

michels.pmks

F a c h a n w ä l t e

Krankenhausrecht – Planung und Finanzierung

Dr. Kerrin Schillhorn
Fachanwältin für Verwaltungsrecht
Fachanwältin für Medizinrecht

- Sektoren der Gesundheitsversorgung: ambulant (Vertragsärztliche Versorgung) und stationär (Krankenhäuser), § 39 SGB V
- Krankenhäuser nehmen an der Versorgung teil, wenn sie in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen sind oder über einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen verfügen, §§ 108, 109 SGB V
- wenn Plankrankenhaus oder Versorgungsvertrag: gesetzliche Krankenkassen übernehmen Vergütung für Behandlungen im Rahmen des Versorgungsauftrages

Einrichtungen,

- in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden
- festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird

und

- in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können

§ 107 Abs. 1 SGB V, § 1 Nr. 1 KHG

§ 1 Abs. 2 S. 1 KHG Gebot der Trägervielfalt

Trägergruppen:

Öffentliche Krankenhaussträger (Kommunen und Kreise)

Freigemeinnützige Träger (Kirchen und Stiftungen)

Private Träger (Unternehmen/Aktiengesellschaften)

→ Trägerart hat keinen Einfluss auf rechtliche Behandlung des Krankenhauses nach Krankenhausplanungs- und Krankenhausfinanzierungsrecht
(d.h. auch ein Krankenhaus in privater Trägerschaft kann Plankrankenhaus sein)

§ 108 SGB V zur Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten sind Krankenhäuser zugelassen,

- die in den Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommen sind,
- als Hochschulklinik anerkannt sind

oder

- einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben

Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, dass

1. ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie
2. leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen, die nach Maßgabe dieses Gesetzes auch Investitionskosten enthalten können, sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten.

§ 4 KHG

KRANKENHAUSPLANUNG

- § 6 KHG: Länder stellen Krankenhauspläne auf, um bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen
- Regelung der Einzelheiten im jeweiligen Landesrecht
 - Krankenhausplan enthält Rahmenvorgaben für die Krankenhausplanung des Landes
 - auf der Grundlage des Krankenhausplanes werden die einzelnen Krankenhäuser in den Plan aufgenommen
 - Festlegung für jedes Krankenhaus: Träger, Ort, Größe, Disziplinen, besondere Angebote
 - § 108 SGB V Plankrankenhaus ist zugelassenes Krankenhaus i.S.d. SGB V

1. Stufe Krankenhausplanung:

- Ermittlung des tatsächlich bestehenden Bedarfs
- gerichtlich vollständig überprüfbar

2. Stufe Krankenhausplanung

- Versorgungsentscheidung – auf der Grundlage der Bedarfsanalyse und der Analyse der geeigneten Krankenhäuser wird entschieden, welche Krankenhäuser mit welchem Versorgungsauftrag betraut werden
- gerichtlich nur (sehr) eingeschränkt überprüfbar

Anspruch eines Krankenhauses auf Aufnahme in den Krankenhausplan?

- § 8 Abs. 2 S. 1 KHG – nach dem Gesetzeswortlaut nicht
- nach der Rechtsprechung (BVerwG, 14.04.2011 – 3 C 17/10) besteht bei verfassungskonformer Auslegung Anspruch,
 - wenn das Krankenhaus bedarfsgerecht und leistungsfähig ist und die Zahl der Betten der geeigneten Krankenhäuser die Zahl der benötigten Betten nicht übersteigt
 - wenn mehr Bettenangebote als Bedarf: Anspruch auf ermessensfehlerfreie Auswahlentscheidung

ABER: kein Anspruch auf Vorrang von Plankrankenhäusern, neuen Angeboten muss der Weg in den Plan offen stehen (kein statisches System)

Kriterien für Aufnahme in den Krankenhausplan:

- bedarfsgerecht
- leistungsfähig
- wirtschaftlich
- Trägervielfalt
- patientengerecht (neu)
- qualitativ hochwertig (neu)

Vorgaben nach Krankenhausplan des Landes:

- inhaltliche Vorgaben (z.B. Brustzentren)
- örtliche, überörtliche oder überregionale Versorgung
- Versorgungsstufen
- Zentrenbildung
- Disziplinenstruktur

Neue **Ziele** der Krankenhausplanung:

qualitativ hochwertige und patientengerechte Versorgung, § 1 Abs. 1 KHG

- Empfehlungen des GBA zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind Bestandteil des Krankenhausplanes, § 6 Abs. 1a) KHG
- Nichterfüllung von Qualitätsindikatoren verhindern Planaufnahme bzw. führen zur Herausnahme aus Krankenhausplan, § 8 Abs. 1a-c) KHG
- Trägervielfalt nachrangig nach Qualitätsindikatoren, § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG
- qualitativ hochwertige und patienten- sowie bedarfsgerechte Leistungserbringung Voraussetzung für Abschluss von Versorgungsverträgen, § 109 Abs. 2 SGB V
- Planherausnahme auch wenn mehr als 3 Jahre Qualitätsabschläge nach § 5 Abs. 3 a KHEntgG erhoben wurden

- Ministerium legt Rahmenvorgaben für die Krankenhausplanung im Krankenhausplan fest
- Krankenhausträger und Verbände der Krankenkassen erarbeiten gemeinsam und gleichberechtigt ein regionales Planungskonzept
- zu Verhandlungen über das regionale Planungskonzept können alle Beteiligten aufrufen

Zu beteiligen sind alle potenziellen Konkurrenten bezogen auf das jeweilige Fachgebiet

- kann je nach Disziplin unterschiedlich abzugrenzen sein
- wird eine einvernehmliche Lösung nicht gefunden, entscheidet Bezirksregierung bzw. Ministerium (durch Feststellungsbescheid)

- Krankenhausplan ist Verwaltungsinternum
- Umsetzung gegenüber Krankenhausträger durch Feststellungsbescheid
- Feststellungsbescheid ist Verwaltungsakt, der Versorgungsauftrag und Angebote der Krankenhäuser abschließend festlegt und begründet werden muss
- in der Regel werden im Feststellungsbescheid die Disziplinen, Bettenzahlen, ggf. Teilgebiete und besondere Angebote aufgeführt
- auch verschiedene Standorte werden im Feststellungsbescheid vermerkt
- Feststellungsbescheid gilt unbefristet
- Anpassung Feststellungsbescheid ist zulässig, meist Vorbehalt ausdrücklich im Bescheid enthalten

- Krankenhaus kann gegen eigenen Feststellungsbescheid bzw. Ablehnung der Aufnahme eines besonderen Angebotes in den Krankenhausplan / Feststellungsbescheid (Verpflichtungs-)Klage erheben (gilt auch für kommunale Träger)
- Widerspruchsverfahren und Anfechtungsklage gegen Feststellungsbescheid von Konkurrenten zulässig (und erforderlich)
- § 16 Abs. 3 KHGG: Drittwiderspruch und Drittklage haben keine aufschiebende Wirkung
- allerdings muss eigene Rechtsbetroffenheit vorliegen, d.h. in der Regel ein eigener Antrag für die gleiche Disziplin verfolgt werden (einheitliche Auswahlentscheidung)

- Gegner ist die Planungsbehörde, in NRW die Bezirksregierung
- kein Klagerecht der Krankenkassen gegen Feststellungsbescheid
- bei Konkurrentenklagen – notwendige Beiladung des Konkurrenten im verwaltungsgerichtlichen Verfahren

- zunehmender Wettbewerb zwischen Krankenhäusern
- zum Teil erhebliche Planungstiefe der Landeskrankenhausplanung
- zunehmende Schwierigkeiten in Budgetverhandlungen mit Krankenhäusern bei fehlender spezifizierter Ausweisung im Krankenhausplan
- Wettbewerbsvorteile durch Ausweisung spezialisierter Abteilungen bzw. besonderer Angebote

Wesentliche Überlegungen des Senats:

- Auswahlentscheidung zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern hat einheitlich zu erfolgen
- nicht ausgewähltes Haus verfolgt eigenen Antrag im Wege des Verpflichtungsanspruchs
- Rechtsschutz: kommt gegebenenfalls zu spät, wenn in der Zwischenzeit die Bedarfssituation durch das Konkurrenzhaus gedeckt ist
- effektiver Rechtsschutz erfordert Anfechtungsmöglichkeit durch das im Auswahlverfahren unterlegene Krankenhaus

Auswirkungen auf Praxis und Rechtsprechung

Unterschiedliche Auswirkungen in den Bundesländern:

- z.B. NRW (hohe Planungstiefe): viele Konkurrentenklagen
 - Zustellung der Feststellungsbescheide an Mitbewerber, um Rechtsschutzmöglichkeiten innerhalb der Rechtsmittelfrist von einem Monat sicher zu stellen.

- z.B. Niedersachsen (geringe Planungstiefe): praktisch keine Konkurrentenklagen
 - keine Veränderung des Verfahrens

Entwicklungen in der Rechtsprechung seit Beschluss des Bundesverfassungsgerichts 2004

- Verwaltungs- und Oberverwaltungsgerichte halten Konkurrentenklagen im Krankenhausrecht – jedenfalls bezogen auf die Krankenhausplanung – grundsätzlich für zulässig
- allerdings werden Entscheidungen der Behörden oft bestätigt
- insbesondere Eilverfahren wurden nur in wenigen Fällen zugunsten des Widerspruchsführers bzw. des klagenden Krankenhauses entschieden
- keine defensiven Konkurrentenklagen, d.h. nur zur Abwehr von konkurrierenden Angeboten im Rahmen einer einheitlichen Auswahlentscheidung – nicht im „gestreckten Verfahren“, BVerwG, 25.09.2008 - 3 C 35.07; BVerfG, 23.04.2009 - 1 BvR 3405/08

→ Versorgungsverbände

→ Zentren

→ Qualitätsvorgaben in der Krankenhausplanung

Krankenhausplan NRW 2015 sieht erstmals Versorgungsverbund vor

- Versorgungsverbund Geriatrie
- enge Kooperation mit anderen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, ambulanter und stationärer Pflege
- inhaltliche Anforderungen
- personelle
- Anforderungen an Prozesse
- Versorgungsauftrag nur, wenn Versorgungsverbund nachgewiesen wird

Probleme:

- keine Aufnahme in Krankenhausplan, wenn kein geeigneter Kooperationspartner?
- Verbund zulässiger Inhalt Krankenhausplan?
- Ermächtigungsgrundlage?

Bundesschiedsstelle vom 08.12.2016 (Az. 3/2016):

- besondere Aufgaben:
 - aus überörtlicher und krankenhausübergreifender Aufgabenwahrnehmung
 - Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für seltene Erkrankungen
 - Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher, technischer und personeller Voraussetzungen
- zuschlagsfähig nur, wenn nicht bereits in DRGs abgebildet
- Festlegung durch Krankenhausplan oder durch Einzelfallentscheidung

Exkurs: Qualitätsvorgaben / -indikatoren - Relevanz für Krankenhäuser

Wenn Qualitätsindikatoren Bestandteil des Krankenhausplanes sind, sind diese zu erfüllen,

- um die Aufnahme in den Krankenhausplan zu erreichen
- bzw. nicht aus dem Krankenhaus herausgenommen zu werden
- unmittelbare existenzielle Auswirkung auf Krankenhäuser!
- Qualität soll auch bei Auswahlentscheidungen herangezogen werden können
- gilt vorrangig vor Trägervielfalt!
- Entsprechung in § 109 SGB V zum Abschluss von Versorgungsverträgen

→ Befugnis der Länder zur Krankenhausplanung eröffnet Spielraum:

- Maßstab § 1 Abs. 1 KHG bisher: bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern
- Maßstab § 1 Abs. 1 KHG neu: **qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte** Versorgung der Bevölkerung mit Leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern

und

- Qualitätsindikatoren jetzt aus § 136c) SGB V
- (mit Abweichungsbefugnis/-pflicht)

→ bisher keine Abweichungsentscheidung von NRW

- Bestimmung der Leistungen und Leistungsbereiche sowie außergewöhnlich guter und unzureichender Qualität erfolgt durch GBA
- demokratische Legitimation des GBA? BVerfG, Beschl. vom 6.10.2016 – 1 BvR 292/16 für Mindestmengenregelungen ausdrücklich offen gelassen
- inhaltliche Anforderungen an Bestimmung durch GBA
 - gesetzlich nicht geregelt
 - müssen jedenfalls den verfassungsrechtlichen Vorgaben entsprechen
 - **ist Qualität der Krankenbehandlung (in diesem Maße) messbar, dass Vergütung und letztlich auch Versorgungsauftrag davon abhängig gemacht werden können?**
 - **welche Qualität? Struktur-, Prozess-, Indikations-, Ergebnisqualität oder Qualität aus Patientensicht?**

Grundrechtsrelevanz der Qualitätsanforderungen

Qualitätsanforderungen und Qualitätsindikatoren wirken sich unmittelbar auf die Leistungserbringung und Abrechnung aus – Berufsausübung der Krankenhausbetreiber (Art. 12 Abs. 1 GG) ist betroffen!

Einschränkungen für Berufsausübung müssen verfassungsrechtlich gerechtfertigt sein!

- Gesetzesvorbehalt gilt, d.h. Einschränkung nur durch oder aufgrund Gesetzes
- je intensiver der Eingriff ist, desto strenger müssen die Anforderungen an die Rechtfertigung sein
- Eingriff darf nicht auf höherer Stufe erfolgen, wenn Regelungsziel auch auf niedrigerer Stufe erreicht werden kann und einen weniger intensiven Eingriff darstellt

Grundrechtsverletzung durch Qualitätsanforderungen? (1)

Gesetzesvorbehalt:

- §§ 17 b KHG, 5 und 9 KHEntgG sowie §§ 110 a, 136, 136 b SGB V sind förmliche Gesetze
- Beschluss über Leistungen und Leistungsbereiche für Zu- und Abschläge durch GBA nach § 136b) SGB V auch?

Problem

- zwar aufgrund eines Gesetzes, § 136b) SGB V
- **aber:** Gesetz konkretisiert rechtliche Anforderungen an Vorgaben für Bestimmung der Voraussetzungen für Zu- und Abschläge nicht hinreichend
- **und:** demokratische und fachliche Legitimation des GBA zumindest fraglich

Grundrechtsverletzung durch Qualitätsanforderungen? (2)

- Qualitätsvorgabe inhaltlich gerechtfertigt, d.h. qualifizierter Zusammenhang zwischen Anforderung und Qualitätszuwachs vorhanden (und belegbar)?
- ausreichende Rechtfertigung?
- Wirksamkeit belegt?
- evidenzbasiert?
- Abstufung geprüft?
- milderes Mittel möglich?
- ggf. Abstufung zwischen verschiedenen Qualitätsindikatoren?

- **praktisch nicht leistbar durch GBA**

KRANKENHAUSFINANZIERUNG

- seit 1972 (Inkrafttreten Krankenhausfinanzierungsgesetz) duale Finanzierung,
 - d.h.: Betriebskosten bzw. Behandlungskosten werden von den Krankenkassen getragen, Investitionen von den Bundesländern

- Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG):
 - Investitionsförderung durch die Länder im Wege der Einzelförderung, Pauschalfördermittel bzw. Baupauschale in NRW

- Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG):
 - Laufende Kosten, Behandlungskosten, DRG's, Pflegesätze

§ § 4, 6 KHG

§ 4: Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, dass

1. ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie
2. leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen, die nach Maßgabe dieses Gesetzes auch Investitionskosten enthalten können, sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten.

§ 6: Die Länder stellen zur Verwirklichung der in § 1 genannten Ziele Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf

- Investitionsprogramm ist verwaltungsrechtliches Internum; die Entscheidungen werden durch Bewilligungsbescheide gegenüber den einzelnen Krankenhäusern umgesetzt

- Anmeldung von konkreten Projekten bzw. Maßnahmen zum Investitionsprogramm
 - Auswahlentscheidung des Landes nach Relevanz und Dringlichkeit der Maßnahmen notwendig

- Umsetzung durch Bewilligungsbescheid gegenüber Krankenhaus
 - Kein Rechtsanspruch auf Aufnahme in ein bestimmtes Investitionsprogramm; Rechtsschutz derzeit noch offen, wenn noch kein Bewilligungsbescheid vorliegt

- Investitionsprogramm steht unter Haushaltsvorbehalt
- Investitionsförderung in Bundesländern sehr unterschiedlich
- insgesamt hohes Investitionsdefizit (ca. 3 Mrd. €/pro Jahr, entspricht ca. 50 % der notwendigen Investitionsfördermittel)
- Krankenhäuser können Investitionen nicht mehr aus Fördermitteln (voll) decken
- andere Einnahmequellen der Krankenhäuser?
- „Gefahr“ für duale Krankenhausfinanzierung?

→ Abgrenzung Herstellungsaufwand/Erhaltungsaufwand

Herstellungsaufwand (+), wenn Neues geschaffen wird bzw. Substanzvermehrung oder Wesensänderung vorliegt

Erhaltungsaufwand (+), wenn Anlagegüter in Substanz und Wesen erhalten bleiben, allerdings modernisiert oder umgestaltet werden.

- durch Bewilligungsbescheid werden Fördermittel für eine konkrete Maßnahme bewilligt
- in der Regel wird eine entsprechende Zweckbestimmung in den Fördermittelbescheid aufgenommen
- Verwendung der Mittel ausschließlich für geförderte Maßnahme
- gilt auch für Baupauschale, d.h. förderfähiger Aufwand (vgl. oben Herstellungsaufwand)

- zu Krankenhauszwecken: Muss mit Behörde abgestimmt werden; bei sinnvoller Folgenutzung für Krankenhauszwecke in der Regel jedoch kein Problem
- zu sonstigen Zwecken: z.B. Privatstation, Pflegeheim, Arztpraxis oder sonstiger Leistungserbringer
- Zweckverfehlung! Rückzahlungspflicht bezogen auf (anteilige) Investitionsfördermittel

Einzelfragen

→ Baupauschale

→ Vergaberecht

- Investitionsförderung in NRW verzichtet seit 2008 auf Einzelförderung
- statt dessen: alle Krankenhäuser erhalten pauschale Fördermittel auch für Investitionsmaßnahmen nach leistungsbezogenem Verteilungsschlüssel
- sind variabel einsetzbar, d.h. für Darlehensabtrag, können über mehrere Jahre angespart und innerhalb eines Trägerverbundes „geschoben“ werden
- Zweckbindung (Herstellungsaufwand) entfällt nicht!

Anwendbarkeit?

- bei bewilligten öffentlichen Fördermitteln in der Regel im Bewilligungsbescheid vorgegeben.
 - wenn keine Vorgabe im Bewilligungsbescheid, dann öffentlicher Auftraggeber, wenn mindestens 50 % der verwendeten Mittel für die Maßnahme aus öffentlichen Fördermitteln kommen.
 - offen, wie bei Baupauschale verfahren wird, da hier Freiheit der Krankenhäuser auch zwischen den Haushaltsjahren recht groß ist, aber Regelungen des GWB, d.h. 50 %-Grenze öffentliche Fördermittel gelten in jedem Fall

- Vergütung für Behandlungen wird mit Krankenkassen in einem Jahres Budget vereinbart
- es gelten landesweit die gleichen Preise, Vereinbarung über Art und Menge der Leistungen
- wenn keine Einigung – Schiedsstellenverfahren
- Budgetvereinbarung oder Schiedsspruch müssen von Behörde (BReg) genehmigt werden
- Rechtsschutz gegen (Nicht-)Genehmigung vor dem Verwaltungsgericht

Exkurs: Schnittstelle ambulant/stationär

- Chefarzt- und Institutsermächtigung, § § 116, 116a SGB V
- Ambulantes Operieren, § 115 b SGB V
- Vor- und nachstationäre Behandlung, § 115 a SGB V
- DMP, § 116 b Abs. 1 SGB V
- Hochspezialisierte Leistungen, § 116 b Abs. 2 SGB V
- Integrierte Versorgung, § § 140 a ff. SGB

Krankenhäuser nehmen nicht nur selbst an der ambulanten Versorgung teil, sondern binden auch niedergelassene Vertragsärzte ein

→ Gründe:

- Zuweiserbindung
- Personalknappheit
- Expertise

→ Problem:

Zuweisung gegen Entgelt – verboten durch § 31 a KHGG und §§ 299a/b StGB

→ derzeit große Schwierigkeiten in der Abgrenzung zulässiger Kooperationen und verbotener Zuweisung gegen Entgelt!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Kerrin Schillhorn
Hohenstaufenring 57
50674 Köln
Tel.: +49 - (0)221 / 50003 – 738
Fax: +49 - (0)221 / 50003 – 636
www.michelspmks.de
E-Mail: schillhorn@michelspmks.de

