
Potsdamer Medizinrechtstage 2019

**Aktuelle Fragen der Krankenhausplanung in
Brandenburg**

Villa Bergmann, Potsdam, 31. Januar 2019

Prof. Dr. Wolfgang Kuhla
Rechtsanwalt und Fachanwalt für Verwaltungsrecht, Notar
Honorarprofessor an der Freien Universität Berlin

Übersicht

1. Teilnahme an der Notfallversorgung, Zu- und Abschläge
2. Krankenhausplanung ohne quantitative Begrenzung des gebietsbezogenen Versorgungsauftrags (Konsequenzen des Urteils des OVG Bautzen vom 21. Juni 2018)
3. Voraussetzungen und Umsetzung von krankenhauserischen Kooperationsgeboten
4. Gemeinsame Krankenhausplanung für Berlin und Brandenburg

1. Teilnahme an der Notfallversorgung, Zu- und Abschläge

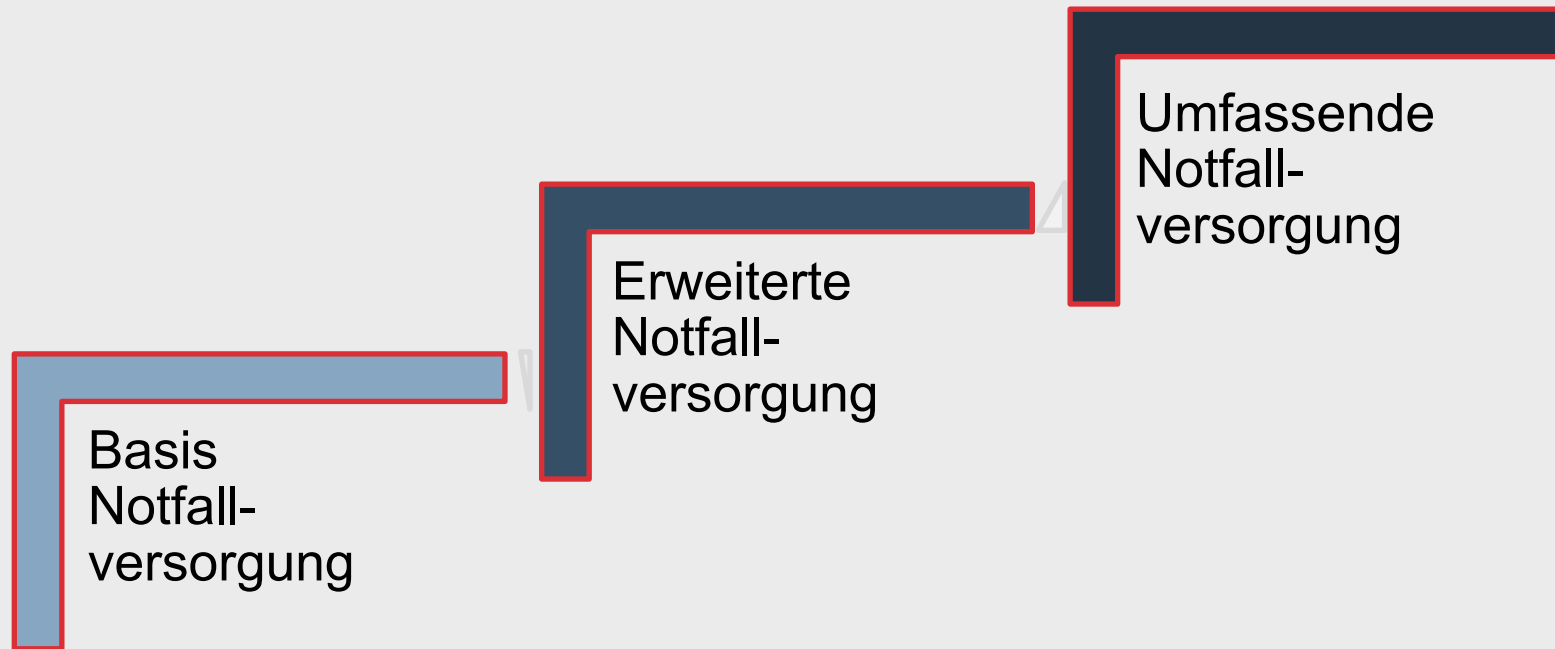
§ 136c Abs. 4 SGB V:

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2017 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. Hierbei sind für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleleistungen differenziert festzulegen.



Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V vom 19. April 2018 (**Notfallstufen-Beschluss**)

1. Teilnahme an der Notfallversorgung, Zu- und Abschläge



Struktur- und Personalanforderungen bauen auf einander auf und nehmen zu

1. Teilnahme an der Notfallversorgung, Zu- und Abschläge

Vereinbarung über Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG i. V. m. § 136c Absatz 4 SGB V
(**Notfallstufenvergütungsvereinbarung**) vom 10. Dezember 2018

Pauschale, standortbezogene Zuschläge für die Teilnahme p.a.:

- Basisnotfallversorgung: 153.000 Euro;
- Erweiterte Notfallversorgung 459.000 Euro;
- Umfassende Notfallversorgung 688.500 Euro.

Pauschaler Abschlag für die Nichtteilnahme:

60 Euro bei jedem stationären Behandlungsfall.

1. Teilnahme an der Notfallversorgung, Zu- und Abschläge

Spezielle Notfallversorgung

(§§ 23 ff. Notfallstufen-Beschluss):

- Die spezielle Notfallversorgung steht neben der gestuften Notfallversorgung
- Insbesondere folgende „Module“:
 - Schwerbrandverletztenversorgung
 - Notfallversorgung Kinder
 - Schlaganfallversorgung
 - Durchblutungsstörungen am Herzen
 - Spezialversorgung

Notfallstufenvergütungsvereinbarung

- Trifft für alle Module der Speziellen Notfallversorgung gesonderte Vergütungsregelungen

1. Teilnahme an der Notfallversorgung, Zu- und Abschläge

Praxisbedeutsam für Brandenburg:

§ 8 Abs. 2 Notfallstufenvergütungsvereinbarung

Wird ein Krankenhausstandort abweichend von der in der Budgetverhandlung vereinbarten Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung im laufenden Kalenderjahr durch krankenhauserischer Festlegung als Spezialversorger oder Krankenhaus ohne Sicherstellungszuschlag, das nach Feststellung der Landeskrankenhausplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich ist und 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnimmt, eingestuft, entfällt der Rechnungsabschlag nach § 2 Absatz 1 Satz 1 in Höhe von 60 Euro je vollstationären Behandlungsfall für alle Fälle des Vereinbarungszeitraums, in dem der Feststellungsbescheid erlassen wird.

1. Teilnahme an der Notfallversorgung, Zu- und Abschläge

§ 8 Abs. 2 Notfallstufenvergütungsvereinbarung (Lesefassung)

Die Landeskrankenhausplanungsbehörde kann einen Krankenhausstandort durch einen krankenhauserischen Feststellungsbescheid entweder als Spezialversorger oder als Krankenhaus ohne Sicherstellungszuschlag einstufen, das für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich ist und 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnimmt.

Diese Feststellungen sind abweichend von der in der Budgetverhandlung vereinbarten Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung im laufenden Kalenderjahr zulässig.

Im Falle einer solchen Feststellung entfällt der Rechnungsabschlag nach § 2 Absatz 1 Satz 1 in Höhe von 60 Euro je vollstationären Behandlungsfall für alle Fälle des Vereinbarungszeitraums, in dem der Feststellungsbescheid erlassen wird.

2. Krankenhausplanung ohne quantitative Begrenzung des gebietsbezogenen Versorgungsauftrags

KHG und Krankenhausplan:

„Die Länder stellen zur Verwirklichung der in § 1 genannten Ziele Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf; Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, sind zu berücksichtigen.“ (§ 6 Abs. 1 S. 1 KHG)

„Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird; ...“ (§ 8 Abs. 2 S. 2 KHG)

2. Krankenhausplanung ohne quantitative Begrenzung des gebietsbezogenen Versorgungsauftrags

SGB V und Krankenhausplan (Zulassung zur Behandlung)

„Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen: ...

2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), ...“ (§ 108 SGB V)

„Bei den Plankrankenhäusern (gilt) die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als Abschluss des Versorgungsvertrages. (§ 109 Abs. 1 S. 2 SGB V)

2. Krankenhausplanung ohne quantitative Begrenzung des gebietsbezogenen Versorgungsauftrags

KHEntG und Krankenhausplan (Vergütung der Behandlung)

„Die Entgelte [für allgemeine Krankenhausleistungen] dürfen nur im Rahmen des Versorgungsauftrags berechnet werden; dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatienten. Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses ergibt sich ...bei einem Plankrankenhaus aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung...

2. Krankenhausplanung ohne quantitative Begrenzung des gebietsbezogenen Versorgungsauftrags

Konsequenzen für Entgeltansprüche:

Kein Entgelt für Behandlungen in Fachgebieten, für die kein Versorgungsauftrag besteht

(qualitative Grenze)

Kein Entgelt für Behandlungen, wenn Betten genutzt werden, für die kein Versorgungsauftrag besteht

(qualitative Grenze)

2. Krankenhausplanung ohne quantitative Begrenzung des gebietsbezogenen Versorgungsauftrags

Die **Bedarfsplanung** erfolgt in allen Bundesländern **gebietsbezogen**.

Die Landeskrankengesetze in den meisten Ländern sehen vor, dass die **qualitative und die quantitative Planung verknüpft** werden.

Konkret: Im Plan werden standortbezogen die Anzahl der Krankenhausbetten abteilungsbezogenen festgelegt (s. § 6 Abs. 2 Nr. 3 LKG Berlin)

In **Brandenburg** (und anderen Bundesländern) wird nur die Gesamtzahl der Betten festgelegt, es erfolgt **keine Zuordnung von Bettenzahlen zu Gebieten** (s. § 14 Abs. 1 Nr. 5 KHEG Brandenburg).

2. Krankenhausplanung ohne quantitative Begrenzung des gebietsbezogenen Versorgungsauftrags

Konsequenzen der unterschiedlichen Planungstiefe auf der Entgeltebene:

Gebietsbezogene Festlegung der Bettenzahl

Grundsätzlich dürfen nur die Betten der Abteilung für die Behandlung genutzt werden. Bei Nutzung gebietsfremder Betten entsteht kein Entgeltanspruch.

(Lediglich) Festlegung der Gesamtbettenzahl am Standort

Grundsätzlich darf jedes Bett für jedwede Behandlung im Rahmen der Gebiete genutzt werden, die planmäßig am Standort vorhanden sind. Erst wenn für die aktuelle Summe der Behandlungen eine Zahl von Betten genutzt wird, welche die planmäßige Gesamtzahl übersteigt, entsteht kein Entgeltanspruch.

2. Krankenhausplanung ohne quantitative Begrenzung des gebietsbezogenen Versorgungsauftrags

Konsequenzen der unterschiedlichen Planungstiefe auf der Zulassungsebene:

Sachverhalt

Der Kläger verlangt die Aufnahme in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen mit einem neu zu errichtenden Internistischen Fachkrankenhaus mit Schwerpunkt Geriatrie in D mit 32 Betten Akutgeriatrie. Das Staatsministerium hat den Antrag abgelehnt. Es bestehe kein ungedeckter Bedarf für akutgeriatriische Leistungen in D. Die Analyse habe für das Stadtgebiet D einen Bedarf in Höhe von 102 Betten bei Zugrundelegung von Patienten der Altersgruppe ab 70 Jahre ergeben. Dieser Bedarf sei gedeckt.

2. Krankenhausplanung ohne quantitative Begrenzung des gebietsbezogenen Versorgungsauftrags

Rechtliche Beurteilung durch das OVG Bautzen:

Eine Prüfung, wie hoch der tatsächliche Bedarf an Krankenhausbetten im Fachgebiet Akutgeriatrie im hier maßgeblichen Einzugsgebiet D ist und ob dieser bereits ohne das geplante Krankenhaus der Kläger gedeckt ist, ist hier mangels Ausweisung fachabteilungsspezifischer Bettenzahlen im Krankenhausplan des Freistaates Sachsen entbehrlich... Eine Auswahlentscheidung ist rechtlich nicht möglich.

Die Prüfung der Bedarfsdeckung dient dem Zweck zu ermitteln, ob unter Einbeziehung des geplanten zusätzlichen Krankenhauses ein Überangebot in dem betreffenden Fachgebiet geschaffen würde. Im Falle eines Überangebots ist auf der zweiten Stufe gem. § 8 Abs. 2 KHG... eine fehlerfreie Auswahlentscheidung dahin zu treffen, welches von ihnen unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger den Zielen der Krankenhausplanung am besten gerecht wird.

2. Krankenhausplanung ohne quantitative Begrenzung des gebietsbezogenen Versorgungsauftrags

Rechtliche Beurteilung durch das OVG Bautzen:

Diese Auswahlentscheidung kann hier jedoch mangels Ausweisung fachabteilungsspezifischer Bettenzahlen im Krankenhausplan nicht erfolgen. Ohne die Möglichkeit einer nachfolgenden Auswahlentscheidung machen die Ermittlung des tatsächlichen Bedarfs und der Krankenhausvergleich keinen Sinn.

Die Unmöglichkeit einer Auswahlentscheidung führt hier unter Berücksichtigung von Art. 12 Abs. 1 Satz 1 i. V. m. Art. 3 Abs. 1 GG dazu, dass der Kläger unabhängig von einer etwaigen tatsächlichen Bedarfsdeckung einen Anspruch auf Aufnahme seines geplanten Krankenhauses in den Krankenhausplan hat.

(OVG Bautzen, Urteil vom 21. Juni 2018 - 5 A 684/17, redaktionell bearbeitet)

2. Krankenhausplanung ohne quantitative Begrenzung des gebietsbezogenen Versorgungsauftrags

Die Rechtslage in Brandenburg entspricht der im Freistaat Sachsen.

Konsequenz:

Der Antrag eines Krankenhauses auf Aufnahme in den Krankenhausplan ist ohne Bedarfsprüfung und Auswahlentscheidung zuzulassen, wenn das Krankenhaus ein bedarfsgerechtes und leistungsfähiges Versorgungsangebot unterbreitet.

2. Krankenhausplanung ohne quantitative Begrenzung des gebietsbezogenen Versorgungsauftrags

Wie geht es weiter?

- Die Krankenkassen werden die Lage nutzen:

§ 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V

Enthält der Krankenhausplan keine oder keine abschließende Festlegung der Bettenzahl oder der Leistungsstruktur des Krankenhauses, werden diese durch die Vertragsparteien nach Satz 1 im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ergänzend vereinbart.

- Über kurz oder lang wird das Land abteilungsbezogene Bettenzahlen festlegen.

3. Voraussetzungen und Umsetzung von krankenhausplanerischen Kooperationsgeboten

Warum sollten Krankenhäuser kooperieren?

In allen Bundesländern gibt es Fachkrankenhäuser, die auf ihrem Fachgebiet einen herausragenden Ruf haben.

Die zunehmende Leistungskonzentration kann den weiteren Bestand dieser Kliniken bedrohen. Damit kann ein Qualitätsverlust einhergehen, wenn das Erfahrungswissen eingespielter Teams in den Fachkliniken nicht mehr zur Verfügung steht.

Um einer solchen Entwicklung vorzubeugen, kann es versorgungsmedizinisch sinnvoll sein, das Behandlungsangebot von Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen und Fachkrankenhäusern zu verknüpfen.

3. Voraussetzungen und Umsetzung von krankenhausplanerischen Kooperationsgeboten

Kann die Planungsbehörde eine Kooperation durch Krankenhausplan und Versorgungsauftrag verbindlich anordnen?

- Der Krankenhausplan selbst trifft keine „rechtsverbindliche Festsetzungen“, bindet nur die Planungsbehörde.
- Der Feststellungsbescheid ist nur insoweit rechtmäßig, als er auf einem Antrag des Krankenhausträgers beruht.
- Der Feststellungsbescheid begründet keine (selbständig vollstreckbare) Primärverpflichtung des Adressaten, den Versorgungsauftrag zu erfüllen.

Die Krankenhausplanungsbehörde hat keine rechtliche Befugnis eine Kooperation von Krankenhäusern rechtlich verbindlich anzuordnen.

3. Voraussetzungen und Umsetzung von krankenhausplanerischen Kooperationsgeboten

Die Planungsbehörde kann eine Kooperation nur im Einvernehmen mit den Krankenhausträgern verbindlich regeln

- Die Krankenhausträger schließen einen Kooperationsvertrag über die arbeitsteilige Leistungserbringung.
- Die Krankenhausträger beantragen diese Kooperation im Krankenhausplan und nachfolgend im Feststellungsbescheid zu berücksichtigen.
- Der Feststellungsbescheid regelt differenziert eine arbeitsteilige Erfüllung des Versorgungsauftrages.

Die Krankenhausplanungsbehörde kann aufgrund entsprechender Anträge der Krankenhausträger eine Kooperation von Krankenhäusern planungsrechtlich verbindlich regeln.

3. Voraussetzungen und Umsetzung von krankenhausplanerischen Kooperationsgeboten

Entgeltrechtliche Konsequenzen einer planungsrechtlich verbindlich geregelten Kooperation

KHEntG und Krankenhausplan (Vergütung der Behandlung)

„Die Entgelte [für allgemeine Krankenhausleistungen] dürfen nur im Rahmen des Versorgungsauftrags berechnet werden; ... Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses ergibt sich ...bei einem Plankrankenhaus aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung...

Das Entgeltrecht folgt dem Krankenhausplanungsrecht.

3. Voraussetzungen und Umsetzung von krankenhausplanerischen Kooperationsgeboten

Entgeltrechtliche Konsequenzen einer planungsrechtlich verbindlich geregelten Kooperation

- Abrechnungsregelungen – insbesondere die einschlägigen OPS-Codes – setzen teilweise voraus, dass nur ein Leistungserbringer die kodierende Behandlung erbringen kann.
- Wenn die arbeitsteilige Leistungserbringung durch den Feststellungsbescheid verbindlich geregelt ist, dann sind mit den Krankenkassen Absprachen zu treffen, die dem Vorrang des Planungsrechts vor dem Entgeltrecht Rechnung tragen: Die Leistung ist im Ergebnis so zu vergüten, als ob sie nur von einem Krankenhaus erbracht worden ist.

4. Gemeinsame Krankenhausplanung Berlin und Brandenburg?

Die Eckpunkte der gemeinsamen Krankenhausplanung werden jetzt auf Verwaltungsebene abgestimmt. Im Jahr 2020 wollen die Landesregierungen Berlins und Brandenburgs auf dieser Grundlage ihre Krankenhauspläne beschließen. **Aus rechtlichen Gründen wird es in jedem Land jeweils einen eigenen Krankenhausplan geben.** Beide Pläne folgen aber gemeinsamen Grundsätzen und Versorgungszielen und ergänzen sich.

Der Regionalausschuss für die „Gemeinsame Krankenhausplanung Berlin-Brandenburg 2020“ hat sich im September 2018 im Gesundheitsministerium in Potsdam konstituiert.

Die im Vorfeld der Planfestlegungen erfolgende Abstimmung ist für die Krankenhäuser planungsrechtlich voraussichtlich irrelevant.

KONTAKT



PROF. DR. WOLFGANG KUHLA

PARTNER
RECHTSANWALT SEIT 1983

wolfgang.kuhla@raue.com

+49 30 818 550 301

Prof. Dr. Wolfgang Kuhla

Prof. Dr. Kuhla berät Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Krankenhäuser berät er insbesondere in allen Finanzierungsfragen (Verhandlungen mit gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, Investitionskostenförderung). Er unterstützt Leistungserbringer bei der Umsetzung ihrer unternehmerischen Ziele. Er vertritt Ärzte und Krankenhäuser in allen Fragen der Arzthaftung und sonstigen Haftung wegen behaupteter Verstöße gegen das Berufsrecht – sowohl außergerichtlich als auch forensisch. Er verfügt über eine breite Transaktions- und Privatisierungserfahrung in der Krankenhausbranche. Prof. Dr. Kuhla publiziert regelmäßig in juristischen Fachzeitschriften und referiert zu medizin- und krankenhausrrechtlichen Fragen.

Ausgewählte Publikationen:

- Rechtsbeziehungen zu Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in: Helge Sodan [Hrsg.], Handbuch des Krankenversicherungsrechts (mit Bedau), 3. Auflage 2018.
- Anmerkung zu dem Urteil des BSG vom 19. April 2016, Az. B 1 KR 34/15 R (Dialyse keine kodierfähige Krankenhausleistung), SgB 2017, 342 (mit Wolff, geb. Brückner).
- Anmerkung zu dem Urteil des BSG vom 19. April 2016 – B 1 KR 28/15 R (Bauchaortenaneurysma), KrV 2016, 186.
- Prinzipien des Verfahrens vor der Schiedsstelle gemäß KHG in Regelungsstreitigkeiten nach dem KHEntgG, NZS 2016, S. 481.
- Beibringungsgrundsatz und Beschleunigungsverbot in Verfahren vor der Schiedsstelle nach § 18 a KHG, Das Krankenhaus 2016, S. 524-529.
- Qualität der stationären Versorgung und Vergütung, NZS 2015, S. 561.
- Gesetzgebungskompetenzen im Krankenhausrecht, NZS 2014, S. 361
- MVZ: Neue Zulassungsvoraussetzung der selbstschuldnerischen Bürgschaft, Das Krankenhaus 2007, S. 460-461
- Zentrenbildung und Konkurrentenklage im Krankenhausrecht, Das Krankenhaus 2007, S. 952-957.
- Fixierung von Patienten mit Durchgangssyndrom, GesR 2007, S. 441-445 .
- Persönliche Leistungserbringung des Krankenhausarztes bei ambulanten Behandlungen sozialversicherter Patienten, MedR 2003, S. 25-28.
- Liquidation des Chefarztes für Vertreterleistungen, NJW 2000, S. 841-846.