

Berlin

Jörn Schroeder-Printzen ^{1)2)*}

Mommsenstraße 11
10629 Berlin
Telefon: 030/2009 54 93-5
Telefax: 030/2009 54 93-6
berlin@rpmed.de

Duisburg

Dr. Christian Tünnesen-Harmes ^{6)13)14)*}
Harald Wostry ^{1)5)10)*}
Prof. Dr. Jörn Westhoff, M.A. ³⁾
Mark Dominik Ottlik ⁶⁾¹⁴⁾
Dr. Thomas Wostry ^{6)*}

Essen

Harald Wostry ^{1)5)*}
Dr. Thomas Wostry ^{6)*}
Dr. Christian Tünnesen-Harmes ^{6)10)13)14)*}

Freiburg im Breisgau

Peter Schabram ^{1)*}

Köln

Gerald Spyra, LL.M. ^{6)12)*}

Meißen

Christoph Sorek ^{1)*}
Kerstin Peschel ^{1)5)18)*}

München

Prof. Dr. Ulrich M. Gassner ^{6)*}
Hans-Jörg Weber ^{1)5)*}
Sascha Petzold ^{5)9)15)*}
Dr. Florian Englert ⁴⁾⁵⁾¹⁶⁾
Christine Englert ⁴⁾¹⁶⁾¹⁷⁾

Sindelfingen

Prof. Dr. Thomas Ratajczak ^{1)2)*}
Jan von Wallfeld ^{4)*}
Dr. Detlef Gurgel ^{1)*}
Dr. med. Helge Hölzer ^{1)7)*}
Dr. Clemens Winter ^{1)*}
Nico Gottwald ^{1)*}
Birte Rosenkranz ^{1)*}
Dr. Christiane Werle ^{1)*}
Verena Hagen ⁶⁾
Björn Rathmann ¹⁾
Dr. Ulrich Wellmann ⁹⁾
Prof. Dr. Dr. med. Heiko Striegel ⁶⁾⁸⁾¹⁰⁾¹¹⁾
Christian A. Schuler ¹⁰⁾¹¹⁾

www.rpmed.de

Partnerschaftsgesellschaft mit
beschränkter Berufshaftung
Gem. § 59f BRAO zugelassene
Berufsausübungsgesellschaft
AG Stuttgart PR 240005
Sitz: Sindelfingen
USt-ID: DE145149760

Berlin, den 05.08.2023

Bearbeiter: RA Schroeder-Printzen

Erste Analyse des Eckpunktepapiers Krankenhausreform

Nach monatelangem Streit zwischen dem Bundesgesundheitsminister und den Bundesländern über eine als unstrittig notwendig anzusehende Krankenhausreform haben sich die Beteiligten nunmehr – mehr oder weniger - "zusammengerauft" und eine Eckpunktepapier über die Krankenhausreform am 10.07.2023 verfasst.

Der langwierige Streit zwischen Bund und Ländern war geschuldet der gespaltenen Gesetzgebungszuständigkeit für Krankenhäuser und dem weitgehenden Gestaltungswunsch des Bundesgesundheitsministers. Während der Bund für die Vergütung der Krankenhäuser die Gesetzgebungskompetenz hat, ist originäre Aufgabe der Bundesländer, die Krankenhausplanung durchzuführen. Über Parteigrenzen hinweg waren die Bundesländer der Auffassung, der Bundesgesundheitsminister würde mit seiner ursprünglich angedachten Krankenhausreform mit den verschiedenen Stufen der Krankenhäuser in die originäre krankenhausplanungsrechtliche Zuständigkeit der Länder eingreifen. Wenn das tatsächlich gewollt gewesen wäre, dem Bund eine Kompetenz für die Krankenhausplanung (mit) zu gewähren, hätte es einer Verfassungsände-

¹⁾ Fachanwalt/-anwältin für Medizinrecht

²⁾ Fachanwalt für Sozialrecht

³⁾ Fachanwalt für Internationales Wirtschaftsrecht

⁴⁾ Fachanwalt für Bau- und Architektenrecht

⁵⁾ Fachanwalt für Strafrecht

⁶⁾ Medizinrecht

⁷⁾ Facharzt für Chirurgie

⁸⁾ Facharzt für Allgemeinmedizin; Sportmedizin

⁹⁾ Arbeitsrecht

¹⁰⁾ Zweigstelle

¹¹⁾ Hauptkanzlei: Löchgauer Straße 44
74321 Bietigheim-Bissingen

¹²⁾ Informations- und Datenschutzrecht

¹³⁾ Fachanwalt für Verwaltungsrecht

¹⁴⁾ Umwelt- und Umweltstrafrecht, Technische Sicherheit

¹⁵⁾ Zertifizierter Mediator

¹⁶⁾ Of Counsel

¹⁷⁾ Fachanwalt für Familienrecht

¹⁸⁾ Fachanwalt für Verkehrsrecht

* Partner im Sinne des § 3 Abs. 2 PartGG

rung bedurft, die mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit niemals zustande gekommen wäre.

Aber auch in diesem konsentierten Eckpunktepapier scheint es noch politisch etwas zu brodeln, denn dieses Eckpunktepapier steht unter dem ausdrücklichen Vorbehalt einer zukünftigen finalen Gesamteinigung zwischen Bund und Ländern über die Grundstruktur einer Krankenhausreform. Daher kann man schon jetzt sagen, dieses Eckpunktepapier ist der Start für einen abschließenden Konsens, der Konsens zwischen Bund und Ländern liegt noch nicht vor.

Ziel dieser Krankenhausreform soll zum einen die Gewährleistung von Versorgungssicherheit im Rahmen der Daseinsvorsorge sein, ferner soll die Reform die Sicherung und Steuerung der Behandlungsqualität sowie als dritten Punkt eine Entbürokratisierung beinhalten.

Gerade beim letztgenannten Punkt wird man große Zweifel äußern können, ob eine Entbürokratisierung tatsächlich erreicht wird. Aus der Historie der Reformen des Gesundheitswesens ist deutlich erkennbar, dass in all den Fällen, in denen eine Entbürokratisierung erzielt werden sollte und das Wort geschwungen wurde, diese zu einer höheren Bürokratisierung führte. Es ist zu befürchten, Entsprechendes wird auch vorliegend passieren.

Die Krankenhausreform soll in zwei eigenständigen Gesetzes kommen:

- generelle Überarbeitung der Vergütungsstrukturen für Krankenhäuser (nachfolgend "Krankenhausreform" genannt)
- sektorenübergreifende Versorger ("Level II-Krankenhäuser") (nachfolgend "Level II-Krankenhäuser" genannt)

I. Krankenhausreform

Die Krankenhausreform hat diverse Einzelgesichtspunkte, die nachfolgend dargestellt werden sollen:

1. Änderung der Vergütungsstruktur

Die bisherige Zweiteilung der Krankenhausvergütung in DRG und Pflegebudget soll nunmehr in eine dreistufige Vergütung geteilt werden, das Pflegebudget, die DRGs sowie - und dieses ist neu - eine Vorhaltevergütung, später wird dann von Vorhaltebudget gesprochen; wer das Gesundheitssystem in Deutschland kennt, weiß, hier gibt es keine nach oben offene Vergütung, sondern sie wird mal wieder gedeckelt.

2. Leistungsgruppen

Auch wenn sich der Bundesgesundheitsminister etwas von der Level-Einteilung der Krankenhäuser verabschiedet hat, kommen sie in anderer Form im Rahmen der Vergütung wieder.

Es sollen Leistungsgruppen gebildet werden, denen die einzelnen Behandlungsfälle zugeordnet werden können. Dieses Modell der Leistungsgruppen ist in der Krankenhausfinanzierung neu. Die Leistungsgruppen haben bisher in Nordrhein-Westfalen im Rahmen der Krankenhausplanung Eingang gefunden, wo sie auch entwickelt wurden, und soll jetzt in die Vergütungsstrukturen übertragen werden.

In der Krankenhausplanung von Nordrhein-Westfalen werden die Leistungsgruppen die jeweiligen Facharztdisziplinen in Untergruppen aufgegliedert. Dabei werden den Leistungsgruppen Mindestvorgaben, sowohl hinsichtlich der Technik als auch hinsichtlich des Personals vorgenommen. Dieser planerische Ansatz soll jetzt in die Struktur der Vergütung im Rahmen der Vorhaltevergütung einfließen; dies erinnert den Verfasser an die Einführung der DRG; sie stammen aus Australien und dienten ausschließlich statistischen Zwecken, in Deutschland wurden sie die Stellschrauben für die Vergütung. Diese Leistungsgruppen werden maßgebliches Kriterium für die Verteilung der Vorhaltepauschalen bzw. genauer des Vorhaltebudgets.

3. Vorhaltepauschalen/Vorhaltebudget

Die Vorhaltepauschale führt grundsätzlich zu keiner Erhöhung des Erlösvolumens, sie wird vielmehr über die Reduzierung der Fallpauschalen (re-)finanziert. Sonderregelungen gibt es für einzelne Klinikgruppen bzw. Leistungsbereiche.

Zunächst wird das aus der Reduzierung der Fallpauschalen sich ergebende Geldvolumen jeweils nach den Bundesländern ausgewiesen und nach den bereits oben beschriebenen Leistungsgruppen dargestellt. Dieses Vorhaltebudget soll - so ist zumindest der Entwurf zu verstehen - auf die Bundesländer und auf das jeweilige Jahr bezogen sein und gleichfalls einem Deckel unterzogen werden.

In der Individualisierung der Vorhaltepauschalen/Vorhaltebudget sollen die Krankenhäuser unter Berücksichtigung der bisherigen Fallzahl und Fallschwere eingestuft werden, dies auf empirisch-mathematischer Grundlage, das durch das InEK berechnet werden soll. Damit wird dann das landesweite Vorhaltebudget auf die jeweiligen Krankenhäuser unter Beachtung der Leistungsgruppen aufgeteilt. In der Konsequenz bedeutet das, dass das Vorhaltebudget für die einzelnen Krankenhäuser sehr unterschiedlich sein kann, auch wenn sie die gleichen Leistungen erbringen.

Daher soll auch eine mehrjährige Konvergenzphase stattfinden, um die finanziellen Veränderungen für die Krankenhäuser abzufedern. Dies ist kein unbekanntes Modell, auch hinsichtlich der Landesbasisfallwerte existierte eine Konvergenzphase.

Ein mittelbarer Eingriff in die Planungshoheit der Bundesländer wird über finanzielle Gesichtspunkte vorgenommen. Ein Krankenhaus hat nämlich nur dann einen Anspruch auf das leistungsgruppenbezogene Vorhaltebudget, wenn ihm vom Land die entsprechende Leistungsgruppe zugewiesen wurde und die Qualitätskriterien der Leistungsgruppe erfüllt sind. Konsequenz daraus ist, die Bundesländer werden mittelbar gezwungen, das durch den Bundesgesetzgeber vorgegebene Modell umzusetzen; welche Auswirkungen dies auf den Gesetzgebungsprozess haben wird, bleibt abzuwarten. Ausgezahlt werden soll das Vorhaltebudget mittelbar über die Krankenhausrechnungen.

4. Entbürokratisierung?/MD-Prüfung

Oben wurde bereits beschrieben, es soll eine Entbürokratisierung stattfinden, nunmehr kommt der deutliche Schritt zur Bürokratisierung. Neben der weiteren Zergliederung der Vergütung über die Vorhaltepauschale, nachdem bereits das Pflegebudget aus der DRG herausgenommen wurde, wird ein weiterer Schritt zur Bürokratisierung vorgenommen. Die nach OPS und ICD-10 verteilten Leistungsgruppen werden mit Qualitätsmerkmalen unterlegt, die dann durch den MD geprüft werden sollen. Dabei soll gleichzeitig auch geprüft werden, ob nicht weitere bisher existierende Prüfmethode - Prüfung der Strukturmerkmale oder die Qualitätssicherungsprüfung nach den Richtlinien des G-BA - zusammengefasst werden können. Nichts desto trotz wird man festhalten müssen, es findet eine Erweiterung der Prüfung statt.

5. Ausnahmeregelungen

Besondere Regelungen sind jedoch für Universitätskliniken oder andere zur Erbringung koordinierender und vernetzender Aufgaben geeigneter Versorger vorgesehen; dies gilt auch für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Notfallversorgung sowie Stroke Unit, spezielle Traumatologie und Intensivmedizin. Dort sollen noch Zuschläge gewährt werden.

Wie diese Ausnahmeregelungen in das Gesamtkonzept eingefügt werden sollen, darüber schweigt das Eckpunktepapier. Auch die Finanzierung hierfür ist noch vollkommen unklar.

6. Zwischenergebnis

Auch wenn viele Details naturgemäß bei dem Eckpunktepapier im Dunklen bleiben, wird hier mit Sicherheit ein spannender Spagat zwischen den Vergütungsstrukturen einerseits und der Krankenhausplanung andererseits noch viel Streit zwischen Bund und Ländern geben. Dabei darf sicherlich auch nicht vergessen werden, die Länger sind für die Finanzierung der Krankenhäuser im Bereich der Erhaltung und von Investitionen

zahlungspflichtig, festzustellen ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass die Länder dieser Verpflichtung bisher in der Vergangenheit nur rudimentär nachgekommen sind.

II. Level li-Krankenhäuser

Das gesamte Modell ist auf der abstrakten Ebene schon kaum ein nachvollziehbar, zumal auch Ausdrücke wie bettenführenden Primärversorgungszentren (PVZ), regionale Gesundheitszentren (RGZ – vgl. dazu die Regelung in § 3 Nr. 12 Niedersächsisches Krankenhausgesetz vom 28.06.2022, GVBl. 2022, 376), integrierte Gesundheitszentren oder andere ambulant-stationäre Zentren davon erfasst werden. Es geht hierbei um die Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung, also um Fragen, die sowohl das Krankenhausrecht als auch das Vertragsarztrecht betreffen. Beide Rechtsbereiche wurden sowohl vom Gesetzgeber als auch in der Rechtsprechung jeweils eigenständig behandelt. Gleichzeitig lässt das Eckpunktepapier an keiner Stelle erkennen, wie diese Verzahnung in der vertragsärztlichen Versorgung umgesetzt werden soll. Daher bleiben in diesem Zusammenhang – hierauf sei schon jetzt hingewiesen – viele Fragen im Dunkeln.

1. Plankrankenhaus

Einstieg in die gesamte Beurteilung ist zunächst, dass es sich um ein Plankrankenhaus nach § 108 Nr. 2 SGB V handelt. Damit entfallen für dieses Modell sämtliche Krankenhäuser, die über einen Versorgungsvertrag an der stationären Versorgung gemäß § 108 Nr. 3 SGB V fallen. Dies erscheint auf den ersten Blick nicht sachgerecht, da auch Vertragskrankenhäuser grundsätzlich geeignet sind, Level li-Krankenhäuser zu sein.

Welches Krankenhaus ein Level li-Krankenhaus werden kann, entscheiden die Bundesländer im Rahmen der Krankenhausplanung. Solange dort keine entsprechende Entscheidung zugunsten eines Level li-Krankenhaus getroffen wurde, sind die nachfolgenden weiteren Überlegungen zunächst nicht weiter relevant. Es bleibt dann abzuwarten, wie sich die stationäre Versorgung in einem Flickenteppich entwickeln wird.

2. Weiterbildungsrecht

Weitere Vorstellung in diesem Zusammenhang ist, dass die Level II-Krankenhäuser eine zentrale Funktion in der ärztlichen Weiterbildung erhalten sollen.

Mit dieser Überlegung wird im Eckpunktepapier ein extrem dickes Brett gebohrt, die Ausgestaltung des Weiterbildungsrechts für Ärzte ist originäres Landesrecht. Die grundsätzlichen Regelungen dafür sind in den jeweiligen Heilberufe-/Kammergesetzen der Bundesländer geregelt. In diesen landesrechtlichen Vorschriften wird jedoch für das Weiterbildungsrecht nur in den Eckpunkten geregelt, ansonsten handelt es sich hierbei um originäres Satzungsrecht der jeweiligen Landesärztekammer.

Gesetzgebungstechnisch bedeutet dies eine möglicherweise notwendige Anpassung der Heilberufe-/Kammergesetze und dann noch eine Anpassung der jeweiligen Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern, die üblicherweise durch die Änderung der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer zunächst vorgenommen wird und die dann in den jeweiligen Landesärztekammern diese Änderungen im eigenen Satzungsrecht übernimmt, wobei eine Pflicht zur Übernahme nicht besteht. Eine kurzfristige Anpassung der Weiterbildungsordnungen ist im Hinblick auf die jeweiligen Zuständigkeiten nicht zu erwarten.

Auch ist in diesem Zusammenhang die Frage zu stellen, warum die Level II-Krankenhäuser eine zentrale Rolle in der Weiterbildung bekommen sollen. Geht man davon aus, dass diese Krankenhäuser nur einen eingeschränkten Leistungsumfang haben werden, die den Bereich der Allgemeinmedizin/Geriatrie und zusätzlich eventuell Innere Medizin und/oder Chirurgie betreffen, so wird man sich die weitere Frage stellen müssen, was machen in diesem Modell mit den gesamten weiteren fachärztlichen Ausbildungen, die sich sicherlich nicht in einem Level II-Krankenhaus widerspiegeln werden (z.B. Radiologie, HNO-Heilkunde, Urologie, Strahlentherapie usw.)? An dieser Stelle bleibt festzuhalten, das Konzept wird so nicht funktionieren.

3. Versorgungsauftrag/Leistungsgegenstand

Auch bei der Definition des Leistungsgegenstandes – Versorgungsauftrag in der stationären Versorgung - des Level li-Krankenhauses wird es mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine Vielzahl von Problemen geben.

Angedacht ist in diesem Zusammenhang ein Negativkatalog an Leistungen, die die Level li-Krankenhäuser nicht erbringen dürfen. Dann stellt sich jedoch die weitergehende Frage, wenn der Patient im Laufe des stationären Aufenthaltes Leistungen benötigt, die das Level li-Krankenhaus nicht erbringen kann/darf, muss dann der Patient in ein weiteres Krankenhaus verlegt werden? Konsequenterweise müsste man dieses bejahen, ob das dem Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V entspricht, muss im Mindestmaß mit einem Fragezeichen versehen werden.

Ferner soll das Level li-Krankenhaus als sektorenübergreifender Versorger auch ambulante Leistungen erbringen:

- Ambulante Leistungen aufgrund einer vertragsärztlichen Ermächtigung: Hier ist an die bisher schon existierende Regelung des § 116a SGB V zu denken nach der Krankenhäuser bei Unterversorgung eine Institutsermächtigung erhalten können. Diese Regelung hat in der bisherigen Praxis keinerlei Rolle gespielt, weil letztlich von der Institutsermächtigung kein Gebrauch gemacht wird. Ob hier im Rahmen der Krankenhausreform § 116a SGB V einen neuen Inhalt bekommt, bleibt abzuwarten.
- Leistungen des AOP-Katalogs nach § 115b SGB V: dies ist letztlich auch nichts Neues, sofern das Krankenhaus die Voraussetzungen des AOP-Katalogs erfüllt, kann das Krankenhaus schon jetzt diese ambulanten Operationen erbringen.
- Auch die Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V sind schon jetzt unproblematisch erbringbar.
- Der geplante Ausbau der Leistungen von Institutsambulanzen aus strukturellem Grund mit Zustimmung des Landes ist sicherlich etwas Neues, aber die Institutsambulanzen müssten dann auch für die ambulante vertragsärztliche Versorgung ermächtigt werden, sofern der Gesetzgeber nicht in diesem Zusammenhang eine Ermächtigung kraft Gesetzes vorsieht; ansonsten bleibt es bei der Subsidiarität der Ermächtigung. Hierbei ist die Rechtsprechung des 6. Senates des BSG zu

beachten, wonach die Institutsermächtigung noch subsidiär gegenüber der grundsätzlich subsidiären Einzelermächtigung ist.

- Die belegärztlichen Leistungen sind schon jetzt jederzeit in einem Krankenhaus möglich, sofern entsprechende Belegbetten im Krankenhausplan ausgewiesen sind.

In der Schnittstelle mit der Pflege nach dem SGB V sollen die Level II-Krankenhäuser noch die Übergangspflege nach § 39 SGB V durch Verlegung von einem anderen Krankenhaus sowie eine Kurzzeitpflege, nicht jedoch die stationäre Langzeitpflege übernehmen. Dann taucht jedoch das Problem auf, wonach bei einer Verlegung eines Patienten für die GKV keine Zusatzkosten entstehen sollen.

Neben der grundsätzlich zu befürwortenden Verstärkung der Telemedizin sind dann jedoch die weitergehenden Überlegungen bezüglich der Festlegung unverständlich sofern das Eckpunktepapier den sprachlichen Numerus clausus des SGB V aufgreifen sollte.

Einerseits wird von den Krankenhaus-Planungsbehörden gesprochen, des Weiteren von den Zulassungsausschüssen, beide gemeinsam sollen Festlegungen vornehmen, die die Grundlage für Verhandlungen – Krankenkassen und Krankenhäuser - auf Ortsebene sein sollen, wobei im Konfliktfall eine Ersetzung nach § 18a KHG durch die Landesschiedsstelle stattfinden soll.

Im bisherigen Sprachduktus der vertragsärztlichen Versorgung ist der Zulassungsausschuss innerhalb der ambulanten Versorgung nur zuständig im Rahmen eines Verwaltungsaktes über die Zulassungsfragen zu entscheiden. Soll jetzt dem Zulassungsausschuss eine vollkommen neue Aufgabe übertragen werden? Da die Zulassungsausschüsse derzeit schon mehr als ausgelastet sind, erscheint es fraglich zu sein, wie dieses System funktionieren soll. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass die Krankenhausplanungsbehörden im Regelfall die Länder-Gesundheitsministerien sind, die gleichzeitig die Rechtsaufsicht über die Zulassungsgremien haben, eine möglicherweise gefährliche Gemengelage.

Auch inhaltlich ist die Mitwirkung des Zulassungsausschusses nicht ganz nachvollziehbar, da er nur in der ambulanten Versorgung tätig ist. Jetzt ist es nur noch möglich zu

spekulieren: Hier sollen Rahmenparameter für die Ermächtigung in der ambulanten Versorgung festgelegt werden, die dann vertraglich vereinbart werden.

4. Vergütung

Die Überlegungen zur Vergütung stellen neue Ansätze dar. Es soll die ambulanten Leistungen nach den §§ 115b und 115f SGB V sowie die Übergangspflege oder weitere ambulante Leistungen jeweils geltenden Vergütungsregelung vergütet werden.

Für die stationären Leistungen kehren wir wieder zurück zu dem krankenhaushausindividuelle Tagessatz, wobei, sofern es erforderlich ist, auch mehrere Tagessätze – nunmehr systemwidrig Tagespauschalen genannt – mit einer Regelung über die Degression vereinbart werden. Sollen dann diese Krankenhäuser aus dem Mehrerlösverfahren herausgenommen werden?

Neben dem allgemeinen Tagessatz soll noch zusätzlich ein verringerter krankenhaushausindividueller Pflegesatz bei Leistungserbringung durch niedergelassene Ärzte vereinbart werden. Ob dieses Belegärzte sein werden, oder sonstige Ärzte, die im Krankenhaus tätig sind, ist nicht nachvollziehbar dargestellt worden. Für die von niedergelassenen Ärzten erbrachten Leistungen werden die Leistungen grundsätzlich nach dem Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 SGB V vergütet, wem gegenüber die Abrechnung erfolgen soll, ist nicht dargelegt worden; Betrachtet man jedoch das Zusammenspiel von gesenktem Tagessatz für das Level II-Krankenhaus und Abrechnung nach dem EBM, dann dürfte eine Abrechnung durch die Ärzte stattfinden, wobei dafür grundsätzlich zwei Varianten möglich wären: Direkte Abrechnung mit den Krankenkassen oder – wie bei Belegärzten – Abrechnung über die KV. Dabei muss jedoch noch eine neue „Gebührenordnung“ geschaffen werden, denn nur die ärztlichen Leistungsanteile der jeweiligen EBM-Gebührenordnungsposition soll entsprechend vergütet werden. Bisher hat der EBM jedoch eine Differenzierung zwischen dem ärztlichen Leistungsanteile und dem nichtärztlichen Leistungsanteile nicht stattgefunden.

5. Zwischenergebnis

Für die Level II-Krankenhäuser wird ein vollkommen neues Modell entwickelt, das jedoch nur dann zur Anwendung gelangt, wenn die jeweiligen Bundesländer tatsächlich Level II-Krankenhäuser ausgewiesen haben. Ohne die Ausweisung entsprechender Krankenhäuser in der Landeskrankenhausplanung geht dieses Konstrukt vollkommen in die Lehre.

III. Schlussbetrachtung

Eine abschließende Bewertung der gesamten Krankenhausreform in der Gestalt von zwei Gesetzen ist auf Grundlage des Eckpunktepapiers nur eingeschränkt möglich. Festzuhalten bleibt jedoch, dass hier der Versuch gestartet wird, das komplexe Gesundheitswesen in wesentlichen Teilen zu überarbeiten, soweit es die stationäre Versorgung betrifft. Nach den bisherigen politischen Diskussionen soll das Gesetz zum 01.01.2024 in Kraft treten. Dies ist im Hinblick auf das Zeitfenster ein mehr als ambitioniertes Programm. Betrachtet man in diesem Zusammenhang die teilweise atemberaubende Verfahrensweise, in der am Vortag der 3. Lesung in der Vergangenheit die Beschlussfassung des Gesundheitsausschusses zur Verfügung gestellt wurde, bleibt zu hoffen, dass der Gesetzgeber in diesem Zusammenhang den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 05.07. 2023 – 2 BvE 4/23 hinreichend beachtet. Nach meiner Auffassung ist die Komplexität dieser beiden Gesetzesentwürfe noch höher als die rechtliche Diskussion zum Gebäude-Energiegesetz zu bewerten. Leider haben diese Gesundheitsreformen nicht die allgemeine politische Bedeutung wie das Gebäude-Energiegesetz. Dennoch sind die Grundsätze des Bundesverfassungsgerichts hierbei zu beachten.

Schroeder-Printzen
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht
Fachanwalt für Sozialrecht