

5. Nationales DRG-Forum^{plus}
23. und 24. März 2006 in Berlin

Workshop

Ernst Bruckenberger

Krankenhaus(bedarfs)planung
im DRG-Leistungs- und Versorgungsvertragswettbewerb

© Ernst Bruckenberger, Hannover 1

Nationales DRG-Forum^{plus} 2006

Teilnahme der Krankenhäuser
an der vollstationären Krankenhausbehandlung

Krankenhäuser mit Bedarfsprüfung („tatsächlich zu versorgender Bedarf“):

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

© Ernst Bruckenberger, Hannover 2

Nationales DRG-Forum^{plus} 2006 E.B.

**Teilnahme der Krankenhäuser
an der vollstationären Krankenhausbehandlung**

Krankenhäuser ohne Bedarfsprüfung:

- ❖ „Kostenerstattungskrankenhäuser“ (Selbstzahler, Privatpatienten)
 - Privatkrankenanstalten nach § 30 GO (außerhalb des § 108)
 - „Privatpatientenkliniken“ nach § 30 GO (eines zugelassenen KH gleich welcher Trägerschaft), im Gebäude, am Krankenhausgelände oder durch Übernahme, Beteiligung oder Kooperation mit einer Privatkrankenanstalt.
 - nicht oder teilweise geförderte Krankenhäuser
 - Überschreitung des Versorgungsauftrages (OVG Lüneburg vom 22.09.2005, 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 3

Nationales DRG-Forum^{plus} 2006 E.B.

Wandel des Krankenhausbegriffes

- ❖ Durch die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens verliert der Krankenhausbegriff immer mehr seinen bislang eindeutigen Bezug auf die Einrichtung, den Standort und die Aufgabenstellung. Unterstützt wird diese Entwicklung durch den Wandel vom sektoral orientierten Krankenhaus zum sektorenübergreifenden Gesundheitszentrum.
- ❖ Der Krankenhausbegriff wird zunehmend mit dem Begriff des Betriebs im Wirtschafts- und Steuerrecht gleichgesetzt. Die tatsächliche oder virtuelle Ausgliederung von „Privatpatientenkliniken“ ist ein systemimmanenter Schritt dieser Entwicklung.
- ❖ 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). In diesem Zusammenhang können auch Ausgleichsregelungen zum Vorteil des Krankenhausträgers eine ganz entscheidende Rolle spielen.

© Ernst Brückenberger, Hannover 4

Nationales DRG-Forum^{plus} 2006 E.B.

Teilnahme der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung
(keine Bedarfsprüfung im Sinne des KHG)

- ❖ Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung - § 95 Abs. 1 SGB V.
- ❖ Ambulantes Operieren in zugelassenen Krankenhäusern - § 115b SGB V
- ❖ Institutionelle Öffnung zugelassener Krankenhäuser bei Unterversorgung im vertragsärztlichen Bereich - § 116a Abs. SGB V.
- ❖ Einbeziehung zugelassener Krankenhäuser in die ambulante Leistungserbringung bei Teilnahme an DMP's - § 116b Abs. 1 SGB V.
- ❖ Ambulante Erbringung hoch spezialisierter Leistungen einschließlich der Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen durch zugelassene Krankenhäuser - § 116b Abs. 2 SGB V.
- ❖ Zulassung der Krankenhäuser zur Erbringung ambulanter Leistungen in der Integrationsversorgung - §§ 140a ff. SGB V.

Für wettbewerbsrechtliche Fragestellungen wird es im Hinblick auf die ambulante Leistungserbringung in beiden Sektoren erforderlich, den öffentlichen Auftrag (Daseinsvorsorge, Umfang des Sicherstellungsauftrages ?) der Kommunen bzw. der Länder für die genannten ambulanten Versorgungsformen zu klären.

© Ernst Brückenberger, Hannover 5

Nationales DRG-Forum^{plus} 2006 E.B.

Planungsgegenstand nach dem KHG ist das Krankenhaus bzw. das Bett und nicht die darin zu erbringenden Leistungen

- ❖ Das Fallpauschalengesetz eröffnet keine neuen rechtlichen Kategorien, die ein Abgehen von der bisherigen (Kapazitäts)Planung gesetzlich legitimieren würden. Das Fallpauschalengesetz stellt nur eine Vergütungsregelung dar. Das Fallpauschalensystem wurde eingeführt, um die Qualität, die Wirtschaftlichkeit und den Leistungswettbewerb der Krankenhäuser zu verbessern und nicht, um die Krankenhausplanung zu erweitern.
- ❖ Bei dem gegebenen dualistischen Finanzierungssystem kann sich die Krankenhausplanung im Sinne des KHG ausschließlich auf die notwendigen baulich apparativen Vorhaltungen zur Erfüllung des **vollstationären Versorgungsauftrages**, nicht jedoch auf die erbrachten Leistungen beziehen. So gesehen war die bisherige Krankenhausplanung immer schon eine Rahmenplanung, da sie den Rahmen (Kapazität) für die von den Vertragsparteien zu vereinbarenden **vollstationären Krankenhausbehandlungen** vorgab.
- ❖ Vorhaltungen für Leistungen, die sowohl vom Krankenhaus als auch von niedergelassenen Ärzten erbracht werden können, werden von der Krankenhausplanung nicht erfasst. Sie geraten immer mehr in den Focus des Vergabe- und Wettbewerbsrechtes. Die Rolle der teilstationären Leistungen muss in diesem Zusammenhang noch geklärt werden.

© Ernst Brückenberger, Hannover 6

Nationales DRG-Forum^{plus} 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 (BSG Urteil vom 4.3.2204, B 3 KR 4/03 R) 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 keineswegs für die Krankenhausplanung vollständig auf den Maßstab „Bett“ zu verzichten.
- ❖ Auch die höchstrichterliche Rechtsprechung orientiert sich bei der „Beurteilung des zu versorgenden Bedarfs“ unverändert am „Bett“. Das Bett ist Maßstab für das zu planende vollstationäre Behandlungsvolumen (Unterkunft = Bett). Der „Fall“ oder die „Leistung“ erfüllen nicht diesen Tatbestand.

© Ernst Brückenberger, Hannover 7

Nationales DRG-Forum^{plus} 2006 E.B.

Mengenvorgaben per Feststellungsbescheid sind rechtlich nicht zulässig

- ❖ Mengenorientierte Vorgaben von Fällen oder Leistungen für einen bestimmten Zeitraum durch einen Verwaltungsakt der Planungsbehörde sind für den leistungrechtlichen Individualanspruch des einzelnen Versicherten grundsätzlich irrelevant.
- ❖ Man kann sinnvollerweise nicht den gleichen Tatbestand, nämlich das Leistungsangebot des Krankenhauses, gleichzeitig zum Gegenstand des „Planungsrechtes nach dem KHG“ und des „Leistungsrechtes nach dem SGB V“ (Vereinbarungsprinzip) machen.
- ❖ Mengenvorgaben in Form von Fällen oder Leistungen tangieren die Berufsfreiheit und das Wettbewerbsrecht.

© Ernst Brückenberger, Hannover 8

Nationales DRG-Forum^{plus} 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 tatsächlich zu versorgende 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 Brückenberger, Hannover 9

Nationales DRG-Forum^{plus} 2006 E.B.

Der Versorgungsauftrag muss konkret bestimmt werden

- ❖ Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses ergibt sich nach § 8 KHEntgG für den DRG-Bereich beispielsweise bei einem Plankrankenhaus aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung sowie einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V. Es besteht 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 Wettbewerb und den Konkurrentenschutz ergeben. Eine unverbindliche Vorgabe, beispielsweise von Fällen als Versorgungsauftrag 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 (Beträuungsakt nach dem Monti-Paket) ist davon betroffen.

© Ernst Brückenberger, Hannover 10

Nationales DRG-Forum^{plus} 2006

Wechselwirkung zwischen Versorgungsauftrag und Weiterbildungsordnung

- ❖ Die Grenzen und der Inhalt für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit werden durch die Definition des Gebietes sowie die Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen in der Weiterbildungsordnung (ärztliches Berufsrecht) bestimmt.
- ❖ In den meisten Krankenhausgesetzen der Länder ist grundsätzlich eine Gliederung der Bettenkapazität nach den Gebieten der Weiterbildungsordnung für Ärzte vorgesehen. Dem Versorgungsauftrag der Krankenhäuser könnte so gesehen für die Abteilungsgliederung die Gliederung der Weiterbildungsordnung (Alternativ: weite Gliederung = Gebiet, enge Gliederung = Facharztkompetenz) zugrunde gelegt werden. Die Länder sind nicht berechtigt, den Inhalt der fachärztlichen Tätigkeit über den Krankenhausplan bzw. den Feststellungsbescheid zu regeln bzw. neu zu definieren (z.B. Geriatrie).
- ❖ Die derzeitigen Weiterbildungsordnungen sehen z.B. innerhalb des Gebietes Chirurgie (weite Gliederung) Facharztkompetenzen für Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Plastische Chirurgie, Thoraxchirurgie und Visceralchirurgie (enge Gliederung) vor. Die enge Gliederung könnte auch über ergänzende Vereinbarungen erfolgen.

© Ernst Brückenberger, Hannover 11

Nationales DRG-Forum^{plus} 2006

Wechselwirkung von Abteilungsstrukturen und Weiterbildungsordnung

- ❖ Das „Flussprinzip“ oder andere Organisationsprinzipien führen aus betriebswirtschaftlichen, aber auch medizinischen Überlegungen zu einer Auflösung der bisher an den Gebieten oder Schwerpunkten der Weiterbildungsordnung orientierten realen Abteilungsstrukturen.
- ❖ Der medizinische und medizinisch-technische Fortschritt führt immer mehr zu Überschneidungen bei der Behandlungsstrategie (z.B. zwischen Kardiologie, Radiologie und Herzchirurgie). So gesehen ist die Entwicklung einer „hybriden Behandlungskompetenz“, realisiert am Behandlungsort und zudem möglicherweise in der Person des Operateurs, eine nahe liegende Konsequenz.
- ❖ Die beispielhaft genannten Entwicklungen und Wechselwirkungen erfordern künftig eine bessere Abstimmung der berufsrechtlichen, leistungsrechtlichen und planungsrechtlichen Konsequenzen.

© Ernst Brückenberger, Hannover 12

Nationales DRG-Forum^{plus} 2006 E.B.

Marktbereinigung verbessert Systemeffizienz

- ❖ Das isolierte einzelne vor allem kleine bürgernahe Krankenhaus hat aus Gründen der Qualitätssicherung, der Wirtschaftlichkeit und des Wettbewerbs tendenziell keine Überlebenschance. Bei einer notwendigen Reduzierung der Bettenkapazität für die vollstationäre Krankenhausbehandlung von 30 bis 40% bis 2015 in einigen Ländern müsste die daraus resultierende (präventive) Schließung zahlreicher Abteilungen und Krankenhäuser und nicht eine aufwendige Ausdifferenzierung der Krankenhausplanung im Mittelpunkt der gegenwärtigen Überlegungen stehen.
- ❖ Nur die Schließung von Krankenhäusern bzw. -abteilungen verbessert die Überlebenschance der verbleibenden. Eine Marktbereinigung würde die Systemeffizienz verbessern. Monopolartige regionale Clusterbildungen von Krankenhäusern bzw. sektorenübergreifender integrierter Angebotsstrukturen zur Hebung von Synergieeffekten sind deshalb naheliegend.
- ❖ Eine Reduzierung der zahlreichen Doppel- und Mehrfachvorhaltungen würde den vollständigen oder teilweisen Einstieg in die monetarische Finanzierung erleichtern, allerdings nicht den Investitionsbedarf reduzieren. Die Aufgabe der dinglichen Sicherung der KHG-Mittel kann die Anwerbung des notwendigen privaten Kapitals erleichtern.

© Ernst Brückenberger, Hannover 13

Nationales DRG-Forum^{plus} 2006 E.B.

Zunehmende Konflikte zwischen Regulierung, Wettbewerb und Berufsfreiheit

- ❖ 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 langwierigen Entscheidungsprozessen der Planungsbehörde.
- ❖ Die neuere Rechtsprechung betont vorrangig die Berufsfreiheit, sogar unter Inkaufnahme von Fehlinvestitionen. Je detaillierter jedoch die gesetzlichen Regelungen und die Planungsvorgaben der Länder, desto mehr wird die Berufsfreiheit eingeschränkt. Dazu kommt die laufende Verringerung der öffentlichen Förderung bei gleichzeitigem Ausschluss einer Refinanzierung privaten Kapitals über die Entgelte. Eine Investitionsquote von rd. 5% ist eine Bankrotterklärung der dualistischen Finanzierung. Diese Tatsachen führen, seit dem Wegfall des Selbstkostendeckungsprinzips zu einer zunehmenden „wirtschaftlichen Verunsicherung“ der Krankenhäuser ohne konkrete betriebswirtschaftliche Verantwortung der Planungsbehörde (Verletzung des Konnexitätsprinzips). Die logische Konsequenz wäre die Verlagerung des Sicherstellungsauftrages von den Kommunen auf die Länder.

© Ernst Brückenberger, Hannover 14

Nationales DRG-Forum^{plus} 2006 E.B.

Sektoraler und sektorenübergreifender Wettbewerb

- ❖ Für den vollstationären Bereich gilt ein reglementierter **sektoraler Wettbewerb**. Nur dieser Bereich unterliegt der Krankenhausplanung im Sinne des KHG. Kurz und mittelfristig reicht dafür die Vorgabe des Standortes, der Gesamtbettenkapazität und der Gebiete (Weiterbildungsordnung).
- ❖ Für den nicht vollstationären Bereich (teilstationär, ambulant usw.) gilt ein reglementierter **sektorenübergreifender Wettbewerb**. Um ihn zu ermöglichen, müssen die Teilnahmebedingungen (Zulassung, Qualitätssicherung, Entgelte usw.) bundeseinheitlich geregelt werden. Der Umstieg auf ein eingleisiges Facharztsystem würde die notwendigen Regelungen erleichtern und die aufwendigen leistungs- und ausgabensteigernden Doppelvorhaltungen (z.B. Medizinisch-technische Großgeräte) erübrigen. Der nicht vollstationäre Bereich ist nur bedingt oder gar nicht unter dem Begriff der Daseinsvorsorge subsumierbar.

© Ernst Brückenberger, Hannover 15

Nationales DRG-Forum^{plus} 2006 E.B.

Zusammenfassung

- ❖ Die Deregulierung nimmt auch im Gesundheitswesen laufend zu. Die Eingriffe in die Berufsfreiheit nach Art. 12 GG als Folge des verstärkten, Sektor internen und sektorenübergreifenden Wettbewerbs, gewinnen immer mehr an Bedeutung.
- ❖ Die durch das Fallpauschalensystem und die Gesundheitsreform ausgelösten Veränderungen der Nachfrage und der Angebotsstrukturen verlaufen systemimmanent wesentlich schneller als die Umsetzungsgeschwindigkeit einer immer detaillierteren Krankenhausplanung.
- ❖ Die Krankenhausplanung steht an einem Scheideweg. Nicht eine Betten-, Fallzahl- oder Leistungsdiskussion, sondern eine Standortdiskussion, ist das Gebot der Stunde. Die verbleibenden KHG-Mittel sollten kurz- und mittelfristig grundsätzlich nur zur Reduzierung von Doppel- und Mehrfachvorhaltungen eingesetzt werden. Aus vergaberechtlichen Gründen sollte dabei der Anteil der öffentlichen Fördermittel unter 50% liegen. Die Aufgabe der dinglichen Sicherung der KHG-Mittel könnte die Anwerbung des dringend benötigten privaten Kapitals erleichtern. Die Verlagerung des Sicherstellungsauftrages auf die Länder ist nach der Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzips eine systemimmanente Konsequenz.

© Ernst Brückenberger, Hannover 16

Nationales DRG-Forum^{plus} 2006 E.B.



Dr. Ernst Bruckenberg

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

22.03.2006

© Ernst Bruckenberg, Hannover 17

Nationales DRG-Forum^{plus} 2006 E.B.

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.bruckenberger.de>

© Ernst Bruckenberg, Hannover 18