

EB.

Verband der Privatkrankenanstalten  
in Thüringen e.V.

SEMINAR

zum Thema

**2006 - Nach der Wahl -  
Wohin steuert die stationäre Versorgung ?**

Bad Berka, 21.März 2006

\*\*\*\*\*

Ernst Bruckenberger

**Die Zukunft der DRG's  
Geltung für alle Krankenhäuser ?**

18.03.2006

© Ernst Bruckenberger, Hannover

1

EB.

**PKA.Thüringen.2006**

**Betroffenheit der DRG's**

- ❖ Betroffenheit nach der Zulassung der Krankenhäuser (zugelassen oder nicht)
- ❖ Betroffenheit nach der Art der medizinischen Leistung (Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, d.h. Anwendungsbereich der BpflV oder nicht)
- ❖ Betroffenheit nach Art der Anwendung (Festpreise oder Höchstpreise)

© Ernst Bruckenberger, Hannover

2

**PKA.Thüringen.2006** E.B.

**Teilnahme der Krankenhäuser  
an der vollstationären Krankenhausbehandlung**

Leistungsvergütung innerhalb des Pflegesatzrechtes:

- ❖ Zulassung nach § 108 Nr. 1 (Hochschulkliniken)
- ❖ Zulassung nach § 108 Nr. 2 (Plankrankenhäuser)
- ❖ Zulassung nach § 108 Nr. 3 (Vertragskrankenhäuser)

Überlegung: Wenn der Krankenhausplan nach § 6 Abs. 1 KHG den tatsächlichen Bedarf der Patienten, sowohl der gesetzlichen als auch der privaten Krankenversicherung abdecken soll, welchen Bedarf decken dann die übrigen 267 im Jahr 2004 nicht zulassenen Krankenhäuser mit 6.536 Betten ab ?

© Ernst Brückenberger, Hannover 3

**PKA.Thüringen.2006** E.B.

**Teilnahme der Krankenhäuser  
an der vollstationären Krankenhausbehandlung**

Leistungsvergütung außerhalb des Pflegesatzrechtes:

- ❖ **Kostenerstattungskrankenhäuser (Selbstzahler, Privatpatienten)**
  - nicht oder teilweise geförderte Krankenhäuser
  - „Privatpatientenkliniken“ nach § 30 GO (eines zugelassenen KH gleich welcher Trägerschaft), im Gebäude, am Krankenhausgelände oder durch Übernahme, Beteiligung oder Kooperation mit einer Privatkrankenanstalt.
  - Privatkrankenanstalten nach § 30 GO (außerhalb des § 108)
  - Überschreitung des Versorgungsauftrages (neu, noch nicht rechtskräftig), erreichbar durch Expansion oder freiwilligen Bettenabbau.
- ❖ **Krankenhäuser mit IV-Verträgen nach § 140 Abs. 4 SGB V außerhalb des SGB V, des KHG und des KHEntgG.**

© Ernst Brückenberger, Hannover 4

**PKA.Thüringen.2006** E.B.

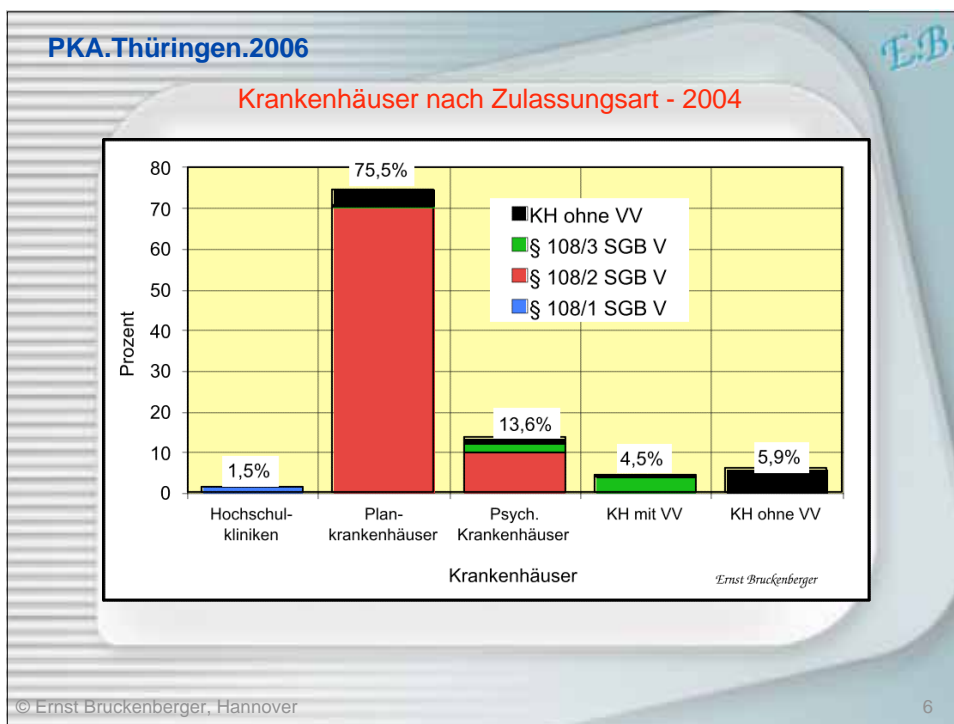
**Krankenhäuser nach Zulassungs- bzw. Anwendungsart - 2004**

Krankenhäuser	Krankenhäuser nach der Zulassungsart abs.				
	§ 108/1	§ 108/2	§ 108/3	KH o. VV	Summe
Hochschulkliniken	33	1	-	-	34
Plankrankenhäuser	-	1.576	9	87	1.672
Psych. Krankenhäuser	-	222	49	34	305
KH mit VV	-	-	86	14	100
KH ohne VV	-	-	1	132	133
<b>Summe</b>	<b>33</b>	<b>1.799</b>	<b>145</b>	<b>267</b>	<b>2.244</b>

Krankenhäuser	Krankenhäuser nach der Zulassungsart %				
	§ 108/1	§ 108/2	§ 108/3	KH o. VV	Summe
Hochschulkliniken	1,5	0,0	-	-	1,5
Plankrankenhäuser	-	70,2	0,4	3,9	74,5
Psych. Krankenhäuser	-	9,9	2,2	1,5	13,6
KH mit VV	-	-	3,8	0,6	4,5
KH ohne VV	-	-	0,0	5,9	5,9
<b>Summe</b>	<b>1,5</b>	<b>80,2</b>	<b>6,5</b>	<b>11,9</b>	<b>100,0</b>

© Ernst Brückenberger, Hannover 5



**PKA.Thüringen.2006** E.B.

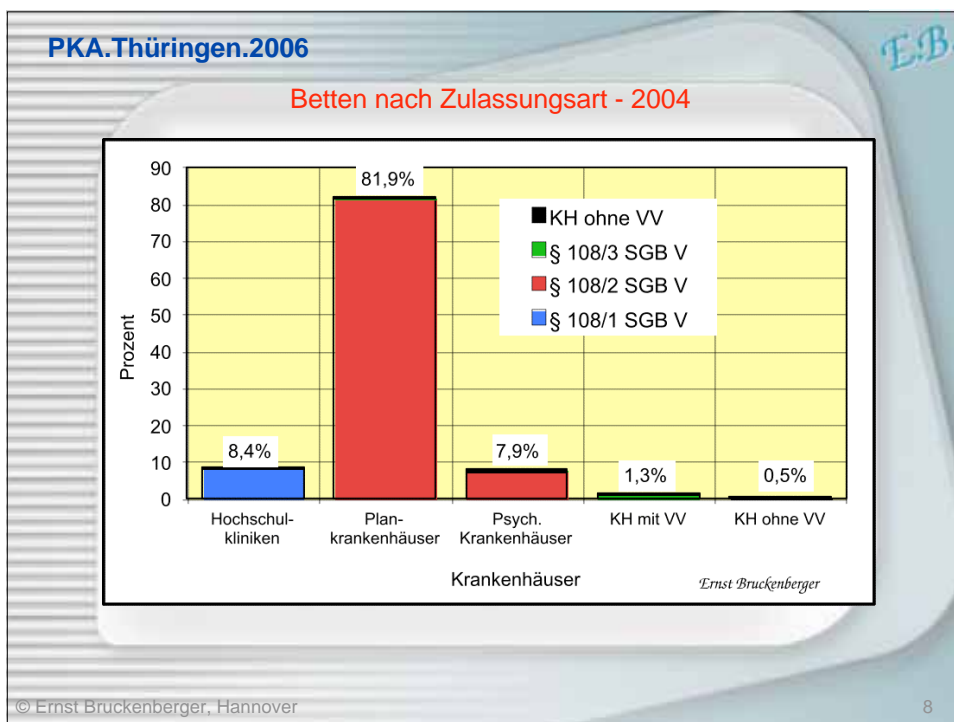
**Betten nach Zulassungsart - 2004**

Betten	Betten nach der Zulassungsart abs.				Summe
	§ 108/1	§ 108/2	§ 108/3	KH o. VV	
Hochschulkliniken	43.908	681	-	-	44.589
Plankrankenhäuser	-	432.460	591	2.111	435.162
Psych. Krankenhäuser	-	38.349	2.534	1.017	41.900
KH mit VV	-	-	6.267	827	7.094
KH ohne VV	-	-	7	2.581	2.588
<b>Summe</b>	<b>43.908</b>	<b>471.490</b>	<b>9.399</b>	<b>6.536</b>	<b>531.333</b>

Betten	Betten nach der Zulassungsart in %				Summe
	§ 108/1	§ 108/2	§ 108/3	KH o. VV	
Hochschulkliniken	8,3	0,1	-	-	8,4
Plankrankenhäuser	-	81,4	0,1	0,4	81,9
Psych. Krankenhäuser	-	7,2	0,5	0,2	7,9
KH mit VV	-	-	1,2	0,2	1,3
KH ohne VV	-	-	0,0	0,5	0,5
<b>Summe</b>	<b>8,3</b>	<b>88,7</b>	<b>1,8</b>	<b>1,2</b>	<b>100,0</b>

© Ernst Bruckenberg, Hannover 7



**PKA.Thüringen.2006** E.B.

**Das Pflegesatzrecht gilt nur im Rahmen des Versorgungsauftrages !**

- ❖ „Das Pflegesatzrecht ist ein System, das ausschließlich auf die Festlegung von Pflegesätzen für Leistungen innerhalb des Versorgungsauftrages bezogen ist“ (VG Frankfurt vom 2.5.2002 - 5 E 2111/01 (2)). Die Ermittlung und Bemessung der Pflegesätze dient der Erfüllung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses. Die in zusätzlichen Betten erbrachten Leistungen dürfen nicht in die Ausgleichsregelung einbezogen werden. Dies ist verfassungsrechtlich im Hinblick auf die Grundrechte aus Art. 12 und 14 GG unzulässig.
- ❖ Wenn der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses zu 100 % erfüllt ist, handelt es sich bei dem darüber hinaus in zusätzlichen Betten versorgten tatsächlichen Bedarf um Leistungen eines nicht zugelassenen Krankenhauses (OVG Lüneburg vom 22.09.2005, noch nicht rechtskräftig). Da der tatsächliche Bedarf entscheidend ist, kann es keine Limitierung geben (siehe auch Urteil des BVerwG, § C 135.79 vom 30.04.1981).
- ❖ Für den nicht zugelassenen Teil des Krankenhauses erfolgt die Preisbildung außerhalb des Pflegesatzrechtes.

© Ernst Bruckenberger, Hannover 9

**PKA.Thüringen.2006** E.B.

**Der Versorgungsauftrag muss konkret bestimmt werden**

- ❖ Es gibt eine eindeutige Bezugnahme des Pflegesatzrechtes auf den Versorgungsauftrag des Krankenhauses.
- ❖ Ein Versorgungsauftrag muss konkret bestimmt sein und kann nicht in Form von unverbindlichen Richtwerten bzw. Bandbreiten festgelegt werden (unklare Drittwirkung), da sich dadurch Auswirkungen auf den Konkurrentenschutz ergeben. Eine unverbindliche Vorgabe, beispielsweise von Fällen im Rahmen eines Versorgungsauftrages in Form eines Verwaltungsaktes ist überflüssiges und unwirtschaftliches Verwaltungshandeln.
- ❖ Werden in einem Feststellungsbescheid nur die Fachgebiete, der Standort und die Versorgungsstufe des Krankenhauses, nicht aber die Bettenkapazität festgelegt, ist der Versorgungsauftrag nicht hinreichend bestimmt. Da eine Über- oder Unterschreitung nicht präzisiert werden kann, können die vorgesehenen Ausgleichsregelungen des Pflegesatzrechtes nicht zur Anwendung kommen. Ebenso wird der Konkurrentenschutz tangiert. Auch das Beihilferecht (Betrauungsakt nach dem Monti-Paket) ist davon betroffen.

© Ernst Bruckenberger, Hannover 10

**PKA.Thüringen.2006** E.B.

**Der Krankenhausplan bzw. die Bescheide zu seiner Durchführung erfordern zwingend eine Bettenvorgabe**

- ❖ Für die vollstationäre Behandlung nach § 2 KHG und § 107 Abs. 1 Nr. 4 SGB V müssen in den Krankenhäusern Betten für die Unterkunft der Patienten zur Verfügung gestellt werden. Das „Bett“ ist eine essentielle Voraussetzung für die Anerkennung einer vollstationären Krankenhausbehandlung und damit konstitutiv für die Krankenhausplanung.
- ❖ Der Hinweis im § 9 Abs. 3 Satz 2 KHG, die Pauschalförderung „nicht ausschließlich“ am Maßstab Bett zu orientieren, bedeutet für die Krankenhausplanung keineswegs vollständig auf den Maßstab „Bett“ zu verzichten.
- ❖ Für die Abgrenzung des DRG-Bereiches vom Pflegesatzbereich ist eine exakte Abgrenzung des Versorgungsauftrages erforderlich.

© Ernst Bruckenberger, Hannover 11

**PKA.Thüringen.2006** E.B.

**Maßgaben des § 17 Abs. 5 KHG für nicht- oder nicht voll geförderte Krankenhaus**

Abweichung vom Grundsatz der Einheitlichkeit der Entgelte gemäß § 17 Abs. 1 KHG.

- ❖ Der Maßstab der Pflegesätze für Sozialleistungsträger und sonstige öffentlich-rechtliche Kostenträger sind vergleichbare voll geförderte Krankenhäuser. Die Entgelte werden zwischen den Vertragsparteien im Sinne des § 18 Abs. 2 KHG vereinbart (incl. Investitionskosten).
- ❖ Der Maßstab der Pflegesätze für Selbstzahler und private Krankenversicherer ist noch nicht eindeutig geklärt (selbstdefinierte Fallpauschalen?). Vergleichbar seien nur marktübliche Preise, die andere nicht der öffentlich-rechtlichen Preisbildung unterworfenen Privatkliniken fordern würden (BGH, Urteil vom 12.03.2003, IV ZR 278/01).

© Ernst Bruckenberger, Hannover 12

**PKA.Thüringen.2006** E.B.

**Wandel des Krankenhausbegriffes**

- ❖ Durch die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens verliert der Krankenhausbegriff immer mehr seinen bislang eindeutigen Bezug auf die Einrichtung und den Standort.
- ❖ Der Krankenhausbegriff wird zunehmend mit dem Begriff des Betriebs im Wirtschafts- und Steuerrecht gleichgesetzt.
- ❖ Früher eigenständige Krankenhäuser an unterschiedlichen Standorten, schließen sich zu einem gemeinschaftlichen Krankenhaus zusammen. Aus selbständigen Krankenhäusern werden so Betriebsstätten (sofern keine parallele Vorhaltung von medizinischen Fachabteilungen).
- ❖ Die tatsächliche oder virtuelle Ausgliederung von „Privatpatientenkliniken“ ist ein systemimmanenter weiterer Schritt dieser Entwicklung.

© Ernst Brückenberger, Hannover 13

**PKA.Thüringen.2006** E.B.

**„Krankenhaus im Krankenhaus“ (Quaas)  
„Privatpatientenkliniken“ von Art. 12 GG gedeckt**

- ❖ Die Gründung einer realen oder virtuellen „Privatpatientenklinik“ nach § 30 GO bietet grundsätzlich die Möglichkeit, die Leistungen eines Krankenhauses außerhalb des Pflegesatzrechtes und damit des DRG-Systems berechnen zu können.
- ❖ Voraussetzung dafür ist, dass die nach § 30 GO konzessionierte Privatkrankenanstalt unter eigener Trägerschaft in enger räumlicher Anbindung an das Plankrankenhaus betrieben wird, nur selbst zahlende Patienten aufnimmt und die Unterkunftsleistung (essentielle Voraussetzung für den Krankenhausbegriff) mit eigenem Mitteln erbringt. Die notwendigen ärztlichen Behandlungen werden selbst erbracht oder als „Drittleistung“ bei dem Plankrankenhaus eingekauft. Die Gründung eines „Krankenhauses im Krankenhaus“ ist vom Grundrecht der Berufsfreiheit nach Art. 12 GG gedeckt (Quaas).
- ❖ Nicht konzessionsfähig nach § 30 GO sind reine Bettenhäuser, die sich räumlich weit entfernt von medizinischen Einrichtungen befinden, ohne über eine eigene klinikgerechte Ausstattung zu verfügen (Neft BayVBl.1996, 40)

© Ernst Brückenberger, Hannover 14



**PKA.Thüringen.2006** E.B.

**Kein „Schattenbudget“ für „Privatpatientenkliniken“ (Patt)  
Verstoß gegen zwingende Vorgaben des Krankenhausrechtes**

Die Ausgliederung einer „Privatpatientenklinik“ bedeutet nach Patt:

- ❖ Einen Verstoß gegen den Zweck des § 1 Abs. 1 KHG. Versorgung der gesamten Bevölkerung, nicht nur der gesetzlich Versicherten.
- ❖ Einen Verstoß gegen § 6 Abs. 1 KHG. Bei der Aufstellung der Krankenhauspläne ist Versorgungsbedarf der Privatpatienten und Selbstzahler mit zu berücksichtigen.
- ❖ Einen Verstoß gegen den Grundsatz der Einheitlichkeit der Entgelte nach § 17 Abs. 1 KHG. Gleiche Entgelte für gesetzlich oder privat Versicherte.
- ❖ Einen Verstoß gegen die Beschränkung der Wahlleistungsentgelte auf angemessene Beiträge
- ❖ Einen Verstoß gegen Beteiligungs- und Klagerechte des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.

© Ernst Bruckenberger, Hannover 15

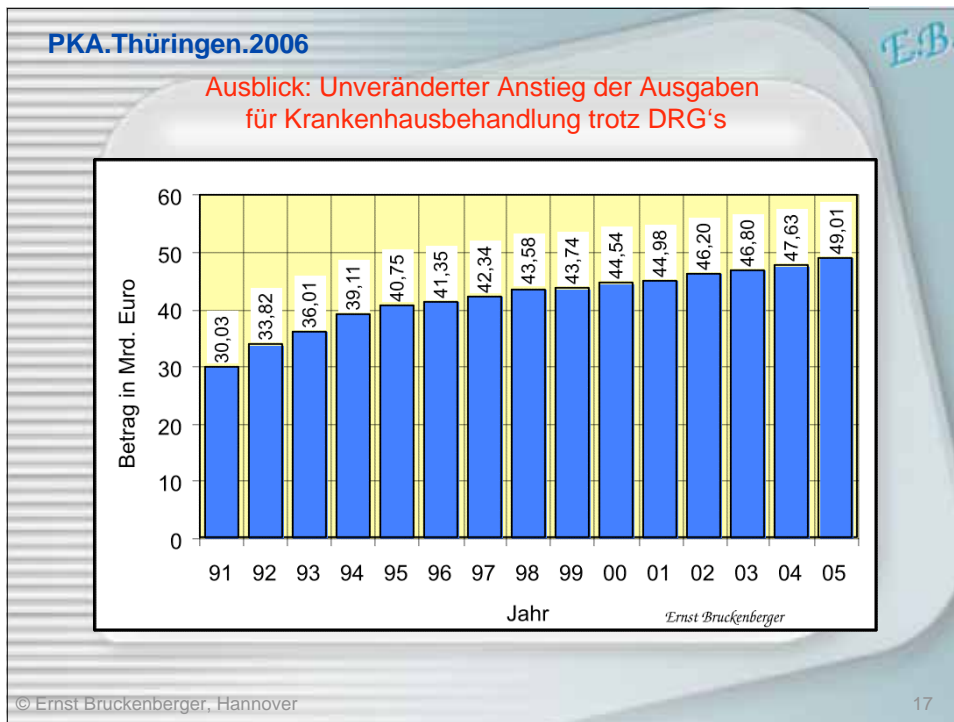
**PKA.Thüringen.2006** E.B.

**Ausblick: Zunehmende Konflikte zwischen Regulierung,  
Wettbewerb und Berufsfreiheit**

- ❖ Das Fallpauschalensystem wurde eingeführt, um die Qualität, die Wirtschaftlichkeit und den Leistungswettbewerb der Krankenhäuser zu verbessern und nicht, um die Krankenhausplanung zu erweitern.
- ❖ Der durch das DRG-System verstärkte Wettbewerb, der Konkurrentenschutz und die sektorenübergreifende Tätigkeit der Krankenhäuser führen zu einer ansteigenden Verrechtlichung, Bürokratisierung und zeitlichen Verzögerung der Krankenhausplanung bzw. deren Umsetzung. Die wachsende Detailplanung der Länder verstärkt diesen Trend.
- ❖ Kurzfristig zu treffende unternehmerische Entscheidungen der Krankenhäuser kollidieren immer häufiger mit vergleichsweise langwierigen Entscheidungen der Planungsbehörde. Diese Tatsache führt zu einer zunehmenden Gefährdung der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser ohne konkrete betriebswirtschaftliche Verantwortung der Planungsbehörde. Die Neigung neue Angebotsformen zu etablieren (z.B. „Privatpatientenklinik“) nimmt zu.
- ❖ Die neuere Rechtsprechung betont vorrangig die Berufsfreiheit, sogar unter Inkaufnahme von Fehlinvestitionen.

© Ernst Bruckenberger, Hannover 16





- PKA.Thüringen.2006**
- Ausblick: Ausweitung der Anwendung des DRG-Systems**
- ❖ Ausweitung auf den bisher ausgeschlossenen Krankenhausbereich (Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie).
  - ❖ Ausweitung auf den Bereich der Rehaeinrichtungen.
  - ❖ Ausweitung auf die ambulante Versorgung.
  - ❖ Ausweitung auf die nicht öffentlich-rechtlichen Entgeltbereiche.
- © Ernst Bruckenberg, Hannover

**PKA.Thüringen.2006** E.B.

**Ausblick: Von der Endlichkeit des DRG-Systems  
Im Sieg liegt der Untergang begründet**

- ❖ Je komplexer und casuistischer, den heißt auf den Einzelfall bzw. die tatsächlichen Kosten bezogen, sich das DRG-System entwickelt, desto mehr nähert es sich wieder dem Selbstkostendeckungsprinzip. Einzelleistungssysteme tendieren zudem erfahrungsgemäß zur Leistungsausweitung. Um die Ausgabenentwicklung in den Begriff zu bekommen, werden dann als Gegenreaktion z.B. die aufwendig ermittelten einzelnen Entgelte mit beitragsatzorientierten Punktwerten gekoppelt.
- ❖ Die künftige Akzeptanz des DRG-Systems wird wesentlich von der Möglichkeit abhängen, mit seiner Hilfe eine Ausgabenbegrenzung zu erreichen. Transparenz und Qualitätssicherung haben derzeit für die öffentliche gesundheitspolitische Diskussion vordergründig einen hohen Stellenwert. Falls es aber nicht gelingt, mit Hilfe des DRG-Systems die Kosten für Krankenhausbehandlung in den Griff zu bekommen, werden die Transparenz und die Qualitätssicherung den Charakter von Sekundärtugenden bekommen und das DRG-System den Weg alles Irdischen gehen. Aus dem Abrechnungssystem wird im Zweifel ein Abbildungssystem. Es wird dann wieder Zeit für ein neues Jahrhundertwerk, beispielsweise in Form der Budgetierung. Die zahlreichen Sachverständigen, Experten und Institute benötigen ein neues Betätigungsfeld.

© Ernst Bruckenberger, Hannover 19

**PKA.Thüringen.2006** E.B.



**Dr. Ernst Bruckenberger**

Hitzackerweg 1 a, 30625 Hannover  
 Tel.: 0511-574553  
 Fax : 0511-20 34 685  
 Mail: ernst@bruckenberger.de  
 Home: www.bruckenberger.de

27.02.2006

© Ernst Bruckenberger, Hannover 20

**PKA.Thüringen.2006**

**Vita**

- ❖ Geboren am 02.04.1940 in Gmunden/Oberösterreich. Studium der Rechtswissenschaften, Promotion, Tätigkeit in der Industrie und in der Sozialversicherung (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt Linz). Von 1971 bis 1979 wissenschaftlicher Berater und Gutachter beim Deutschen Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf, Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf. Von 1979 bis Anfang 2004 Referatsleiter für Krankenhausplanung, -finanzierung und -bauplanung im Niedersächsischen Sozialministerium. Leitender Ministerialrat a. D., Berater- und Expertentätigkeit.
- ❖ Drei Bücher: E. Bruckenberg; "Planungsanspruch und Planungswirklichkeit im Gesundheitswesen" (Kohlhammer, 1978), E.Bruckenberg; "Dauerpatient Krankenhaus" (Lambertus, 1989) und E. Bruckenberg, S. Klaue, H-P.Schwintowski; „Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb“ (Springer, 2005). Zahlreiche Veröffentlichungen und Vorträge über die Krankenhausfinanzierung und -planung, die Abstimmung beim Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte, die Kooperation zwischen Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen, die kooperative Regionalisierung, die Auswirkungen des DRG-Systems, die Probleme der Mindestmengenregelung und eine bundesweite jährliche sektorenübergreifende Gesundheitsberichterstattung zur Kardiologie und Herzchirurgie („Herzberichte“).
- ❖ Weitere Informationen unter <http://www.bruckenberg.de>

© Ernst Bruckenberg, Hannover

21