHVVG (E) geht weit über die Regelung der Pflegesätze und der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser hinaus
- Kernziel ist die Qualitätsverbesserung bzw. Patientensicherheit
- Planungshoheit der Bundesländer wird erheblich beschnitten
- verfassungsrechtlich sehr bedenklich! (vgl. z.B. Gutachten Prof. Wollenschläger)

# Grundrechtsrelevanz für Krankenhäuser

michels.pmks

- durch KHVVG (E) sollen Leistungsvoraussetzungen durch Qualitätsvorgaben (einschließlich begleitender Leistungsgruppen) und Mindestvorhaltezahlen (Fallzahlen) bundeseinheitlich geregelt werden
- Vorgaben betreffen Möglichkeit und Umfang der Leistungserbringung und damit die Grundrechte der (freigemeinnützigen und privaten) Krankenhäuser auf Berufsfreiheit, Art. 12 Abs. 1 GG und Handlungsfreiheit, Art. 2 Abs. 1 GG
- Versorgungsangebot und Leistungsmengen werden bundesrechtlich vorgegeben bzw. eingeschränkt – damit liegt ein Eingriff in die Berufsfreiheit vor, der nur zulässig ist, wenn er verfassungsrechtlich gerechtfertigt ist
- dabei sind die Anforderungen um so höher, je eher die Berufswahlfreiheit (also Zugang zum Beruf) betroffen ist und um so niederschwelliger, je eher die Berufsausübungsfreiheit (also rechtlicher Rahmen, in dem der Beruf ausgeübt werden kann) betroffen ist

# Rechtfertigung der Grundrechtseingriffe?

michels.pmks

- Eingriffe in diese Grundrechte, insbesondere in das Grundrecht auf Berufsfreiheit gem. Art. 12 Abs. 1 GG müssen gerechtfertigt sein, d.h. sie müssen geeignet, angemessen und verhältnismäßig sein
- welche Qualitätsverbesserung soll konkret erreicht werden? Ist das Ziel definiert oder nur abstrakt verfolgt?
  - wurden Qualitätsvorgaben, insbesondere die Verknüpfung mit anderen Leistungsgruppen und Mindestfallzahlen daraufhin geprüft,
    - ob diese – evidenzbasiert – die Qualität der Leistungserbringung in allen relevanten Fällen steigern?
    - ob mildere Mittel bestehen, das Ziel der Qualitätsverbesserung zu erreichen?
    - ob die Qualitätsvorgaben in Bezug auf die Eingriffe in die Berufsausübungsfreiheit der Krankenhäuser verhältnismäßig sind?
- umso relevanter, je existenzieller die Vorgaben für ein einzelnes Krankenhaus sind!

# Vereinbarkeit mit Grundsätzen des Krankenhausrechts

michels.pmks

| → Grundsätze des Krankenhausrechts:           |   | erfüllt?   |
|---|---|------------|
| ○ wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser | - | angestrebt |
| ○ qualitativ hochwertig                       | - | ja         |
| ○ patientengerecht                            | - | nein       |
| ○ bedarfsgerecht                              | - | nein       |
| ○ leistungsfähig                              | - | offen      |
| ○ digital ausgestattet                        | - | möglich    |
| ○ eigenverantwortlich wirtschaftend           | - | offen      |
| ○ sozial tragbare Pflegesätze                 | - | offen      |
| ○ Trägervielfalt                              | - | nein       |

# Bewertung KHVVG (E) Grundsätze KHR

michels.pmks

- KHVVG (E) verfolgt ganz überwiegend (nur) Qualitätsverbesserung
- fachliche bzw. medizinische Rechtfertigung für die vorgesehenen Maßnahmen, Leistungsgruppen, Qualitätsvorgaben, Mindestfallzahlen liegen nicht vor
- was passiert mit den anderen Grundsätzen des Krankenhausrechts?
  - Patientengerechtigkeit bei zentraler Versorgungssteuerung durch Universitätsklinika und deutlicher Reduzierung spezialisierter Angebote?
  - Bedarfsgerechtigkeit im ländlichen Raum?
  - Trägervielfalt?
- kommen im KHVVG (E) nicht – oder nur im Wege von befristeten Ausnahmemöglichkeiten der Länder – vor

# KHVVG (E) und Sektorentrennung

michels.pmks

- Ausgangspunkt: klare Sektorentrennung, die für Bedarfsermittlung, Zulassung, Leistungserbringung, Finanzierung und Vergütung gilt
  
- Nun:
  - Hybrid DRG
  - sektorenübergreifende Einrichtungen
  
- Grenzen der Sektorentrennung werden vermeintlich aufgelöst, ohne jedoch die entsprechenden Regelungen, die vollständig unterschiedlich ausgestaltet sind, aufzugreifen

# Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

michels.pmks

- § 115 g SGB V: Krankenhäuser werden als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmt
- dürfen nur bestimmte, konkret formulierte Leistungen erbringen:
  - stationär durch Vereinbarung DKG Spitzenverband Bund der KK konkret bestimmt
  - ambulant, soweit dies bereits in §§ 116 ff, 115 b SGB V für Krankenhäuser zugelassen ist
  - Übergangs- und Kurzzeitpflege, soweit dies bereits in §§ 39 c und e SGB V zugelassen ist

Bundesratsvorschlag enthält zwar Erweiterungen, aber keine grundlegende Abkehr von dem Konzept des Gesetzesentwurfes

- wohl mit geltender Sektorentrennung vereinbar, aber Chance auf Überwindung Sektorentrennung verpasst!

# Rolle Universitätsklinika

michels.pmks

- sollen umfassende Sonderrolle erhalten
- höchstes Versorgungslevel und damit höchste (Vorhalte)Vergütung
- Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben in der Region und damit Zuschläge
- Konzeption und Koordinierung des Einsatzes regionaler, insbesondere telemedizinischer Versorgungsnetzwerke, informationstechnischer Systeme und digitaler Dienste
- Transformationsfonds: 2 der (7) Fördertatbestände setzen Kooperation mit Universitätsklinikum voraus
- Universitätsklinika erhalten jährlich 125 Mio. € für Koordinierungsaufgaben
- Universitätsklinika erhalten jährlich 75 Mio. € für spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken
  
- Gesetzeskompetenz des Bundes für Aufgaben und (Sonder-)Finanzierung der Universitätsklinika findet sich im Grundgesetz nicht

# Rechtsschutz gegen KHVVG (1)

michels.pmks

- gegen KHVVG – Verfassungsbeschwerde/Normkontrollverfahren: nur Bundesländer wegen Verletzung der Gesetzgebungskompetenz, nicht Krankenhäuser oder Einzelne
- gegen Rechtsverordnungen zur Umsetzung Qualitätsvorgaben und Mindestvorhaltezahlen – Normkontrollverfahren: Krankenhäuser und Einzelne im Fall der unmittelbaren Rechtsverletzung durch Rechtsverordnung – andernfalls muss Umsetzungsakt beklagt werden

**Aber:** Rechtsverordnungen sollen zustimmungspflichtig sein, d.h. Bundesrat (also die Länder) muss zustimmen – wird das geschehen?

## Rechtsschutz gegen KHVVG (2)

michels.pmks

- GBA muss seine Richtlinien aufheben, soweit diese Qualitätsvorgaben regeln, die in BMG-Rechtsverordnungen auf der Grundlage des KHVVG (E) enthalten sind, § 136 Abs. 4 SGB V (E)
- Klagerecht/Recht auf Verfassungsbeschwerde des (rechtsfähigen) GBA?
- Krankenkassen finanzieren Transformationsfonds maßgeblich mit, da Mittel aus dem Gesundheitsfonds „umgeleitet“ werden, § 12 b Abs. 1 KHG (E); Gesundheitsfonds ist zur Finanzierung der Aufgaben der GKV eingerichtet, §§ 266 ff SGB V
- Klagerecht/Recht auf Verfassungsbeschwerde der Krankenkassen?

## Rechtsschutz gegen Maßnahmen aufgrund des KHVVG (3)

michels.pmks

- gegen MD Prüfung der Voraussetzungen für die beantragten Leistungsgruppen
  - kein Rechtsschutz, Krankenhaus wird hierüber nicht einmal informiert
- gegen Nichtaufnahme bzw. Herausnahme aus dem Krankenhausplan
  - Klagerecht vor den Verwaltungsgerichten, aber keine aufschiebende Wirkung
- gegen Festsetzung Vorhaltebudget durch InEK
  - Klagerecht vor den Verwaltungsgerichten, aber keine aufschiebende Wirkung, da Verpflichtungsklage



Dr. Kerrin Schillhorn  
Hohenstaufenring 57  
50674 Köln

Tel.: +49 - (0)221 / 50003 – 738

Fax: +49 - (0)221 / 50003 – 636

[www.michelspmks.de](http://www.michelspmks.de)

E-Mail: [schillhorn@michelspmks.de](mailto:schillhorn@michelspmks.de)

