

Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg

 Bericht der Expertenkommission



Baden-Württemberg
MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES

**Zukunft
der Krankenhausstruktur
Baden-Württemberg**
Bericht der Expertenkommission

Zukunft
der Krankenhausstruktur
Baden-Württemberg

 Bericht der Expertenkommission

Verteilerhinweis:

Diese Informationsschrift wird von der Landesregierung in Baden-Württemberg im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Unterrichtung der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidatinnen und Kandidaten oder Helferinnen und Helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, daß dies als Parteinahme des Herausgebers zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist.

Erlaubt ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

Herausgeber

Ministerium für Arbeit und Soziales
Baden-Württemberg
Schellingstraße 15
70174 Stuttgart

Telefon: (07 11) 1 23-0
Telefax: (07 11) 1 23-39 99
Internet: www.sozialministerium-bw.de

Mai 2006

Druck:

Schwäbische Druckerei GmbH
Stuttgart

Vorwort



Der Gesundheitsmarkt verfügt über ein Wachstums- und Entwicklungspotenzial, das für den Wirtschaftsstandort Baden-Württemberg entsprechende Bedeutung hat. Der größte und ausgabenintensivste Bereich, die Krankenhauswirtschaft, hat bereits in den letzten Jahren große Veränderungen erfahren. Diese Entwicklung ist jedoch keinesfalls abgeschlossen. Die Krankenhäuser stellen sich den Herausforderungen bezüglich Unternehmens- und Organisationsstrukturen sowie den vom medizinischen Fortschritt und den Folgen des DRG-Preissystems gebotenen Weiterentwicklungen.

Aufgabe künftiger Krankenhauspolitik muss es sein, dafür Sorge zu tragen, dass die erkennbar notwendigen Strukturveränderungen zu keiner Verschlechterung in der Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg führen. Im Gegenteil: Mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit und eine noch bessere Patientenversorgung erscheinen möglich.

Am 30. September 2005 trat unter Leitung von Herrn Ministerpräsident Günther H. Oettinger MdL eine Expertenkommission zu dem komplexen Thema „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“ zusammen. Diese erhielt den Auftrag, die Landesregierung bei der Erreichung ihrer Ziele – Spitzenmedizin sowie ausreichende Versorgung im ganzen Land bei größtmöglicher Wirtschaftlichkeit – zu unterstützen.

Gemeinsam mit meinem Kollegen, Herrn Minister für Wissenschaft, Forschung und Kunst Prof. Dr. Peter Frankenberg, habe ich die Expertenkommission kollegial geleitet. Ihr gehörten erfahrene Verantwortliche kommunaler, freigemeinnütziger und privater Krankenhausträger sowie der in der Verantwortung des Landes stehenden Kliniken und Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen sowie der Kassenärzte an.

Der vorliegende Gesamtbericht enthält Vorschläge zur Sicherstellung dieser für die Menschen in Baden-Württemberg lebenswichtigen Aufgabe der Daseinsvorsorge.

Im Bericht berücksichtigt wurden außerdem Überlegungen der Medizinstrukturkommission beim Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst zur regionalen Vernetzung der Universitätskliniken mit den sie umgebenden Krankenhäusern. Diese Vorschläge der Experten richten sich an unterschiedliche Adressaten: Träger von Krankenhäusern, Kostenträger im Gesundheitswesen, Kassenärzte, Rettungsdienst, Kommunen sowie an das Land und den Bundesgesetzgeber.

Nur mit gemeinsamen Anstrengungen kann es gelingen, der Bevölkerung eine nachhaltig leistungsfähige Krankenhauslandschaft anzubieten. Nicht zuletzt wird es erforderlich sein, die Investitionsprogramme des Landes in den kommenden fünf Jahren so auszustatten, dass der mit den notwendigen Strukturveränderungen bei den unverzichtbaren Krankenhäusern zwangsläufig verbundene Förderaufwand zeitnah geleistet werden kann. Die hier alternativ diskutierten Finanzierungsmodelle können ergänzend zur Deckung des Investitionsbedarfs der Krankenhäuser genutzt werden.

Ich danke allen Mitgliedern, den von ihnen eingesetzten Mitarbeitern und allen, die an diesem Bericht mitgewirkt haben herzlich für die geleistete Arbeit. Trotz der teilweise gegensätzlichen Interessen der Beteiligten weisen die Vorschläge ein hohes Maß an Übereinstimmung auf und zeigen wichtige Ansatzpunkte für eine zukunfts-trächtige Weiterentwicklung der baden-württembergischen Krankenhausstruktur auf.

Mein Dank gebührt in diesem Zusammenhang auch der Geschäftsstelle der Kommission. Sie hat mit ihren Organisationsvorschlägen und ihrer Logistik sowie der Begleitung der Kommissions- und Arbeitsgruppensitzungen aber auch als ständiger Ansprechpartner Entscheidendes geleistet.



Dr. Monika Stolz MdL
Ministerin für Arbeit und Soziales
Baden-Württemberg

Inhaltsverzeichnis

A. Auftrag, Zusammensetzung und Arbeitsweise der Expertenkommission	9
B. Zusammenfassung der Vorschläge	13
C. Handlungsempfehlungen	
<u>I. Aufgaben des Staates (Krankenhausplanung und -finanzierung)</u>	
1. Gewährleistung der Daseinsvorsorge und Sicherstellungsauftrag	21
1.1 Krankenhausplanung	23
1.2 Öffentliche Förderung	29
1.3 Vereinbarkeit mit EU-Recht.....	32
1.4 Notfallversorgung	34
2. Erhaltung der Trägervielfalt	41
2.1 Subsidiarität und Pflichtträgerschaft.....	41
2.2 Das Land als Krankenhausträger.....	41
2.3 Gleichbehandlung im Wettbewerb	43
<u>II. Entwicklung der Träger- und Angebotsstruktur</u>	
1. Vernetzung stationärer und ambulanter Angebote.....	46
2. Bündelung von Krankenhausangeboten und Schwerpunktbildungen	50
3. Einheitliche Wettbewerbsordnung.....	50
<u>III. Rechtsänderungen</u>	
1. Landeskrankenhausrecht	53
2. Weitere Rechtsbereiche	55
<u>IV. Steigerung der Finanzkraft der Krankenhäuser</u>	58

D. Anhang64

- Pressemitteilung vom 14. Juni 2005
- Übersicht über die Zusammensetzung der Arbeitsgruppen
- Grundsatzpapier der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur aktuellen steuerrechtlichen Bewertung von Krankenhausleistungen
- Eckdaten zur Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg
 - o Planrelevante Betten/Plätze
 - o Planrelevante Krankenhäuser
 - o Planrelevante Krankenhäuser nach Trägerschaft
 - o Patienten in Krankenhäusern
 - o Verweildauer
 - o Pfl egetage
 - o Krankenhaus-Pfl egetage je 1000 Einwohner
 - o Bettennutzung
- Auszug aus dem Abschlussbericht der „Medizinstrukturkommission - Sachverständigenkommission Universitätsmedizin – Baden-Württemberg“, Regionale Kooperationen

A. Auftrag, Zusammensetzung und Arbeitsweise der Expertenkommission

1. Auftrag

Aufgrund des Berichts des Ministers für Arbeit und Soziales zu aktuellen Überlegungen auf dem Gebiet der Krankenhauspolitik Baden-Württemberg im Ministerrat am 14. Juni 2005 hat Herr Ministerpräsident Günther H. Oettinger MdL die Einsetzung einer Expertenkommission „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“ angekündigt (Pressemitteilung vom 14. Juni 2005 – Anhang).

Die Landesregierung hat daraufhin in der Sitzung des Ministerrats am 28. Juni 2005 über die Einsetzung einer Expertenkommission „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“ beraten. Wesentlicher Auftrag der Kommission war es, die Landesregierung bei der Erreichung ihrer Ziele – Spitzenmedizin sowie ausreichende Versorgung im ganzen Land bei größtmöglicher Wirtschaftlichkeit – zu unterstützen.

Hierzu sollte sie

- über Erfahrungen und Trends informieren,
- Empfehlungen für die Entwicklung der Trägerstruktur erarbeiten,
- den politischen Entscheidungsträgern Vorschläge zur entsprechenden Gestaltung der Rahmenbedingungen unterbreiten,
- Vorschläge entwickeln, wie die Finanzkraft der Krankenhausträger gestärkt werden kann und
- Anpassungen des krankenhausrrechtlichen Instrumentariums vorschlagen.

2. Zusammensetzung

In die Expertenrunde wurden erfahrene Verantwortliche von kommunalen, freigemeinnützigen, privaten und universitären Trägern, den Zentren für Psychiatrie sowie Vertreter aus den Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen sowie Vertreter der Kassenärzte berufen.

Der Kommission gehörten folgende Mitglieder an:

Prof. Dr. Michael **Bamberg**, Vorstandsvorsitzender Universitätsklinikum Tübingen
Präsident Ludwig Georg **Braun**, Deutscher Industrie- und Handelskammertag Berlin
Prof. Dr. Dieter **Daub**, Geschäftsführer Städtisches Klinikum Karlsruhe
Prof. Dr. Klaus-Michael **Debatin**, Dekan Medizinische Fakultät der Universität Ulm
Dr. Gerhard **Dieter**, Bezirksbeirat KVBW Bezirksdirektion Freiburg
Ullrich **Eidenmüller**, Bürgermeister Stadt Karlsruhe
Volker **Geißel**, Geschäftsführer Diakonie-Klinikum Stuttgart
Gerd **Gerber**, Oberbürgermeister Weingarten
Irmtraut **Gürkan**, Kaufmännische Direktorin Universitätsklinikum Heidelberg
Prof. Klaus **Hekking**, Vorstandsvorsitzender SRH-Gruppe, Heidelberg
Dr. Rolf **Hoberg**, Vorstandsvorsitzender AOK Baden-Württemberg
Jürgen **Jung**, Geschäftsführer Klinikum Mittelbaden, Baden-Baden
Hans-Werner **Köblitz**, Landrat Landkreis Calw
Friedbert **Lang**, Geschäftsführer Hegau-Bodensee-Hochrhein-Kliniken, Singen
Klaus-Peter **Murawski**, Bürgermeister Stadt Stuttgart
Dr. med. Frank J. **Reuther**, Universitätsklinikum Ulm
Walter **Scheller**, Leiter der Landesvertretung des VdAK/AEV Stuttgart
Helmut **Schillinger**, Geschäftsführer RkK (Regionalverbund kirchlicher Krankenhäuser) gGmbH, Kreiskrankenhaus Emmendingen und St. Elisabethen-Krankenhaus gGmbH Lörrach
Prof. Dr. Dr. Hans-Jürgen **Seelos**, Geschäftsführer Zentren für Psychiatrie
Dr. Josef **Siebig**, Verbandsdirektor Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft Stuttgart
Franz **Weber**, Landrat Landkreis Göppingen
Bernhard **Wehde**, Geschäftsführer Christophsbad Göppingen
Bernd **Zimmermann**, Geschäftsführer Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe

3. Arbeitsweise der Expertenkommission

Unter Leitung von Herrn Ministerpräsident Günther H. Oettinger MdL fand am 30. September 2005 die konstituierende Sitzung der Expertenkommission „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“ statt.

Im Ministerium für Arbeit und Soziales wurde eine Geschäftsstelle zur organisatorischen Vorbereitung der Sitzungen und Unterstützung der Experten gebildet. Ihr gehörten Frau Anke Bossert, Betriebsdirektorin Zentrum für Psychiatrie Winnenden, Herr Volker Kischlat, Referat Psychiatrie und Frau Dorothea Körner, Referat Krankenhauswesen im Ministerium für Arbeit und Soziales an.

Die Expertenkommission „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“ hat in ihrer ersten Arbeitssitzung am 15. November 2005 folgendes Arbeitsprogramm beschlossen:

<p><u>Themenfeld I</u> <u>Sicherstellungsauftrag und Gewährleistung der Daseinsvorsorge</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ist die Gewährleistung der erforderlichen Krankenhaus-Infrastruktur eine öffentliche Aufgabe und mit welchem Instrumentarium soll sie ggf. erfüllt werden? 2) Soll an der subsidiären Pflichtträgerschaft der Stadt- und Landkreise festgehalten werden? 3) Sollen Land und Kommunen weiterhin Krankenhausträger sein? 4) Wie ist flächendeckende gesundheitliche Daseinsvorsorge zu definieren? 5) Wie soll die Organisation der Notfallversorgung künftig aussehen?
<p><u>Themenfeld II</u> <u>Träger- und Angebotsstruktur</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Soll sich das Land für den Erhalt der in Baden-Württemberg bestehenden Trägervielfalt einsetzen? 2) Wie soll sich die Zusammenarbeit zwischen Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen träger- und sektorenübergreifend entwickeln? 3) Welche Trends und Unternehmensstrategien sind in der Entwicklung der Angebotsstruktur zu unterstützen? 4) Welche Änderungen sind in den Bereichen Krankenhaus-, Sozial-, Steuer-, Wettbewerbs-, Tarif- und Zusatzversorgungsrecht usw. erforderlich?
<p><u>Themenfeld III</u> <u>Entwicklung der Krankenhausfinanzierung</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Welche Schwerpunkte und Anreize soll die staatliche Infrastrukturförderung im Krankenhausbereich setzen? 2) Ist die duale Finanzierung noch zeitgemäß? 3) Welche alternativen Finanzierungsformen sind zur Steigerung der Finanzkraft zu unterstützen?

Zur Aufbereitung der Themenfelder wurden sechs Arbeitsgruppen gebildet und sechs Verantwortliche mit deren Leitung betraut (siehe Übersicht - Anhang). Von den Arbeitsgruppen wurden weitere Fachleute hinzugezogen. Diese waren:

Dr. Dr. med. Burkhard **Dirks**, Notfallmedizin, Universitätsklinik Ulm

Präsident Dr. **Menz**, Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Baden- Württemberg

Prof. Dr. Günter **Neubauer**, Institut für Gesundheitsökonomik, München

Herr Rolf **Ulrich**, Commerzbank AG, Stuttgart

Stefan **Viering**, Ernst & Young, Stuttgart

Walter **Weik**, L-Bank, Stuttgart

Nach den Arbeitsgruppensitzungen fanden weitere Sitzungen der Expertenkommission „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“ am 15. März 2006 und 28. April 2006 statt.

Die Übergabe dieses Berichts an Herrn Ministerpräsident Günther H. Oettinger MdL erfolgte am 23. Mai 2006.

B. Zusammenfassung der Vorschläge

I. Aufgaben des Staates (Krankenhausplanung und –finanzierung)

1	<p>Krankenhausplanung einschließlich der medizinischen Fachplanung und der Planung landesweiter medizinischer Schwerpunktbildungen ist kapazitätsorientierte Rahmenplanung.</p> <p>Unter den derzeitigen DRG-Bedingungen ist diese Rahmenplanung durch das Land erforderlich. Sie muss so konkret und aktuell sein, dass keine zweite Planungsebene (z. B. Regionalkonferenzen) notwendig ist.</p>
2	<p>Die Krankenhausplanung soll sich auf eine zeitnahe Aggregation und Auswertung krankenhausesbezogener Struktur- und Leistungsdaten stützen. Im Rahmen der Versorgungsplanung, die auf der Basis der Bevölkerungszahlen des Statistischen Landesamts sowie der Daten nach Krankenhausstatistikverordnung (KHStatV) und § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) an Hand der Bedarfs- und Krankenhausanalyse – für die Beteiligten der Krankenhausplanung nachvollziehbar – regelmäßig zu aktualisieren ist, soll das Land die konkrete Aufgabenstellung eines Krankenhauses präzisieren.</p>
3	<p>Die Konkretisierung der Rahmenplanung und des Versorgungsauftrages ist Sache der jährlichen Entgeltverhandlungen zwischen den einzelnen Krankenhausträgern und den Krankenkassen.</p>
4	<p>Planungsgröße bleibt hilfsweise das Krankenhausbett, da es zugleich die notwendige Konkretisierung und Flexibilität bei der Erfüllung des Versorgungsauftrages erlaubt und ausreichend Freiheitsraum für einen geordneten Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern eröffnet.</p>
5	<p>Krankenhausträger sollten im Rahmen des regionalen Versorgungsauftrages größtmögliche Freiheit erhalten und bei ihren in einem oder in benachbarten Landkreisen gelegenen Krankenhäusern (Krankenhausverbund oder Krankenhaus mit mehreren bestehenden Betriebsstätten) selbst entscheiden können, welche Leistungen sie an welchem Standort erbringen. Über die Erbringung der Leistung an den jeweiligen Standorten ist an die Beteiligten der Landeskrankenhausplanung zu berichten.</p>
6	<p>Das Land muss sich zu seiner politischen Verantwortung für die Krankenhausplanung und damit auch für die Krankenhausförderung sowie zu strukturellen Veränderungen wie der Schließung von Krankenhausstandorten oder von Krankenhausabteilungen bekennen.</p>
7	<p>Die Festlegung von Leistungsstufen ist verzichtbar.</p>

8	In den Grenzregionen sind durch Absprachen über die Grenzen hinweg Überkapazitäten zu vermeiden bzw. abzubauen.
9	Bisherige Vertragskrankenhäuser sollten nach Abschluss der Konvergenz ab 2009 nicht nur informell, sondern insbesondere unter Beachtung der Bedarfsgerechtigkeit auf Antrag formell in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Die Möglichkeit zum Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 109 SGB V bleibt davon unberührt. Die Erfüllung des aus Wettbewerbsgründen zusätzlichen Förderbedarfes ist eine gesetzliche Aufgabe des Landes.
10	<p>Die Investitionsförderung muss sich an den Zielen der Krankenhausplanung orientieren. Im Rahmen des bisherigen Fördervolumens ist die Festbetragsförderung nach folgenden Prioritäten fortzuführen:</p> <p><u>Hohe Prioritätsstufe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturverbesserungen entsprechend den Zielen des Krankenhausplans (Versorgungsstützpunkte für die flächendeckende Versorgung, Bündelung von Versorgungsleistungen zur Steigerung der Versorgungseffizienz) • Sicherstellung einer medizinisch leistungsfähigen Patientenversorgung (medizinische Fachplanung bei Versorgungsdefiziten) • Unverzichtbare Funktionssicherheit (z.B. Brandschutz) <p><u>Niedrige Prioritätsstufe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mängel in der Bausubstanz, Baualter
11	Zur Beschleunigung der Investitionen ist zusätzlich ein Sonderbauprogramm aufzulegen, das sich ggf. an die alternativen Finanzierungsformen (vgl. IV) anlehnt.
12	Die Grundpauschale beträgt für jedes Krankenhaus 95 vom Hundert der bettenbezogenen Pauschalförderung des Jahres 2004. Das Gesamtvolumen der bettenbezogenen Pauschalförderung verringert sich ab dem 01.01.2008 in Jahresschritten viermal um jährlich 10 Prozentpunkte. Die aus der Reduzierung frei werdenden Mittel werden zwischen den Krankenhäusern nach der Summe der vereinbarten Relativgewichte des DRG-Leistungskatalogs aufgeteilt. In einem ersten Schritt ab dem 01.01.2007 wird die Fallmengenpauschale in voller Höhe in eine entsprechend hohe Pauschale für Relativgewichte umgewandelt. Neben der Grundpauschale und der Relativgewichtspauschale wird gegebenenfalls die bisherige Sonderpauschale weitergewährt.

13	Beihilfen zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrags müssen mit dem europäischen Recht vereinbar sein.
14	An der Hilfsfrist im Rettungsdienst soll festgehalten werden. Gleichfalls kann auf die rettungsdienstgesetzliche Verpflichtung der Krankenhausträger, im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit Ärzte/innen gegen Kostenausgleich für die Mitwirkung im Rettungsdienst zur Verfügung zu stellen, nicht verzichtet werden.
15	Krankenhausärzte sollen Notarztstätigkeit auch freiberuflich in Form einer Nebentätigkeit erbringen können. Dies stellt eine wichtige Alternative zu den bisherigen Formen dar und sichert ab, dass auch in Zukunft genügend Ärzte dafür zur Verfügung stehen.
16	Die Vorhaltungen des Rettungsdienstes sind neuen Entwicklungen anzupassen, denn nur leistungsfähige Rettungsdienststrukturen ermöglichen eine Straffung der Krankenhausstrukturen. Insbesondere sind zu nennen: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aufstockung der (Intensiv-) Transportkapazitäten zur Verlegung intensivpflichtiger Patienten ➤ Bundesgesetzliche Umsetzung der dreijährigen Rettungsassistentenausbildung mit einer Akzentuierung der Kompetenzen ➤ Unterstreichung des Stellenwertes der Qualitätssicherung, insbesondere im Rahmen der landesweiten Auswertung der einheitlichen notärztlichen Dokumentation.
17	Niedergelassene Ärzte sollen stärker in die notärztliche Versorgung einbezogen werden. Hierbei soll eine organisatorische, räumliche und personelle Verknüpfung von notärztlicher Versorgung und vertragsärztlichem Notdienst angestrebt werden.
18	Die Verknüpfung von vertragsärztlichem Notdienst und dem notärztlichen Rettungsdienst soll dadurch weiter gestärkt werden, dass zusätzlich die stationäre Notfallversorgung einbezogen wird.
19	Bei der Verknüpfung von vertragsärztlichem Notdienst, notärztlichem Rettungsdienst und stationärer Notfallversorgung soll zwischen einem Grundmodell für die flächendeckende Versorgung (Notfallversorgungsstützpunkt) und einem Aufbaumodell für die zentrale Versorgung (Notfallzentrum) unterschieden werden. Die Patientenzuordnung richtet sich nach dem Schweregrad der Verletzung/Erkrankung.

20	Durch gemeinsame Vermittlungsstellen für den vertragsärztlichen Notdienst und den Notarztdienst ist eine Verbesserung der Zielgerichtetheit der Versorgung herbeizuführen.
21	Es muss ein Vergütungssystem für die Notfallversorgung geschaffen werden, das einen ausreichenden finanziellen Anreiz für die Krankenhäuser und die Ärzte setzt.
22	In jedem Stadt- und Landkreis sollten konkrete Vereinbarungen aller Beteiligten über die Organisation und die Standorte der ambulanten und stationären Notfallversorgung getroffen werden, soweit notwendig auch kreisübergreifend.
23	An der subsidiären Pflichtträgerschaft der Stadt- und Landkreise soll festgehalten werden.
24	Das Land soll die Trägerschaftsformen für Universitätskliniken und Zentren für Psychiatrie unternehmerisch weiterentwickeln. Eine Konzentration der Zentren für Psychiatrie sollte geprüft werden, wobei die regionale Versorgung sichergestellt bleiben muss.
25	Das Land soll aktiv dazu beitragen die Trägervielfalt zu erhalten. Privat, freigemeinnützig und öffentlich-rechtlich getragene Krankenhäuser müssen in Planung und Förderung gleich behandelt werden. Auch die Rechtsformen für die Universitätskliniken und die Zentren für Psychiatrie müssen so gestaltet werden, dass diese im Wettbewerb nicht benachteiligt werden.

II. Entwicklung der Träger- und Angebotsstruktur

26	Die Universitätsklinika sollten ihr Leistungsspektrum stärker als bisher mit den umliegenden Krankenhäusern abstimmen im Sinn einer regionalen Kooperation und Kompetenzvernetzung, wobei bei der Beurteilung der Entwicklungsoptionen die jeweilige unterschiedliche regionale Versorgungssituation zu berücksichtigen ist.
27	Die Kommission empfiehlt vor allem den Trägern in den Grenzregionen länder- und grenzüberschreitende Kooperationsstrategien zu entwickeln.
28	Erforderlich ist eine stärkere Verzahnung der ambulanten/stationären fachärztlichen Versorgung durch Ausbau des Konsiliararztwesens.
29	Bei Wegfall von Krankenhausstandorten können stationär erforderliche Leistungen durch niedergelassene Ärzte erbracht werden (neue Form der Praxiskliniken).
30	Teilstationäre Leistungen müssen von ambulanten Leistungen besser abgrenzbar sein.
31	Notwendige Konzentrationen von Krankenhausstandorten (Zentrenbildung) sind durch die Krankenhausplanung im Interesse der Qualität aktiv zu begleiten.
32	Es ist eine Angleichung der Kalkulationsgrundlagen der Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich anzustreben, um Leistungsverlagerungen zu erleichtern.
33	Die weitere Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Leistungserbringung wird befürwortet.
34	Krankenhäuser sollen mehr Wahlleistungen erbringen dürfen, die eindeutig definiert sein müssen.

III. Rechtsänderungen

35	Das Landeskrankenhausgesetz muss umfassend überprüft und novelliert werden.
36	Bei der Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes ist insbesondere den Gesichtspunkten der Entbürokratisierung, der Deregulierung und der Aktualisierung des Rechts Rechnung zu tragen.
37	Die planungsrechtlichen Vorschriften des Landeskrankenhausgesetzes sollten festlegen, dass das Land sich auf eine Rahmenplanung beschränkt. Die Einzelfestsetzungen für jedes Krankenhaus sollten dabei nur noch die Fachrichtungen und die Zahl der Planbetten umfassen.
38	Es wird vorgeschlagen, eine gesetzliche Pflicht des Landes zur regelmäßigen Aktualisierung des Landeskrankenhausplanes in das Landeskrankenhausgesetz aufzunehmen.
39	Es wird vorgeschlagen, eine Soll-Regelung in das Landeskrankenhausgesetz aufzunehmen, die einen Verzicht des Landes auf Erstattung von Fördermitteln bei einvernehmlichen Ausscheiden aus dem Krankenhausplan als Regelfall festlegt.
40	Es wird vorgeschlagen, eine Sonderregelung einzuführen, die bei Outsourcing bestimmter Bereiche eine Rückforderung geleisteter Fördermittel in der Regel ausschließt, wenn die geförderten Anlagen auch künftig stationär genutzt werden.
41	Die landesrechtlichen, die innere Strukturierung des Krankenhauses betreffenden Bestimmungen <ul style="list-style-type: none">- zur Krankenhausbetriebsleitung- zum sozialen Krankenhausdienst- zur Mitarbeiterbeteiligung an Privatliquidationserlösen sollten gestrichen und in die Verantwortung des einzelnen Krankenhausträgers übertragen werden.
42	Es wird vorgeschlagen, das im Landeskrankenhausgesetz geregelte Verwaltungsverfahren bei der Überprüfung von Krankenhäusern zu vereinfachen.

43	Das Gemeindefirtschaftsrecht sollte darauf überprüft werden, ob es insofern wettbewerbsverzerrend ist, als die wirtschaftliche Handlungsfreiheit von Kommunen im Bereich des Krankenhauswesens eingeschränkt wird.
44	Die Diskrepanzen zwischen Steuer- und Sozialrecht im Krankenhausbereich müssen durch Änderungen des Steuerrechtes überwunden werden.
45	Es sollte steuerrechtlich erleichtert werden, als Krankenhaus den gemeinnützigen Status aufzugeben.
46	Das Umsatzsteuerrecht muss an die neuen sozialrechtlichen Entwicklungen angepasst werden.
47	Die Voraussetzungen für die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser sowie für integrierte Versorgungsformen müssen eine bessere rechtliche Ausgestaltung erfahren.
48	Es sollte überprüft werden, ob für den Bereich des Krankenhauswesens eine wettbewerbsrechtliche Bereichsausnahme ins SGB V, das GWB oder das KHG aufgenommen wird.

IV. Steigerung der Finanzkraft der Krankenhäuser

49	Die Höhe der Investitionsförderung ist dem Finanzbedarf anzupassen, der bei mindestens 10 % des Umsatzes der Krankenhäuser anzusetzen ist.
50	Die duale Finanzierung sollte unter den derzeitigen Rahmenbedingungen und zum Abbau des bestehenden Förderstaus beibehalten werden. Sofern in der Zukunft der gesetzliche Rahmen eine durchgehend wettbewerbliche Orientierung vorgibt oder eine ausreichende Landesförderung nicht mehr sichergestellt ist, muss die Investitionsfinanzierung auf eine neue Basis gestellt werden. Bei einer Finanzierung der Investitionskosten über Nutzungsentgelte und damit über die Beitragszahler in der GKV muss beim Einstieg in dieses Finanzierungssystem die Gegenfinanzierung z.B. durch Absenkung des Mehrwertsteuersatzes für Arzneimittel sichergestellt werden. Bei einem Wechsel von der dualen Finanzierung zur Monistik ist eine Harmonisierung der gesetzlichen Rahmenbedingungen angezeigt.
51	Angesichts des allein durch staatliche Zuschüsse nicht zu deckenden Investitionsbedarfs der Krankenhäuser müssen ergänzende bzw. alternative Finanzierungsmodelle auf ihre Realisierbarkeit in Baden-Württemberg überprüft werden.

C. Handlungsempfehlungen

I. Aufgaben des Staates (Krankenhausplanung und -finanzierung)

1. Gewährleistung der Daseinsvorsorge und Sicherstellungsauftrag

Unter Daseinsvorsorge versteht man die umsichtige und sichere öffentliche Bereitstellung von Gütern und Dienstleistungen, die mit einer besonderen Gemeinwohlverantwortung verbunden sind. Dazu gehören beispielsweise Energie, Wasser, aber auch der öffentliche Verkehr, Bildung, Kultur und medizinische Leistungen. Leistungen der Daseinsvorsorge sind gekennzeichnet durch die Gewährleistung eines gleichberechtigten Zugangs aller Bürger zu wichtigen Dienstleistungen und Einrichtungen der Versorgungssicherheit und Kontinuität der Dienstleistung sowie eine öffentliche Gemeinwohlverantwortung für die Dienstleistung.

Die Verantwortung des Staates für die Gewährleistung einer ausreichenden Daseinsvorsorge der Bevölkerung kann verfassungsrechtlich aus dem in Art. 20 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) verankerten Sozialstaatsprinzip abgeleitet werden. Die öffentliche Hand hat im Rahmen dieser Verantwortung auch dafür Sorge zu tragen, dass quantitativ und qualitativ ausreichende stationäre medizinische Versorgungseinrichtungen für alle Bürger zur Verfügung stehen. Das ist auch vom Bundesverfassungsgericht mehrfach bestätigt worden.

Der Sicherstellungsauftrag für die stationäre Krankenhausversorgung ist nicht nur Ausdruck der Daseinsvorsorge des Staates für seine Bürger, er geht auch auf das Verfassungsprinzip der Sozialstaatlichkeit zurück. Die bedarfsgerechte Versorgung der Bürger mit Krankenhäusern insbesondere in der Fläche ist eine öffentliche Aufgabe, die auf jeden Fall von einer öffentlichen Körperschaft erfüllt werden muss.

Die grundsätzlichen Kompetenzen im Bereich des Krankenhauswesens sind auf der Ebene der einzelnen Bundesländer angesiedelt. Sie unterliegen in Teilbereichen jedoch der konkurrierenden Gesetzgebung durch den Bund (Art. 72 GG), insbesondere hinsichtlich der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG) sowie hinsichtlich des Sozialversicherungsrechts (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG). Sowohl das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) als auch das Landeskrankenhausgesetz (LKHG) enthalten als Gesetzesziel oder -zweck die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu sozial tragbaren Kosten. Der Bund und die Länder beschränken sich auf die Regelung der rechtlichen Rahmenbe-

dingungen (KHG und LKHG) sowie im Fall der Länder zusätzlich auf die Aufstellung der gesetzlich festgelegten Krankenhausplanungen und Investitionsprogramme. Die Finanzierung der Krankenhäuser, die keine freien Preise aushandeln können, wird im dualen Finanzierungssystem nach § 4 KHG gewährleistet: Die Betriebskosten werden über die - den Krankenversicherungen bzw. den Patienten gegenüber erhobenen - Leistungsentgelte erwirtschaftet. Die Investitionskosten werden von den Bundesländern im Wege öffentlicher Förderung übernommen. Der eigentliche Sicherstellungsauftrag wird durch eine „subsidiäre“ Pflichtträgerschaft auf Ebene der Stadt- und Landkreise angesiedelt (§ 3 LKHG). Diese verpflichtet die Stadt- und Landkreise, bei einer nicht ausreichenden bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern durch andere Träger (z. B. private oder freigemeinnützige) entsprechend notwendige Krankenhäuser zu betreiben.

Mit § 1 Abs. 1 KHG, der als Gesetzesziel die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern aufgreift, und den jeweiligen Landeskrankenhausgesetzen dokumentieren die Gesetzgeber bei Bund und Ländern diese Verantwortung des Staates für den Bereich des Krankenhauswesens.

Ein wesentliches Element der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern ist die Gewährleistung der Versorgungssicherheit für jeden einzelnen Bürger. Die Vorhaltung von Krankenhausbetten einschließlich der zugehörigen Ausstattung mit Personal und Geräten gibt allen Einwohnern im Einzugsbereich eines Krankenhauses die Sicherheit, dass im Notfall eine adäquate stationäre Versorgung gewährleistet ist. Dieser Nutzen, der entsteht, ohne dass das bereitgestellte Krankenhaus tatsächlich in Anspruch genommen wird (Optionsnutzen), führt dazu, dass der gesellschaftliche Wert eines Krankenhauses die tatsächlich von ihm erbrachte Leistung übersteigt. Durch diese so genannte Optionsnachfrage begründet sich bei der Krankenhausversorgung die Eigenschaft eines öffentlichen Gutes (im engen, ökonomischen Sinn). Einer Dienstleistung mit öffentlichem Guts-Charakter haftet das Problem an, dass in Modellen des Marktwettbewerbs eine aus gesamtwirtschaftlicher Sicht zu geringe Menge bereitgestellt wird. Es liegt damit eine der klassischen Formen des Marktversagens vor. Die daraus abzuleitende Konsequenz ist eine entsprechende Regulierung des Marktes oder eine Bereitstellung des Gutes durch den Staat. Für den Bereich der Krankenhausversorgung bedeutet dies eine verstärkte öffentliche Verantwortung und unterstreicht damit deren Bedeutung innerhalb der Daseinsvorsorge. Die staatliche Verantwortung für eine ausreichende Versorgung mit Krankenhausleistungen und -kapazitäten begründet nicht zugleich die Verpflichtung, diese Leistung

als Aufgabe selbst zu übernehmen. Es handelt sich dabei vielmehr um einen Gestaltungsauftrag, den der Staat im Rahmen weiterer Entscheidungen auszufüllen hat. Inhaltlich wird der verfassungsrechtliche Gestaltungsauftrag vom Anwendungsbereich einzelner Grundrechte mitbestimmt, unter anderem von Art. 2 Abs. 1 GG (Handlungsfreiheit und damit auch Gewährleistung fremdnützigen Handelns), Art. 9 Abs. 2 GG (Garantie des verbandsmäßigen Zusammenschlusses), Art. 12 Abs. 1 GG (Berufsfreiheit und unternehmerische Entfaltungsfreiheit), Art. 14 GG (Eigentums- und Vermögensschutz). Darüber hinaus wird der Status der von kirchlichen Institutionen getragenen Gesundheitseinrichtungen durch Art. 4 Abs. 1 und 2 in Verbindung mit Art. 140 GG geprägt. Insgesamt besteht jedoch ein großer Freiraum bezüglich der konkreten Ausgestaltung und Ansiedlung eines Sicherstellungsauftrages. Die zunächst beim Staat liegende Verantwortung kann also als Verpflichtung unmittelbar von ihm ausgefüllt oder an andere delegiert werden.

Jedenfalls führt der öffentliche Guts-Charakter der Krankenversorgung notwendigerweise zu einer öffentlichen Verantwortung für die allgemeine Krankenhausversorgung, weshalb an der staatlichen Krankenhausplanung und -förderung festgehalten werden sollte.

1.1 Krankenhausplanung

Vorschläge:

1	<p>Krankenhausplanung einschließlich der medizinischen Fachplanung und der Planung landesweiter medizinischer Schwerpunktbildungen ist kapazitätsorientierte Rahmenplanung.</p> <p>Unter den derzeitigen DRG-Bedingungen ist diese Rahmenplanung durch das Land erforderlich. Sie muss so konkret und aktuell sein, dass keine zweite Planungsebene (z. B. Regionalkonferenzen) notwendig ist.</p>
2	<p>Die Krankenhausplanung soll sich auf eine zeitnahe Aggregation und Auswertung krankenhausesbezogener Struktur- und Leistungsdaten stützen. Im Rahmen der Versorgungsplanung, die auf der Basis der Bevölkerungszahlen des Statistischen Landesamts sowie der Daten nach Krankenhausstatistikverordnung (KHStatV) und § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) an Hand der Bedarfs- und Krankenhausanalyse – für die Beteiligten der Krankenhausplanung nachvollziehbar – regelmäßig zu aktualisieren ist, soll das Land die konkrete Aufgabenstellung eines Krankenhauses präzisieren.</p>

3	Die Konkretisierung der Rahmenplanung und des Versorgungsauftrages ist Sache der jährlichen Entgeltverhandlungen zwischen den einzelnen Krankenhausträgern und den Krankenkassen.
4	Planungsgröße bleibt hilfsweise das Krankenhausbett, da es zugleich die notwendige Konkretisierung und Flexibilität bei der Erfüllung des Versorgungsauftrages erlaubt und ausreichend Freiheitsraum für einen geordneten Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern eröffnet.
5	Krankenhausträger sollten im Rahmen des regionalen Versorgungsauftrages größtmögliche Freiheit erhalten und bei ihren in einem oder in benachbarten Landkreisen gelegenen Krankenhäusern (Krankenhausverbund oder Krankenhaus mit mehreren bestehenden Betriebsstätten) selbst entscheiden können, welche Leistungen sie an welchem Standort erbringen. Über die Erbringung der Leistung an den jeweiligen Standorten ist an die Beteiligten der Landeskrankenhausplanung zu berichten.
6	Das Land muss sich zu seiner politischen Verantwortung für die Krankenhausplanung und damit auch für die Krankenhausförderung sowie zu strukturellen Veränderungen wie der Schließung von Krankenhausstandorten oder von Krankenhausabteilungen bekennen.
7	Die Festlegung von Leistungsstufen ist verzichtbar.
8	In den Grenzregionen sind durch Absprachen über die Grenzen hinweg Überkapazitäten zu vermeiden bzw. abzubauen.

Erläuterungen:

Die Verantwortung für die Krankenhausplanung liegt gemäß § 6 KHG bei den Bundesländern. Sie wurde in Deutschland 1969 verfassungsrechtlich mit der Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung der Länder begründet und legitimiert. Im Gegensatz dazu gibt es keine Planungskompetenz der Länder zur verbindlichen Gestaltung der anderen Leistungssektoren des Gesundheitswesens.

Die Krankenhausplanung regelt Art und Umfang einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen und legt die hierzu notwendigen Versorgungskapazitäten in Form von Bettenzahlen und tagesklinischen Plätzen fest. Zugleich berechtigt die Aufnahme in den Krankenhausplan die aufgenommenen Krankenhäuser zur Abrechnung der im Rahmen des planerisch definierten Versorgungsauftrages erbrachten Leistungen (Kontrahierungszwang).

Die Rechtsgrundlagen für die Krankenhausplanung wurden durch das Fallpauschalengesetz aus dem Jahr 2002 nicht verändert. Gegenstand der Krankenhausplanung war und ist das Krankenhaus. Das Krankenhaus soll wirtschaftlich gesichert werden, das Krankenhaus wird in den Krankenhausplan aufgenommen, das Krankenhaus hat Anspruch auf Förderung und wird in das Investitionsprogramm aufgenommen, usw. In jüngerer Zeit gerät das gewachsene System der Krankenhausplanung und -finanzierung aus verschiedenen Richtungen unter Veränderungsdruck:

- Die Fördermittel für die Investitionsförderung durch das Land werden schrittweise reduziert. Damit stellt sich die Frage nach der Legitimation des Landes, Kapazitäten zu planen, wenn zugleich das zugehörige Steuerungsmittel in Form von Fördergeldern nicht mehr ausreichend zur Verfügung steht.
- Das DRG-System und die von den einzelnen Krankenhäusern ab 2005 nach § 137 SGB V zu veröffentlichenden Qualitätsberichte schaffen durch ihre differenzierte Dokumentation eine nie da gewesene Leistungstransparenz bis auf die Ebene der Fachabteilung des Krankenhauses, was zu dem Gedanken einer allzu detaillierten Planung verführen könnte.
- Krankenhausträger reagieren auf die Erfordernisse des medizinischen Fortschritts, der Mindestmengen, der Vorhaltung wirtschaftlicher Einheiten, der demografischen Entwicklung sowie den Kostendruck durch die Konvergenzphase im DRG-System mit Strukturveränderungen (Schwerpunktsetzungen, Kooperationen, Schließungen, Fusionen usw.) in hohem Tempo. Zudem wird das „Denken in Fallpauschalen“ als Folge der verstärkten Transparenz zu vergleichsweise dynamischen Verhaltensweisen im Sinne eines marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitswesens führen. Das vertraute traditionelle Bild des Leistungsanbieters „Krankenhaus“ wird sich kurz- bis mittelfristig durch die Bildung sektorenübergreifender ambulanter, teilstationärer und stationärer Angebots- und Leistungsstrukturen (kooperativ und integrativ) deutlich wandeln. Dies könnte einer Entwicklung Vorschub leisten, wonach die Krankenhausplanung die tatsächlichen Veränderungen nur noch nachvollzieht.

Krankenhausplanung ist kapazitätsorientierte Rahmenplanung

Vor diesem Hintergrund steht für die zukünftige Krankenhausplanung neben einer Weiterentwicklung der „reduzierten Planung“ vor allem eine differenzierte Leistungsplanung zur Diskussion:

Reduzierte Planung

Mit der Festlegung von Standorten, Fachabteilungen, Bettenzahlen und fachlichen Schwerpunkten hat die Krankenhausplanung bereits heute die Form einer Rahmenplanung. Ausgefüllt wird sie durch das tatsächliche Leistungsangebot des Krankenhauses, welches dieses durch eigene Schwerpunktsetzungen in Abhängigkeit von der Patientennachfrage und durch die Leistungs- und Entgeltvereinbarung mit den Kostenträgern entwickelt.

Die neue Krankenhausfinanzierung mit Fallpauschalen ist ein selbst regulierendes System auf der Basis von Preisen. Eine unkontrollierte Ausdehnung der Leistungen wird durch vielfältige limitierende Faktoren wie dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität, der Kostendegression, Mindestmengen und generelle Wirtschaftlichkeitserfordernisse begrenzt. Im Wettbewerb soll sich derjenige durchsetzen können, der unter diesen Rahmenbedingungen das beste Ergebnis erzielt. Eine umfassende Planung ist nicht erforderlich, sie würde vielmehr den Wettbewerb behindern. Die bestehende Krankenhausplanung ist so weiterzuentwickeln, dass eine den Bedingungen des DRG-Systems gerecht werdende, kapazitätsorientierte Rahmenplanung den Versorgungsauftrag umreißt und im Rahmen der Entgeltverhandlungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern ausgefüllt und konkretisiert wird. Die bisher angewandte Unterscheidung von Plan- und Vertragskrankenhäusern ist für die Vertragskrankenhäuser zu überwinden, die langfristig als bedarfsgerecht gelten können.

Planung bedarf einer Größe, die die Planungsinhalte ausreichend konkretisiert und umsetzbar macht. Sie muss jedoch über eine ausreichende Flexibilität verfügen, um die Probleme ständiger detaillierter Plananpassungen zu vermeiden. Angesichts dieser zentralen Anforderungen erscheint auch in heutiger Zeit die Bettenzahl immer noch als eine geeignete Plangröße. Sie bietet zudem einen ausreichenden Freiraum für einen geordneten Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern.

Differenzierte Leistungsplanung

Die Erhebung der Ist-Leistungsdaten des Krankenhauses nach § 21 KHEntgG macht die Leistungen des einzelnen Krankenhauses und die Leistungsstruktur auf Landesebene transparent. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage der Leistungsplanung.

Die Begrenztheit dieses Ansatzes wird mit einem Blick auf die Ausgestaltung des aktuellen DRG-Systems schnell deutlich. Die über die Daten nach § 21 KHEntgG erfassten Ist-Daten können bei der kapazitätsorientierten Planung aber nur Pla-

nungsgrundlage sein. Denn eine Bedarfsermittlung auf Basis von rund 900 Einzel-DRG ist nahezu unmöglich, zumal der zugrunde liegende Katalog jährlichen Änderungen unterworfen ist. Würde die Nachfrage nach Leistungen – was zu erwarten wäre – von der differenzierten Leistungsplanung abweichen oder würde sie sich nicht wie erwartet auf die zur Verfügung stehenden Krankenhäuser verteilen, würden entweder Wartelisten entstehen oder es müsste von der vorgegebenen Planung abgewichen werden.

Die Festlegung des Versorgungsauftrages eines Krankenhauses durch DRG-orientierte Mengenplanungen – auch im Vereinbarungswege auf regionaler Ebene – würde zu einer bürokratischen Allokation von Leistungsmengen führen, die an der tatsächlichen Nachfrage der Bevölkerung vorbeigehen, den Qualitätswettbewerb zwischen Krankenhausstandorten behindern würde und auf die ständigen Veränderungen durch den medizinischen Fortschritt nicht reagieren könnte.

Die derzeitige Bevorzugung einer Kapazitätsplanung im Sinne einer Rahmenplanung der Vorhalteleistungen innerhalb des bestehenden Systems darf jedoch bei einer Weiterentwicklung des DRG-Ordnungsrahmens nicht zu einem grundsätzlichen Ausschließen einer Leistungsplanung führen.

Die Kommission hält daher unter den derzeitigen DRG-Bedingungen eine kapazitätsorientierte, kreisübergreifende Rahmenplanung des Landes für erforderlich, die so konkret und aktuell ist, dass keine zweite Planungsebene (z. B. Regionalkonferenzen) notwendig ist. Sie soll sich auf eine zeitnahe Aggregation und Auswertung krankenhausesbezogener Struktur- und Leistungsdaten stützen. Die weitere Konkretisierung der Rahmenplanung und des Versorgungsauftrages ist Sache der jährlichen Entgeltverhandlungen.

Rahmenplanung ist Kapazitätsplanung, einschließlich der medizinischen Fachplanung und der Planung landesweiter Schwerpunktbildungen. Planungsgröße bleibt hilfsweise das Krankenhausbett, da es zugleich die notwendige Konkretisierung und Flexibilität bei der Erfüllung des Versorgungsauftrages erlaubt und ausreichend Freiheitsraum für einen geordneten Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern eröffnet.

Auf die bisherigen Leistungsstufen kann verzichtet werden. Der Versorgungsauftrag wird definiert durch die Festlegung der Fachabteilungen sowie durch die Mindestanforderungen für bestimmte Leistungen wie Mindestmengenregelungen nach § 137 SGB V und strukturellen Anforderungen (z. B. Schlaganfallversorgung).

Auf die Vorschläge zur Änderung des Landeskrankenhausrechts, insbesondere auf die Vorschläge Nr. 37 und 38, unter III.1 wird verwiesen.

Krankenhausplanung bei Krankenhausverbänden und -zusammenschlüssen

Bisher ist es die Entscheidung der Krankenhausplanung, welche Fachabteilungen und damit welche Leistungsspektren an welchem Ort vorgehalten werden. Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit kann es sinnvoll sein, bestimmte Leistungen nur noch an einem Standort zu erbringen. Andererseits kann es auch richtig sein, dass Krankenhäuser mit mehreren Betriebsstätten gleiche Leistungen an mehreren Standorten erbringen, wenn dies wirtschaftlich ist. Die Entscheidungskompetenz über den Ort der Leistungserbringung sollte bei Krankenhäusern mit mehreren Betriebsstätten oder Krankenhausverbänden den Krankenhausträgern überlassen werden. Ein ähnliches Modell gibt es bereits in Rheinland-Pfalz.

Dies darf jedoch kein Freibrief für willkürliche, dem Versorgungsauftrag widersprechende Leistungsverlagerungen sein. Der Entscheidungsfreiheit des (gemeinsamen) Krankenhausträgers sind natürlich insoweit Schranken gesetzt, als dass die Erfüllung des übernommenen regionalen Versorgungsauftrages sichergestellt sein muss. Es ist deshalb dafür Sorge zu tragen, dass die Struktur der Leistungserbringung transparent gestaltet wird. Die Krankenhausträger sollten deshalb dazu verpflichtet sein, über die Leistungserbringung an den jeweiligen Standorten an die an der Landeskrankenhausplanung Beteiligten zu berichten.

Im Gegensatz zu der Leistungsverlagerung innerhalb bereits bestehender Betriebsstätten ist die Neugründung von Standorten der Krankenhausplanung unterworfen. Neue Standorte können deshalb von den Krankenhausträgern nicht beliebig errichtet und Leistungen deshalb nicht ohne Einfluss der Landeskrankenhausplanung in diese verschoben werden.

Grenzüberschreitende Zusammenarbeit

Neue Perspektiven und wesentliche Erleichterungen für eine grenzüberschreitende stationäre Versorgung werden vom „Rahmenabkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung der Französischen Republik über grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich“ ausgehen, das am 22. Juli 2005 unterzeichnet wurde. Ebenso wie von der ergänzenden Verwaltungsvereinbarung zum deutsch-französischen Rahmenabkommen, die am 9. März 2006

von den Gesundheitsministern beider Länder unterzeichnet wurde. Die Ratifizierung des Vertragswerks soll noch 2006 erfolgen.

Auf dieser Grundlage können bereits jetzt krankenhausplanerische Absprachen getroffen werden. Ferner sollten Krankenhausträger die Chance für konkrete Absprachen vor Ort nutzen.

Auch das Pilotprojekt im Landkreis Lörrach mit den Schweizer Kantonen Basel-Stadt und Basel-Land könnte Hinweise auf ein künftig grenzüberschreitendes Vorgehen ergeben.

1.2 Öffentliche Förderung

Vorschläge:

9	<p>Bisherige Vertragskrankenhäuser sollten nach Abschluss der Konvergenz ab 2009 nicht nur informell, sondern insbesondere unter Beachtung der Bedarfsgerechtigkeit auf Antrag formell in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Die Möglichkeit zum Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 109 SGB V bleibt davon unberührt. Die Erfüllung des aus Wettbewerbsgründen zusätzlichen Förderbedarfes ist eine gesetzliche Aufgabe des Landes.</p>
10	<p>Die Investitionsförderung muss sich an den Zielen der Krankenhausplanung orientieren. Im Rahmen des bisherigen Fördervolumens ist die Festbetragsförderung nach folgenden Prioritäten fortzuführen:</p> <p><u>Hohe Prioritätsstufe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturverbesserungen entsprechend den Zielen des Krankenhausplans (Versorgungsstützpunkte für die flächendeckende Versorgung, Bündelung von Versorgungsleistungen zur Steigerung der Versorgungseffizienz) • Sicherstellung einer medizinisch leistungsfähigen Patientenversorgung (medizinische Fachplanung bei Versorgungsdefiziten) • Unverzichtbare Funktionssicherheit (z.B. Brandschutz) <p><u>Niedrige Prioritätsstufe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mängel in der Bausubstanz, Baualter

11	Zur Beschleunigung der Investitionen ist zusätzlich ein Sonderbauprogramm aufzulegen, das sich ggf. an die alternativen Finanzierungsformen (vgl. IV) anlehnt.
12	Die Grundpauschale beträgt für jedes Krankenhaus 95 vom Hundert der bettenbezogenen Pauschalförderung des Jahres 2004. Das Gesamtvolumen der bettenbezogenen Pauschalförderung verringert sich ab dem 01.01.2008 in Jahresschritten viermal um jährlich 10 Prozentpunkte. Die aus der Reduzierung frei werdenden Mittel werden zwischen den Krankenhäusern nach der Summe der vereinbarten Relativgewichte des DRG-Leistungskatalogs aufgeteilt. In einem ersten Schritt ab dem 01.01.2007 wird die Fallmengenpauschale in voller Höhe in eine entsprechend hohe Pauschale für Relativgewichte umgewandelt. Neben der Grundpauschale und der Relativgewichtspauschale wird gegebenenfalls die bisherige Sonderpauschale weitergewährt.

Erläuterungen:

Keine Wettbewerbsverzerrung durch Investitionsförderung

Staatliche Beihilfen in Form von Investitionsförderungen stellen ein wichtiges Mittel bei der Ausgestaltung und Erfüllung des Sicherstellungsauftrages dar. Es muss dabei jedoch gewährleistet sein, dass von ihnen keine wettbewerbsverzerrenden Wirkungen ausgehen und sie allen zugelassenen Krankenhäusern gleichermaßen zugänglich sind.

Ein Verzicht auf die Zulassung von Krankenhäusern käme jedoch einer vollständigen Freigabe der Angebotsseite auf dem Markt für Krankenhausleistungen gleich. In der Folge wäre mit einer unbegrenzten Ausweitung des Angebots zu rechnen, die jedoch mit der Kontrahierungsverpflichtung seitens der Krankenkassen nicht zu vereinbaren wäre. Es besteht daher die Notwendigkeit, die Nachfrage durch eine Bedarfsplanung im Sinne einer Kapazitätsplanung zu organisieren.

Die öffentliche Förderung der Investitionen ist Ausfluss der Sicherstellung von Krankenhausleistungen im Rahmen der Daseinsvorsorge. Sie ist so zu gestalten, dass der Wettbewerb nicht verzerrt wird. Deshalb sind alle zugelassenen Krankenhäuser förderfähig.

Die Möglichkeit zum Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 109 SBG V bleibt unberührt. Die Erfüllung des zusätzlichen Förderbedarfs ist ein gesetzlicher Auftrag des Landes.

Investitionsförderung nach Prioritäten

Die veränderten Rahmenbedingungen erfordern eine strukturell perspektivische Krankenhausplanung. Die Landesförderung sollte sich nach den Zielen dieser Planung richten. Dabei sollen Maßnahmen zur Bündelung von Leistungen (zur Förderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit), Schwerpunktbildungen (bei besonderen Anforderungen an die Strukturqualität für bestimmte Leistungen) und die Sicherstellung der flächendeckenden Daseinsvorsorge durch Versorgungsstützpunkte im ländlichen Raum berücksichtigt werden.

Sonderbauprogramm

Ein ausreichendes Investitionsvolumen ist erforderlich um die Krankenhäuser baulich, medizinisch und technisch auf dem neuesten Stand zu halten und wettbewerbsfähig zu machen. Die aktuelle Umbruchphase auf dem Krankenhaussektor kann von den Trägern dann erfolgreich gemeistert werden, wenn diese die erforderlichen strukturellen Veränderungen und Anpassungen zeitnah realisieren können. Aus diesem Grund und mit Blick auf den bestehenden Antragsstau dringender Projekte in Höhe von rd. 1,1 Mrd. Euro ist ein Sonderbauprogramm erforderlich.

Pauschalförderung nach neuen Kriterien

Die Grundpauschale muss sich stärker an der Leistung des Hauses und nicht an der Bettenzahl orientieren. Aus diesem Grunde ist die bettenbezogene Komponente bei der Zusammensetzung der Grundpauschale zugunsten einer Stärkung der tatsächlich in den Häusern erbrachten Leistungen zurückzuführen.

1.3 Vereinbarkeit mit EU-Recht

Vorschlag:

13	Beihilfen zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrags müssen mit dem europäischen Recht vereinbar sein.
-----------	--

Erläuterung:

Im europäischen Kontext wird der Begriff der Daseinsvorsorge, wenn auch inhaltlich nicht vollkommen deckungsgleich, mit dem Begriff der „Dienstleistungen von allgemeinem Interesse“ abgebildet. Dienstleistungen von allgemeinem Interesse umfassen sowohl marktbezogene (wirtschaftliche) als auch nichtmarktbezogene Dienstleistungen, die von staatlichen Stellen im Interesse der Allgemeinheit erbracht und von ihnen daher mit spezifischen Gemeinwohlverpflichtungen verknüpft werden.

Als Teil der Daseinsvorsorge ist im Bereich der Krankenhausversorgung zwischen zwei unterschiedlichen Formen der „öffentlichen Beihilfe“ zu unterscheiden:

- die Investitionskostenförderung durch öffentliche Mittel, die allen Plankrankenhäusern offen steht,
- die Subvention öffentlicher Krankenhäuser durch Ausgleich von Verlusten durch den öffentlichen Träger.

Die Diskussion der Vereinbarkeit von staatlichen Beihilfen mit dem EU-Recht betraf bislang vor allem den zweiten Sachverhalt, also den Verlustausgleich bei öffentlichen Krankenhäusern. Gegen diese Praxis hatte die Asklepios Kliniken GmbH 2003 bei der EU-Kommission eine so genannte Beihilfebeschwerde und im Mai 2004 schließlich eine Untätigkeitsklage beim EuGH eingereicht.

Mit dem Altmark-Urteil des EuGH vom 24. 07.2003 (C-280/00) hat der Europäische Gerichtshof ausgeführt, unter welchen Voraussetzungen Zahlungen an Unternehmen, die Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse erbringen, keine staatliche Beihilfe im Sinne der Art. 87 u. 88 EG-Vertrag darstellen. Diesen Kriterien wird der Verlustausgleich öffentlicher Krankenhäuser nicht gerecht.

Liegt nach Anwendung der vom Gericht aufgestellten Kriterien eine Beihilfe vor, so kann sie gemäß Art. 86 Abs. 2 EG-Vertrag dennoch zulässig sein, wenn sie für das Funktionieren der Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse unabdingbar sind und die Entwicklung des Handelsverkehrs nicht in einem Maße beeinträchtigen, das dem Interesse der Europäischen Gemeinschaft zuwiderläuft.

Die näheren Voraussetzungen für eine zulässige staatliche Beihilfe hat die EU-Kommission im Sommer 2005 mit dem so genannten „Monti-Paket“ festgelegt. Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser werden dabei gänzlich von der Pflicht zur Notifizierung bei der Europäischen Kommission ausgenommen. Ausgleichszahlungen für Leistungen der Daseinsvorsorge sind dann als zulässige Beihilfe zu werten, wenn das Unternehmen den öffentlichen Auftrag im Wege eines konkretisierenden Verwaltungs- oder Rechtsakts übertragen bekommt, die Höhe dieses Ausgleichs geplant und pauschaliert wird und nicht über das zur Aufgabenerfüllung notwendige Maß hinausgeht. Eine Überkompensierung ist durch regelmäßige Kontrolle auszuschließen.

Es ist daher zu prüfen, ob entsprechende Anpassungen der einschlägigen Gesetze und des Verwaltungshandelns auch in Deutschland bzw. Baden-Württemberg erforderlich sind.

1.4 Notfallversorgung

Vorschläge:

14	An der Hilfsfrist im Rettungsdienst soll festgehalten werden. Gleichfalls kann auf die rettungsdienstgesetzliche Verpflichtung der Krankenhausträger, im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit Ärzte/innen gegen Kostenausgleich für die Mitwirkung im Rettungsdienst zur Verfügung zu stellen, nicht verzichtet werden.
15	Krankenhausärzte sollen Notarztstätigkeit auch freiberuflich in Form einer Nebentätigkeit erbringen können. Dies stellt eine wichtige Alternative zu den bisherigen Formen dar und sichert ab, dass auch in Zukunft genügend Ärzte dafür zur Verfügung stehen.
16	Die Vorhaltungen des Rettungsdienstes sind neuen Entwicklungen anzupassen, denn nur leistungsfähige Rettungsdienststrukturen ermöglichen eine Straffung der Krankenhausstrukturen. Insbesondere sind zu nennen: <ul style="list-style-type: none">➤ Aufstockung der (Intensiv-) Transportkapazitäten zur Verlegung intensivpflichtiger Patienten➤ Bundesgesetzliche Umsetzung der dreijährigen Rettungsassistentenausbildung mit einer Akzentuierung der Kompetenzen➤ Unterstreichung des Stellenwertes der Qualitätssicherung, insbesondere im Rahmen der landesweiten Auswertung der einheitlichen notärztlichen Dokumentation.
17	Niedergelassene Ärzte sollen stärker in die notärztliche Versorgung einbezogen werden. Hierbei soll eine organisatorische, räumliche und personelle Verknüpfung von notärztlicher Versorgung und vertragsärztlichem Notdienst angestrebt werden.
18	Die Verknüpfung von vertragsärztlichem Notdienst und dem notärztlichen Rettungsdienst soll dadurch weiter gestärkt werden, dass zusätzlich die stationäre Notfallversorgung einbezogen wird.
19	Bei der Verknüpfung von vertragsärztlichem Notdienst, notärztlichem Rettungsdienst und stationärer Notfallversorgung soll zwischen einem Grundmodell für die flächendeckende Versorgung (Notfallversorgungsstützpunkt) und einem Aufbaumodell für die zentrale Versorgung (Notfallzentrum) unterschieden werden. Die Patientenzuordnung richtet sich nach dem Schweregrad der Verletzung/Erkrankung.

20	Durch gemeinsame Vermittlungsstellen für den vertragsärztlichen Notdienst und den Notarzdienst ist eine Verbesserung der Zielgerichtetheit der Versorgung herbeizuführen.
21	Es muss ein Vergütungssystem geschaffen werden, das einen ausreichenden finanziellen Anreiz für die Krankenhäuser und die Ärzte setzt.
22	In jedem Stadt- und Landkreis sollten konkrete Vereinbarungen aller Beteiligten über die Organisation und die Standorte der ambulanten und stationären Notfallversorgung getroffen werden, soweit notwendig auch kreisübergreifend.

Erläuterungen:

Die notärztliche Versorgung wird derzeit zu rund 90 % durch Krankenhausärzte und ca. 10 % durch niedergelassene Ärzte abgedeckt.

Die bisherige Organisation wird durch folgende Entwicklungen in Frage gestellt:

- Die Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes sowie
- die Ausdünnung der Flächenversorgung durch Schließung kleiner Krankenhäuser.

Verschärft wird die Situation durch die gesteigerten fachlichen Anforderungen und durch die Einführung der Zusatzqualifikation Notarzt, die dazu führen, dass viele junge Ärzte die Qualifikation nicht mehr erwerben.

Die Notarztstätigkeit der Krankenhausärzte erfolgt bislang i. d. R. als Teil der Dienstaufgaben. Durch das Arbeitszeitgesetz wird dies häufig nicht mehr möglich sein. Zum einen haben die Krankenhäuser bereits Probleme, den Stationsdienst arbeitszeitgesetzkonform zu besetzen, zum anderen sind Notarztbereitschaftsdienste für die Ärzte finanziell nicht mehr attraktiv. Das Arbeitszeitgesetz sieht grundsätzlich vor, dass die Arbeitszeit 48 Stunden wöchentlich im Durchschnitt von 12 Kalendermonaten nicht überschreiten darf. Auf der Grundlage von tarifvertraglichen Regelungen kann über das so genannte „Opt-out“ die werktägliche Arbeitszeit auch ohne Ausgleich über acht Stunden verlängert werden, wenn in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichem Umfang Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst fällt. Die – im Rettungsdienst üblichen – Bereitschaftsdienste der Stufe B mit einer Vergütung von nur 50% bieten kaum Anreiz, zumal die Notwendigkeit eines Freizeitausgleichs die Vergütung auf Null reduzieren kann.

Durch die Ausdünnung der Flächenversorgung stellt sich die Frage nach einem orts-nahen Notarztstützpunkt.

Mögliche Optionen sind:

- Verlängerung der Hilfsfrist und/oder Gewährleistung des Notarztdienstes im Rahmen des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung
- Ein stärkerer Einbezug der niedergelassenen Ärzte
- Die Schaffung zusätzlicher Arztstellen im Krankenhaus
- Verlagerung der Notarztstätigkeit der Krankenhausärzte in die Nebentätigkeit und die Freiberuflichkeit

Eine Verlängerung der Hilfsfrist erscheint zum jetzigen Zeitpunkt nicht als echte Handlungsalternative. Notfallmedizinisch unstrittig ist, dass der Zeitraum zwischen dem schädigenden Ereignis und dem Beginn der notfallmedizinischen Versorgung, das „therapiefreie Intervall“, so kurz wie möglich sein muss. Nur so können in vielen Fällen durch schnelle, optimale Betreuung weitere Schädigungen des Patienten verhindert und die Folgekosten für stationäre Behandlung und Rehabilitationsmaßnahmen reduziert werden. Die Festlegung der Hilfsfrist ist jetzt schon ein Kompromiss zwischen den notfallmedizinischen Erfordernissen und den ökonomischen Möglichkeiten.

Am Krankenhaus tätige Ärzte bringen im Vergleich die besten fachlichen Voraussetzungen für eine Notarztstätigkeit mit. Von der Qualität des Notarztes hängen auch die Zielgerichtetheit der Krankenhauseinweisungen und damit die Frage der Einsparung unnötiger Folgekosten ab. Eine Verlagerung primär auf den niedergelassenen Bereich ist abzulehnen. Es hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass bei niedergelassenen Ärzten Probleme hinsichtlich der Übernahmebereitschaft wie auch der Fachlichkeit bestehen können.

Auch in Zukunft sollen sich die Notärzte daher überwiegend aus den Reihen der Krankenhausärzte rekrutieren. Der Sicherstellungsauftrag nach § 10 Rettungsdienstgesetz soll daher weiter das Krankenhaus in der Verantwortung sehen.

Eine Aufstockung der Zahl der Krankenhausärzte zur Aufrechterhaltung des bisherigen Systems erscheint nur bedingt möglich. Eine arbeitsgesetzkonforme Organisation würde eine ganz erhebliche Aufstockung der Kopffzahlen voraussetzen. Die zusätzlichen Stellen wären nur bedingt attraktiv (keine Aussicht auf interessante Bereitschaftsdienstvergütungen, Probleme des Facharzterwerbs bei häufiger Abwesenheit). Zudem handelt es sich um die teuerste Handlungsvariante.

Die Schaffung zusätzlicher Stellen ist auf der Grundlage der bislang von den Krankenkassen und der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) verhandelten Vergütungssätze nicht möglich.

Durch die Ausdünnung der Facharztpraxen und der kleinen Krankenhäuser im ländlichen Raum sowie die neue arbeitszeitrechtliche Bewertung der Bereitschaftsdienste wird die bisherige Organisationsform nicht mehr aufrecht erhalten werden können.

Bereits jetzt bestehen schon – aus der Not geboren - verschiedene Organisationsvarianten für den Notarzdienst. Teilweise wird nur noch der Tagdienst durch das Krankenhaus gewährleistet, die Nachtzeiten werden durch freiberufliche Notärzte abgedeckt. An einigen Standorten haben sich Notarztvereine gebildet, in denen sich niedergelassene und/oder Krankenhausärzte zusammengeschlossen haben. Die Zahl der alternativen Lösungen wird zunehmen müssen.

Niedergelassene Ärzte

Das verstärkte Tätigwerden niedergelassener Ärzte ist eine notwendige Ergänzung zur Sicherstellung der notärztlichen Versorgung.

Durch den räumlichen Zusammenschluss von Notarztstandort und vertragsärztlichem Notdienst an Krankenhäusern bzw. wohnortnahen Gesundheitszentren können verschiedene Vorteile realisiert werden:

- Für die Patienten bietet sich eine verlässliche Anlaufstelle.
- Nicht bei allen Notarzteinsätzen ist eine stationäre Behandlung erforderlich. Durch die flexiblen Überleitungsmöglichkeiten zwischen ambulanter und stationärer Versorgung kann die Zahl der Fehlzuleitungen und daraus resultierende Kosten reduziert werden.

Die in der Vergangenheit sehr große Zurückhaltung der niedergelassenen Ärzte gegen solche gemeinsamen Standorte und die damit verbundene Zentralisierung des vertragsärztlichen Notdienstes scheint sich zumindest zum Teil zu ändern.

Fachärztliche Kompetenzzentren

Im Hinblick auf die problematische Sicherstellung in Bereichen ohne Krankenhaus erscheinen fachärztliche Kompetenzzentren in den neuen Gestaltungsformen des medizinischen Versorgungszentrums oder der Praxisklinik am ehesten als geeignete Anknüpfungspunkte für den Notarztstandort.

Freiberufliche Notarztstätigkeit

Die Möglichkeit einer freiberuflichen Notarztstätigkeit der Krankenhausärzte in Nebentätigkeit soll verstärkt genutzt werden. Durch eine Verlagerung in die Freiberuflichkeit kann erreicht werden, dass sich die Notarzdienste für Krankenhausärzte wieder als Mehrstunden mit einem echten Hinzuverdienst darstellen.

Es muss eine juristische Klarstellung erfolgen, dass es sich bei einer Teilnahme am Notarzdienst in Form einer Nebentätigkeit um eine freiberufliche Tätigkeit und nicht um eine abhängige Beschäftigung i. S. des § 7 SGB IV handelt. Eine entsprechende freiberufliche Tätigkeit unterliegt nicht den Vorschriften des Arbeitszeitgesetzes.

Die Koordination der unterschiedlichen Notarztmodelle mit Krankenhaus-, niedergelassenen und freiberuflichen Ärzten ist den Bereichsausschüssen für den Rettungsdienst übertragen. Der Landesausschuss für den Rettungsdienst wird gebeten, seine Empfehlung „Notärztliche Versorgung“ vom 28. November 2002 um die skizzierten Organisationsvarianten fortzuschreiben.

Erhöhung der Zielgenauigkeit des Notarzdienstes

Die steigende Inanspruchnahme von Notdiensten durch die Bevölkerung zur Vermeidung von Wartezeiten und Behandlung am Abend und am Wochenende erschwert die „Zielgenauigkeit“ der Vorhaltung. Hier kann eine gemeinsame Leitstelle des Rettungsdienstes und des vertragsärztlichen Notdienstes mit einem fachlich qualifizierten Disponenten eine wichtige „Filterfunktion“ wahrnehmen.

Die Rahmenvereinbarung über die Zusammenarbeit der Rettungsleitstellen mit dem vertragsärztlichen Notdienst in Baden-Württemberg ist in allen Rettungsdienstbereichen umzusetzen.

Vergütungssysteme

Eine kostenneutrale Umstellung wird es nicht geben. Voraussetzung für ein funktionierendes Notarztsystem ist eine ausreichende Zahl von Notärzten. Dies setzt in erster Linie eine finanzielle Attraktivität der Notarztstätigkeit voraus. § 10 Rettungsdienstgesetz Baden-Württemberg weist diesbezüglich auf die Refinanzierungsverantwortung der Krankenkassen hin.

Durch eine räumliche Zusammenfassung des Notarztstandorts mit einem zentralisierten vertragsärztlichen Notdienst und einer gemeinsamen Leitstelle können nicht nur die Versorgung verbessert, sondern es können sogar unnötige Kosten durch Falschzuweisungen vermieden werden.

Die Selbstverwaltungspartner sollen das derzeitige Vergütungssystem für Notfalleistungen (EBM 2000plus) mit dem Ziel ausreichender finanzieller Anreize für Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigung und freiberuflich tätigen Ärzten fortschreiben. Es darf hier zu keiner Diskriminierung unter den Leistungserbringern kommen.

Anpassung der Rettungsstrukturen an neue Entwicklungen

Eine Straffung der Krankenhausstandorte setzt strukturelle Verbesserungen im Rettungsdienst voraus. Neben der Aufstockung der Intensivtransportkapazitäten und der Akzentuierung der Qualitätssicherung im Rettungsdienst, ist der Ausbildung der Rettungsassistenten ein besonderes Augenmerk zu schenken.

Eine Novellierung des Rettungsassistentengesetzes mit einer Verlängerung der Ausbildung (3 Jahre statt 2 Jahre) für Rettungsassistenten würde die Kompetenz verbessern und könnte nach Einschätzung von Fachleuten die Notarzteinsätze um rd. 20 % entlasten. Die Entlastung bezieht sich jedoch nicht auf die Vorhaltezeiten.

Veränderungen in der Krankenhauslandschaft

Die Emotionalität bei Veränderungen an Krankenhausstandorten hängt zumindest bei der Bevölkerung damit zusammen, dass sie befürchtet, keine schnelle Hilfe bei plötzlichen Erkrankungen oder Unfällen im Haushalt oder in der Freizeit zu finden. Eine konkrete allgemein bekannte Organisation der ambulanten und stationären Notfallversorgung würde diese Bedenken weitgehend ausräumen.

Die Kommission schlägt vor, die ambulante Notfallversorgung durch die Vertragsärzte, die stationäre und ambulante Notfallversorgung durch die Krankenhäuser sowie

den Notarzdienst miteinander zu verknüpfen. Dadurch können die bisher getrennten Dienste leistungsfähiger und zuverlässiger sowie wirtschaftlicher gestaltet werden.

Ziel sollte sein, dass

- rund um die Uhr grundsätzlich eine wohnortnahe Anlaufstelle für die Bevölkerung zur Verfügung steht;
- diese Anlaufstelle eine Filterfunktion dahingehend ausübt, dass die Notaufnahmen an größeren Krankenhäusern von der Versorgung von Bagatellverletzungen und leichten Erkrankungen entlastet werden;
- die ambulante Notfallversorgung der Vertragsärzte außerhalb der Praxiszeiten möglichst ebenfalls am Standort der stationären Notfallversorgung durch Vertrags- und/oder Krankenhausärzte (Notfallpraxen) erfolgt und damit der Bevölkerung von vornherein klar ist, dass bei jedem medizinischen Notfall dieser Standort ohne vorherige Vermittlung oder Anmeldung in Anspruch genommen werden kann;
- diese Anlaufstelle an bestehenden Krankenhausstandorten angesiedelt sein sollten;
- in Gebieten ohne Krankenhäuser auch Praxiskliniken diese Funktion wahrnehmen könnten;
- schwere Unfälle und Erkrankungen unter Inkaufnahme längerer Anfahrtswege direkt in entsprechende Kompetenzzentren mit adäquater personeller und sächlicher Ausstattung transportiert werden.

Da die sächlichen und personellen Vorhaltungen für einen Rund-um-die-Uhr-Betrieb sehr aufwändig sind, ist eine Aufgabenteilung der stationären Notfallversorgung im Interesse der Patientensicherheit zweckmäßig. Zum einen sind bei den meisten schweren Notfällen wie Polytrauma, Verdacht auf Herzinfarkt und Schlaganfall meist ganze Teams erfahrener Ärzte mehrerer Disziplinen gefragt, die den Hintergrund einer umfangreichen Hightech-Diagnostik und betriebsbereite Intensivstationen und Operationsbereiche zur Verfügung haben. Dies kann aus Kostengründen nicht unbedingt an mehreren Standorten eines Versorgungsbereiches vorgehalten werden. Zum anderen sollten einfache stationäre Notfälle weiterhin wohnortnah versorgt werden können. Bei den stationären Notfallversorgungsstandorten sollte deshalb zwischen einem Grundmodell für flächendeckende Notfallversorgungsstützpunkte, die sich auf die relativ leichten Notfälle konzentrieren, und einem Aufbaumodell für die zentralisierte Versorgung (zentrale Notfallstandorte), die für nahezu alle Probleme gerüstet sind, unterschieden werden.

2. Erhaltung der Trägervielfalt

2.1 Subsidiarität und Pflichtträgerschaft

Vorschlag:

23	An der subsidiären Pflichtträgerschaft der Stadt- und Landkreise soll festgehalten werden.
----	---

Erläuterungen:

Die Aufgabe der Sicherstellung muss nach dem KHG von den Ländern wahrgenommen werden, die diese im Sinne der Subsidiarität den Stadt- und Landkreisen übertragen haben. Das heißt in Baden-Württemberg haben diese eine grundsätzliche Gewährleistungsverpflichtung, die nach dem Krankenhausplan notwendigen Krankenhäuser und Krankenhauseinrichtungen zu betreiben, wenn die bedarfsgerechte Versorgung durch andere Träger nicht sichergestellt ist (Subsidiarität). Die gesetzlich formulierte Leistungsverpflichtung ist als ordnungspolitischer Ausfluss der öffentlichen Verantwortung für die allgemeine Krankenhausversorgung anzusehen.

Die Trägervielfalt wird als ein wichtiges Element einer funktionierenden Krankenhauslandschaft gesehen. Die Trägervielfalt umfasst dabei das gleichberechtigte Dasein von privaten, freigemeinnützigen und öffentlich-rechtlich getragenen Krankenhäusern. Öffentlich-rechtliche Trägerschaften stehen dem Wettbewerb im Krankenhausbereich nicht entgegen.

2.2 Das Land als Krankenhausträger

Vorschlag:

24	Das Land soll die Trägerschaftsformen für Universitätskliniken und Zentren für Psychiatrie unternehmerisch weiterentwickeln. Eine Konzentration der Zentren für Psychiatrie sollte geprüft werden, wobei die regionale Versorgung sichergestellt bleiben muss.
----	---

Erläuterung:

Das Land ist Krankenhausträger im Bereich der Universitätsklinika und der Zentren für Psychiatrie. Die früheren Eigenbetriebe sind durch das Gesetz zur Errichtung der Zentren für Psychiatrie 1996 sowie durch das Universitätsklinika-Gesetz 1998 zu Anstalten des öffentlichen Rechts umgewandelt worden mit dem Land als Gewährträger.

Die Universitätsklinika sind in enger Verbindung mit den Medizinischen Fakultäten Stätten der Hochleistungsmedizin und von Forschung und Lehre. Den Zentren für Psychiatrie obliegt neben der Krankenversorgung auch die Durchführung des Maßregelvollzugs bei psychisch kranken und suchtkranken Straftätern (hoheitliche Aufgabe). Diese besonderen Aufgaben der Universitätsklinika und der Zentren für Psychiatrie, die zur Krankenversorgung hinzutreten, rechtfertigen weiterhin die Rolle des Landes als Krankenhausträger in diesen Bereichen. Dabei ist es insbesondere sinnvoll, dem Land freizustellen, in welcher Rechtsform es die landeseigenen Krankenhäuser führt.

Zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Baden-Württemberg hat die Medizinstrukturkommission (MSK) umfassende Vorschläge erarbeitet (vgl. Vorschlag 26 unter II. 1.).

Eine engere Vernetzung des Leistungsangebots der Zentren für Psychiatrie mit der somatischen Medizin ist erforderlich.

2.3 Gleichbehandlung im Wettbewerb

Vorschlag:

25	Das Land soll aktiv dazu beitragen die Trägervielfalt zu erhalten. Privat, freigemeinnützig und öffentlich-rechtlich getragene Krankenhäuser müssen in Planung und Förderung gleich behandelt werden. Auch die Rechtsformen für die Universitätskliniken und die Zentren für Psychiatrie müssen so gestaltet werden, dass diese im Wettbewerb nicht benachteiligt werden.
-----------	--

Erläuterungen:

Zur Frage, ob Land und Kommunen weiterhin Krankenhausträger sein sollten, ist zunächst festzuhalten, dass die Kommunen gesetzlich verpflichtet sind, einer Unterversorgung durch das Betreiben der notwendigen Krankenhäuser abzuweichen, sofern kein anderer Träger bereit ist, den im Krankenhausplan veranschlagten Bedarf an Krankenhausleistungen zu erbringen (subsidiäre Pflichtträgerschaft, § 3 LKHG). Insofern begründet sich die Existenz einer öffentlich-rechtlichen Krankenhausträgerschaft durch die Ausfüllung dieser gesetzlichen Verpflichtung. Eine Beurteilung eines Engagements der öffentlichen Hand, die über die Trägerschaft aufgrund der subsidiären Verpflichtung hinausgeht, ist mit der Frage nach den Auswirkungen auf die Krankenhauslandschaft und den zu verfolgenden ordnungspolitischen Zielsetzungen verbunden.

Die Triebfeder des Wettbewerbs wird als eines der zentralen Elemente eines modernen, leistungsfähigen und effizienten Gesundheitssystems und Krankenhauswesens angesehen. Es stellt sich daher die Frage, ob das Paradigma des Wettbewerbs die Daseinsberechtigung öffentlich-rechtlicher Trägerschaften von Krankenhäusern grundsätzlich in Frage stellt. Problematisch hinsichtlich eines funktionierenden Wettbewerbs wäre die ungerechtfertigte Bevorzugung öffentlich getragener Krankenhäuser durch den Staat. Eine ungerechtfertigte Bevorzugung läge dann vor, wenn öffentlich getragene Krankenhäuser systematisch Häusern anderer Träger vorgezogen werden, obwohl diese anderen Träger die Aufgabe gesamthaft besser erfüllen könnten. Sofern jedoch davon ausgegangen werden kann, dass eine solche ungerechtfertigte Bevorzugung nicht stattfindet, ist es kaum zu begründen, dass das Agieren öffentlicher Krankenhäuser auf dem „Krankenhausmarkt“ die Existenz und Güte des Wettbewerbs negativ beeinflusst. Aus Sicht des Wettbewerbs ist es unter diesen

Umständen vielmehr unerheblich, ob die Trägerschaft einzelner Krankenhäuser privater, freigemeinnütziger oder öffentlich-rechtlicher Natur ist. Es ergibt sich deshalb aus der Zielsetzung insbesondere keine Begründung für eine grundsätzliche Ablehnung einer (nicht durch den Sicherstellungsauftrag begründeten) öffentlich-rechtlichen Trägerschaft.

Jede Form der Trägerschaft weist situationsabhängige Vor- und Nachteile auf. Dies gilt sowohl für die Unterscheidung zwischen öffentlich-rechtlich, freigemeinnützig und privat, als auch für unterschiedliche Rechtsformen innerhalb einer spezifischen Trägerform. Das Ziel einer leistungsfähigen und effizienten Versorgung mit Krankenhäusern bedarf der Möglichkeit, dass sich jeweils diejenigen Strukturen im Wettbewerb durchsetzen können, mit denen der vorliegenden Situation am besten begegnet werden kann. Ziel der Bestrebungen kann es daher nicht sein, einzelne Formen der Trägerschaft isoliert zu bevorzugen, sondern muss die Schaffung gleicher, von der Trägerschaft unabhängiger Ausgangs- und Rahmenbedingungen beinhalten.

Die Finanzierung der Plankrankenhäuser vollzieht sich nach den allgemeinen bundes- und landesrechtlichen Regelungen über die Krankenhausfinanzierung. Im Grunde geht das geltende (dualistische) Finanzierungssystem davon aus, dass alle in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser gleichermaßen den Gewährleistungsauftrag umzusetzen haben. Demzufolge wird auch den in den Plan aufgenommenen Krankenhäusern ein entsprechender Versorgungsauftrag zugesprochen.

Gleichbehandlung bedeutet aber auch die Einräumung gleicher Möglichkeiten für die einzelnen Träger. Auch öffentliche Krankenhäuser müssen Leistungen anbieten können, die über allgemeine Krankenhausleistungen hinausgehen. Eine diesbezügliche Einschränkung bedeutet die Schaffung von Wettbewerbsbarrieren, die dem Ziel der Schaffung und Sicherung eines sinnvollen Wettbewerbs entgegenstehen.

Die öffentliche Trägerschaft erfüllt neben der Gleichwertigkeit mit anderen Formen der Trägerschaft eine wichtige Funktion als Informations- und Steuerungsinstrument für das Land und die Kommunen. Die notwendige Auseinandersetzung und die dabei gewonnenen Erfahrungen und Einblicke erlauben es, unmittelbare und klare Einschätzungen über Probleme und Möglichkeiten der Krankenhausträger zu gewinnen. Dadurch leistet die öffentlich-rechtliche Trägerschaft einen Beitrag, dass die öffentliche Hand sinnvolle und nachhaltige Entwicklungen rechtzeitig erkennen und verfolgen kann.

Die Trägerstruktur kann derzeit als ausgewogen betrachtet werden. Deshalb besteht kein wesentlicher Grund für eine grundlegende Veränderung. Es wird jedoch auch

kein Grund gesehen, eine allmähliche Veränderung im Rahmen des Wettbewerbs zu verhindern.

Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts wird deshalb Grundlage für die künftige Krankenhausplanung sein müssen.

II. Entwicklung der Träger- und Angebotsstruktur

1. Vernetzung stationärer und ambulanter Angebote

Vorschläge:

26	Die Universitätsklinika sollten ihr Leistungsspektrum stärker als bisher mit den umliegenden Krankenhäusern abstimmen im Sinn einer regionalen Kooperation und Kompetenzvernetzung, wobei bei der Beurteilung der Entwicklungsoptionen die jeweilige unterschiedliche regionale Versorgungssituation zu berücksichtigen ist.
27	Die Kommission empfiehlt vor allem den Trägern in den Grenzregionen länder- und grenzüberschreitende Kooperationsstrategien zu entwickeln.
28	Erforderlich ist eine stärkere Verzahnung der ambulanten/stationären fachärztlichen Versorgung durch Ausbau des Konsiliararztwesens.
29	Bei Wegfall von Krankenhausstandorten können stationär erforderliche Leistungen durch niedergelassene Ärzte erbracht werden (neue Form der Praxiskliniken).
30	Teilstationäre Leistungen müssen von ambulanten Leistungen besser abgrenzbar sein.

Erläuterungen:

Regionale Vernetzung der Universitätskliniken

Zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin Baden-Württemberg hat die Medizinstrukturkommission (MSK) umfassende Vorschläge erarbeitet.

Die Grundaussage der Medizinstrukturkommission, wonach die Universitätskliniken ihr Leistungsspektrum künftig stärker als bisher mit den umliegenden Krankenhäusern abstimmen sollten, wird von der Expertenkommission geteilt. Dabei ist aus Sicht der Expertenkommission ein Kooperationsansatz zu befürworten, der eine partnerschaftliche, gleichberechtigte regionale Vernetzung zwischen den Universitätskliniken und den Krankenhäusern in der Region vorsieht.

Länder- und grenzüberschreitende Zusammenarbeit

Auf die Ausführungen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit unter I.1.1 Vorschlag Nr. 8 wird hingewiesen.

Verzahnung der ambulanten und stationären fachärztlichen Versorgung

Die rein monetäre Steuerung im Gesundheitswesen führt derzeit zu einem zunehmenden Gefälle der Versorgung in Ballungszentren und dünn besiedelten Gebieten. Wegen des ökonomischen Mengeneffektes bei Fixkosten für Vorhalteleistungen führen Preissysteme (wie die DRG) zu Strukturdefiziten. Dies gilt sowohl für Krankenhäuser als auch für niedergelassene Praxen. Bei Praxen spielt weiter eine Rolle, dass eine Notfallbereitschaft auf wenigen Schultern ruht und dies zu häufiger Ortsgebundenheit führt, was für junge Ärzte zunehmend unattraktiver wird.

Eine Bündelung der Kräfte (ambulant/stationär) mit stärkeren Kooperationen ist dringend geboten. Bestehende Hemmnisse hierfür müssen beseitigt werden:

- Angleichung der Kalkulationsgrundlagen der Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich, um Leistungsverlagerungen zu erleichtern

Die DRG für stationäre Leistungen und der EBM 2000plus für ambulante Leistungen im GKV-Bereich haben bisher unterschiedliche Kalkulationsgrundlagen. Bei der Weiterentwicklung des EBM und der GOÄ sollte darauf geachtet werden, dass die Kalkulationsrichtlinien des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH) auch auf Leistungen für ambulante Patienten angewandt werden. Die ergänzende Kalkulation von Investitionskosten könnte dabei separat ausgewiesen werden. Damit wäre die Vergleichbarkeit von stationären und ambulanten Leistungen gegeben.

- Stärkere Verzahnung der ambulanten/stationären fachärztlichen Versorgung durch Ausbau des Konsiliararztwesens als Alternative und/oder Ergänzung zum Belegarztwesen mit gleichzeitiger Anpassung der Vergütungsform (KV-Topf/KH-Topf)

Die Unterscheidung im DRG-Bereich zwischen hauptamtlichen Leistungen und belegärztlichen Leistungen könnte vollständig fallen gelassen werden, wenn die über den KV-Topf vergüteten belegärztlichen Leistungen in die Krankenhausbudgets integriert würden. Hierzu wäre es notwendig, dass ein Durchschnitt der letzten drei bis fünf Jahre vor Einführung des DRG-Systems im Krankenhaus der aus dem KV-Topf an die niedergelassenen Belegärzte geflossenen Mittel berechnet würde. Dieses Kostenvolumen könnte aus dem KV-Topf entnommen und dem Krankenhaustopf zugeführt werden. Im Gegenzug müssten die Krankenhäuser die belegärztlichen Leistungen direkt mit den niedergelassenen Ärzten als Konsiliarleistungen abrechnen.

Durch die geschilderte Vorgehensweise ergäbe sich eine erhebliche Vereinfachung sowohl bei der Kalkulation (Wegfall der Beleg-DRGs) sowie bei der Abrechnung mit den Krankenkassen (lediglich hauptamtliche DRGs).

An einer stärkeren Integration von ambulanten und stationären Einrichtungen führt in Zukunft kein Weg vorbei. Die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung könnte dann durch sog. Praxiskliniken aufgefangen werden. Unabhängig davon, welche Struktur künftig für die Grundversorgung in der Fläche vorgesehen wird, ist auf jeden Fall die Notfallversorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Das „Defizitäre“ an der „doppelten Facharztsituation“ in Deutschland ist nach Auffassung der niedergelassenen Ärzteschaft nicht das System als solches, sondern die mangelnde Kommunikation zwischen den im Gesundheitswesen tätigen Einrichtungen. Diese mangelnde Kommunikation gilt es zu verbessern, beispielsweise durch neue elektronische Techniken.

Sowohl der ambulante Bereich als auch der stationäre Bereich müssen sich öffnen. Ein Austausch bzw. ein Tätigwerden von Ärzten muss künftig in beiden Richtungen einfacher gestaltet werden und ohne Probleme möglich sein.

Beispiele sind

- das sog. Holland-Modell, bei dem alle Fachärzte am Krankenhaus tätig werden und
- das sog. Texas-Modell, bei dem nur Belegärzte stationär am Krankenhaus tätig sind sowie
- eine Mischform aus beiden Systemen.

2. Bündelung von Krankenhausangeboten und Schwerpunktbildungen

Vorschlag:

31	Notwendige Konzentrationen von Krankenhausstandorten (Zentrenbildung) sind durch die Krankenhausplanung im Interesse der Qualität aktiv zu begleiten.
----	--

Erläuterung:

Ein weiterer Konzentrationsprozess in der Krankenhauslandschaft ist aus qualitativen und betriebswirtschaftlichen Gründen zu erwarten. Das Land muss diese Entwicklung, die mit der Umgestaltung der Krankenhäuser zu Unternehmen einhergeht, aktiv begleiten und unterstützen. Eine Konzentration der Krankenhausversorgung auf weniger Standorte bedeutet für die Patientinnen und Patienten zwar weitere Wege, aber gleichzeitig auch mehr Qualität in der medizinischen Versorgung.

Die Zentralisierung der Versorgungsangebote und die Entwicklung zu Trägerverbänden und Krankenhausfusionen erfordert eine Überprüfung und ggf. Anpassung des Kartellrechts auf die Bedürfnisse des Krankenhaussektors (vgl. hierzu Vorschlag Nr. 48 unter III. 2. Rechtsänderungen).

3. Einheitliche Wettbewerbsordnung

Vorschläge:

32	Es ist eine Angleichung der Kalkulationsgrundlagen der Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich anzustreben, um Leistungsverlagerungen zu erleichtern.
33	Die weitere Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Leistungserbringung wird befürwortet.
34	Krankenhäuser sollen mehr Wahlleistungen erbringen dürfen, die eindeutig definiert sein müssen.

Erläuterungen:

Eine der Hauptursachen für die mangelhafte Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Bereich sind die starren, abgegrenzten Budgets beider Bereiche. Die strenge Budgetierung behindert auch einen fairen Wettbewerb der Systeme untereinander.

Bei Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Leistungserbringung muss eine spezielle Wettbewerbsordnung entstehen, die „Waffengleichheit“ zwischen ambulantem und stationärem Bereich sowie zwischen privatwirtschaftlichen und gemeinnützigen Organisationsformen gewährleistet. Problematisch sind dabei die doppelte Facharztstruktur und die stark abgegrenzten Budgets (Änderung §§ 116 und 140 SGB V – vgl. hierzu Vorschlag Nr. 47 unter III. 2. Rechtsänderungen).

Die Krankenhausplanung sollte künftig auch ermöglichen, dass der Zusammenschluss von Ärzten zu einer Praxisklinik vom Land gefördert wird. Unabhängig davon muss die Krankenhausplanung die Sicherstellung der Versorgung der Patienten in der Fläche gewährleisten.

Ein grundsätzliches Problem wird auch darin gesehen, dass das DRG-System (noch) nicht leistungsgerecht ist und damit der Wettbewerb und auch die Kooperation zwischen den Systemen deutlich behindert und erschwert werden.

Die Entwicklung im Gesundheitswesen und die begrenzt vorhandenen Finanzmittel erfordern eine Erweiterung der Möglichkeiten der Krankenhäuser zur Erbringung von Wahlleistungen, wobei eine "Loslösung" der Wahlleistungsbudgets vom Gesamtbudget notwendig ist.

Die allgemeinen Krankenhausleistungen umfassen alle Leistungen (insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung sowie ggf. Frührehabilitation), die im Einzelfall für die medizinische Versorgung notwendig sind und in ihrer Qualität und Wirksamkeit dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnis entsprechen. Neben den allgemeinen Krankenhausleistungen können Patienten zusätzlich Wahlleistungen in Anspruch nehmen. Dies sind wahlärztliche Leistungen und Wahlleistungen der Unterkunft. Für deren Vergütung gelten die einschlägigen gesetzlichen Grundlagen mit Ausnahme der angebotenen zusätzlichen Hotelleistungen (z.B. Medientechnik, Wellness u. a.).

Medizinische Wahlleistungen (diagnostische und/oder therapeutische) können nur Leistungen sein, die im Einzelfall über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehen. Maßstab hierfür ist nicht die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen. Wahlleistungen dürfen die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigen und müssen insbesondere in der Leistungserbringung sowie haftungsrechtlich von diesen klar getrennt werden können.

III. Rechtsänderungen

1. Landeskrankenhausrecht

Vorschläge:

35	Das Landeskrankenhausgesetz muss umfassend überprüft und novelliert werden.
36	Bei der Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes ist insbesondere den Gesichtspunkten der Entbürokratisierung, der Deregulierung und der Aktualisierung des Rechts Rechnung zu tragen.
37	Die planungsrechtlichen Vorschriften des Landeskrankenhausgesetzes sollten festlegen, dass das Land sich auf eine Rahmenplanung beschränkt. Die Einzelfestsetzungen für jedes Krankenhaus sollten dabei nur noch die Fachrichtungen und die Zahl der Planbetten umfassen.
38	Es wird vorgeschlagen, eine gesetzliche Pflicht des Landes zur regelmäßigen Aktualisierung des Landeskrankenhausplanes in das Landeskrankenhausgesetz aufzunehmen.
39	Es wird vorgeschlagen, eine Soll-Regelung in das Landeskrankenhausgesetz aufzunehmen, die einen Verzicht des Landes auf Erstattung von Fördermitteln bei einvernehmlichen Ausscheiden aus dem Krankenhausplan als Regelfall festlegt.
40	Es wird vorgeschlagen, eine Sonderregelung einzuführen, die bei Outsourcing bestimmter Bereiche eine Rückforderung geleisteter Fördermittel in der Regel ausschließt, wenn die geförderten Anlagen auch künftig stationär genutzt werden.
41	Die landesrechtlichen, die innere Strukturierung des Krankenhauses betreffenden Bestimmungen <ul style="list-style-type: none">- zur Krankenhausbetriebsleitung- zum sozialen Krankenhausdienst- zur Mitarbeiterbeteiligung an Privatliquidationserlösen sollten gestrichen und in die Verantwortung des einzelnen Krankenhausträgers übertragen werden.
42	Es wird vorgeschlagen, das im Landeskrankenhausgesetz geregelte Verwaltungsverfahren bei der Überprüfung von Krankenhäusern zu vereinfachen.

Erläuterungen:

Die Expertenkommission hat sich bei der Überprüfung des Rechtsbereichs Krankenhaus vorrangig mit Landesrecht auseinandergesetzt und dabei die Prüfung des Landeskrankenhausesgesetzes unter den Gesichtspunkten der Deregulierung, Entbürokratisierung und der Aktualisierung in den Vordergrund gestellt. Insbesondere die Vorschriften, die wirtschaftliches Handeln behindern und in unternehmerische Freiheiten eingreifen, sollen so weit wie möglich abgebaut werden. Die Transparenz behördlicher Entscheidungen soll verbessert werden, Verwaltungsverfahren sollen gestrafft werden.

Im Bereich des Planungsrechtes hält es die Expertenkommission unter den derzeitigen DRG-Bedingungen für notwendig, eine gesamtkapazitätsorientierte, kreisübergreifende Rahmenplanung des Landes vorzuhalten, die so konkret und aktuell ist, dass keine zweite Planungsebene (z.B. Regionalkonferenzen) notwendig sind. Die Planung soll sich auf eine zeitnahe Aggregation und Auswertung krankenhausesbezogener Struktur und Leistungsdaten stützen. Die weitere Konkretisierung der Rahmenplanung und des Versorgungsauftrages ist sodann Sache der jährlichen Entgeltverhandlungen (siehe auch oben Vorschläge Nr. 2 und 3).

Auch bei den vorgeschlagenen Änderungen zum Förderrecht stand das Bestreben der Expertenkommission im Vordergrund, Krankenhausträger nicht an einer Änderung der bestehenden – und geförderten- Strukturen zu hindern. Insbesondere der regelhafte Verzicht auf die Geltendmachung von Rückforderungsansprüchen beim Ausscheiden aus dem Krankenhausplan im Einvernehmen mit dem Land und beim Outsourcing soll diesem Ziel dienen.

2. Weitere Rechtsbereiche

Gemeindefirtschaftsrecht

Vorschlag:

43	Das Gemeindefirtschaftsrecht sollte darauf überprüft werden, ob es insofern wettbewerbsverzerrend ist, als die wirtschaftliche Handlungsfreiheit von Kommunen im Bereich des Krankenhauswesens eingeschränkt wird.
----	---

Erläuterung:

Auf Ebene des Landesrechtes regte die Expertenkommission weiterhin eine Überprüfung des Gemeindefirtschaftsrechtes an. Bei der Prüfung soll im Vordergrund stehen, ob kommunale Krankenhäuser, die gleichberechtigt neben privaten und freigemeinnützigen Trägern am Wettbewerb teilnehmen sollen, unter kommunalrechtlichen Gesichtspunkten gewisse Behinderungen erfahren.

Steuerrecht

Vorschläge:

44	Die Diskrepanzen zwischen Steuer- und Sozialrecht im Krankenhausbereich müssen durch Änderungen des Steuerrechtes überwunden werden.
45	Es sollte steuerrechtlich erleichtert werden, als Krankenhaus den gemeinnützigen Status aufzugeben
46	Das Umsatzsteuerrecht muss an die neuen sozialrechtlichen Entwicklungen angepasst werden.

Erläuterungen:

Auf Ebene des Bundesrechtes empfiehlt die Expertenkommission insbesondere eine Überprüfung der steuerrechtlichen Vorschriften. Die sozialrechtlichen Bestimmungen für die Krankenhäuser wurden in den letzten Jahren erheblich verändert (zum Beispiel durch die Einführung neuer Versorgungsformen), ohne dass eine entsprechen-

de Anpassung des Steuerrechtes erfolgte. Der entstandene Widerspruch, der die gesundheitspolitischen Ziele von Bund und Ländern behindert, ist aufzulösen. Insbesondere betrifft dies das Umsatzsteuerrecht.

Auch wurde vorgeschlagen, im Falle der Aufgabe des gemeinnützigen Status eines Krankenhauses innerhalb einer gesetzten Frist von einer Körperschaftssteuerpflicht der Gewinne der letzten 10 Jahre abzusehen, um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden. Diese können durch die rückwirkende Versteuerung entstehen. In gemeinnützigen Krankenhäusern bleibt ein eventueller Verlust im Zweckbetrieb bei der rückwirkenden Besteuerung unberücksichtigt, der Ertrag aus wirtschaftlichen Geschäftsbetrieben wird jedoch voll der Steuer unterworfen. Bei nicht gemeinnützigen Krankenhäusern wird nur der – nach der Verlustsaldierung mit dem negativen Budgetbereich – niedrigere Saldo besteuert.

Zur Vertiefung der Problematik und zu weiteren Anpassungsnotwendigkeiten im Steuerrecht wird auf das im Anhang beigefügte Grundsatzpapier der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur aktuellen steuerrechtlichen Bewertung von Krankenhausleistungen verwiesen, das die Expertenkommission mit trägt.

Sozialgesetzbuch V

Vorschlag:

47	Die Voraussetzungen für die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser sowie für integrierte Versorgungsformen müssen eine bessere rechtliche Ausgestaltung erfahren.
-----------	--

Erläuterung:

Das SGB V sieht die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser (§§ 116a und b) sowie integrierte Versorgungsformen (§§ 140a bis d) vor. Eine weitere Öffnung der Krankenhäuser zur Erbringung ambulanter Leistungen und eine stärkere Integration der verschiedenen Leistungssektoren sind erforderlich. Die Vorgaben des SGB V sind in ihrer derzeitigen Form nicht zukunftsfähig. Eine bessere rechtliche Ausgestaltung ist notwendig, um den innovativen Ansätzen, die mit den §§ 116a ff. und 140a ff. SGB V verfolgt werden, eine größere praktische Bedeutung zu verschaffen.

Wettbewerbsrecht

Vorschlag:

48	Es sollte überprüft werden, ob für den Bereich des Krankenhauswesens eine wettbewerbsrechtliche Bereichsausnahme ins SGB V, das GWB oder das KHG aufgenommen wird.
-----------	---

Erläuterung:

Das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) gilt grundsätzlich für Krankenhäuser aller Trägerarten, nicht nur für diejenigen in privater Trägerschaft und betrifft neben Übernahmen und Fusionen auch Kooperationsverträge und informelle Abstimmungen des Leistungsspektrums. Bei größeren Zusammenschlüssen kommt auch eine europarechtliche Wettbewerbskontrolle in Betracht.

Das Bundeskartellamt hat im Jahr 2005 erstmals den Kauf zweier Krankenhäuser durch einen privaten Klinikkonzern untersagt bzw. in einem anderen Fall nur unter der Auflage der Veräußerung eines anderen Krankenhauses die Übernahme eines Hauses genehmigt. Zwar ist noch nicht abschließend gerichtlich geklärt, wie eine Kontrolle im Bereich des Krankenhauswesens durch das Bundeskartellamt rechtmäßigerweise zu erfolgen hat. Es besteht jedoch die Gefahr, dass die wettbewerbsrechtlichen Vorschriften mit den auf Bundes- und Landesebene angestrebten gesundheitspolitischen Zielen der Kooperation und Konzentration auf der Seite der Leistungserbringer kollidieren. Dies lässt sich insbesondere am Beispiel der Mindestmengenfestlegungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss verdeutlichen: Hier fordert das Bundesrecht aus medizinischen Gründen eine gewisse Konzentration, die wettbewerbsrechtlichen Erwägungen zuwider laufen kann.

Es sollte daher überprüft werden, ob der Bereich Krankenhaus von der kartellrechtlichen Kontrolle ausgenommen werden sollte.

IV. Steigerung der Finanzkraft der Krankenhäuser

Angesichts des Antragsstaus von ca. 1,5 Mrd. EUR und einem einem Fördervolumen im Rahmen des Landeskrankenhausbauprogramms von rund 150 Mio. EUR jährlich bedeutet dies Wartezeiten für Investitionen von bis zu 10 Jahren. Dringliche Anträge liegen etwa für Maßnahmen in Höhe von 1,1 Mrd. EUR vor.

Zu berücksichtigen ist, dass durch frühzeitige Investitionen, die durch verbesserte Betriebsabläufe zu einer weit höheren Wirtschaftlichkeit führen, eine verbesserte Ergebnissituation der Krankenhäuser erreicht werden kann. Die verbesserte Ergebnissituation kommt dem Krankenhaus zunächst alleine zugute. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz und insbesondere das DRG-System sehen keinen Rückfluss ggf. aus höherer Wirtschaftlichkeit generierter Gewinne in die Versorgung oder an die Leistungsträger (Krankenkassen) vor, sie stehen allerdings für weitere Investitionen zur Verfügung und ermöglichen damit längerfristig Wachstumsmöglichkeiten.

Vorschläge:

49	Die Höhe der Investitionsförderung ist dem Finanzbedarf anzupassen, der bei mindestens 10 % des Umsatzes der Krankenhäuser anzusetzen ist.
50	Die duale Finanzierung sollte unter den derzeitigen Rahmenbedingungen und zum Abbau des bestehenden Förderstaus beibehalten werden. Sofern in der Zukunft der gesetzliche Rahmen eine durchgehend wettbewerbliche Orientierung vorgibt oder eine ausreichende Landesförderung nicht mehr sichergestellt ist, muss die Investitionsfinanzierung auf eine neue Basis gestellt werden. Bei einer Finanzierung der Investitionskosten über Nutzungsentgelte und damit über die Beitragszahler in der GKV muss beim Einstieg in dieses Finanzierungssystem die Gegenfinanzierung z.B. durch Absenkung des Mehrwertsteuersatzes für Arzneimittel sichergestellt werden. Bei einem Wechsel von der dualen Finanzierung zur Monistik ist eine Harmonisierung der gesetzlichen Rahmenbedingungen angezeigt.
51	Angesichts des allein durch staatliche Zuschüsse nicht zu deckenden Investitionsbedarfs der Krankenhäuser müssen ergänzende bzw. alternative Finanzierungsmodelle auf ihre Realisierbarkeit in Baden-Württemberg überprüft werden.

Erläuterungen:

Für die investive Krankenhausförderung stehen staatliche Finanzierungsmittel nicht mehr in ausreichendem Maße zur Verfügung.

Derzeit besteht im Bundesgebiet ein Investitionsstau in Höhe von ca. 27 Mrd. Euro. In Baden-Württemberg beläuft er sich auf 1,5 Mrd. Euro. Angesichts der Lücke zwischen hohem Investitionsbedarf und verfügbaren Fördermitteln muss nach alternativen Finanzierungsformen gesucht werden. Nach Auffassung der Experten sollte die Mindestinvestitionsrate im Krankenhaussektor bei 10% des Umsatzes liegen.

Dies würde zu einer Verbesserung der Effizienzrendite führen, da in vielen Krankenhäusern aufgrund einer unzulänglichen Bauweise derzeit unwirtschaftlich gearbeitet wird. Bei funktionsgerechten Sanierungen oder Neubauten und optimierten Abläufen sind Betriebskostensparnisse in Höhe von bis zu 20% möglich.

Um mit privaten Krankenhäusern zu konkurrieren, müssen die Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft im Investitionsbereich flexible und kurzfristige Entscheidungen treffen können. Die Expertengruppe mahnt an, dass die Verantwortung für das wirtschaftliche Handeln ausschließlich bei der Betriebs-/Geschäftsführung des einzelnen Krankenhauses liegen muss und damit auch die Investitions- und Finanzierungsverantwortung.

Zur Wahrnehmung dieser Verantwortung sind den Geschäftsführungen geeignete Finanzierungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen.

Die derzeitige Finanzierung wird dem wirtschaftlichen Handeln des „Unternehmens Krankenhaus“ nicht gerecht, da die vorhandenen Mittel nicht ausreichend sind und die derzeitige Förderpraxis teilweise zu Fehlanreizen führt.

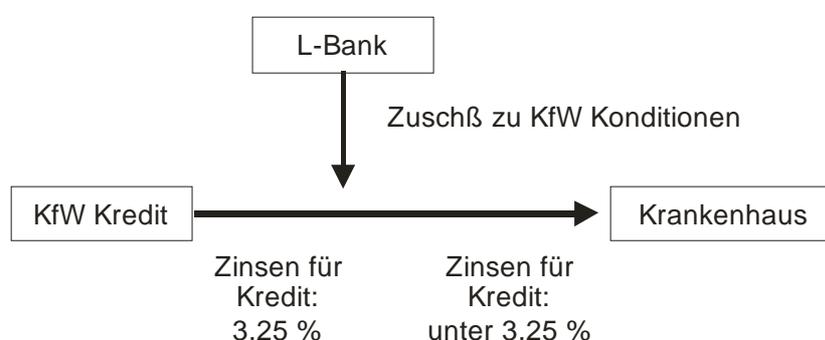
Eine zentrale Forderung beim Umstieg der Art und Weise der Krankenhausförderung besteht darin, dass die Krankenhäuser nicht durch die Rückzahlung bereits erhaltener Fördermittel belastet werden, falls sie geförderte Flächen umnutzen oder gar abreißen wollen. Dies stände einer wirtschaftlichen Weiterentwicklung ebenfalls entgegen.

Mögliche alternative Finanzierungsmodelle

Unter der Prämisse, dass die Landesmittel nicht nennenswert aufgestockt werden können, müssen neue, kombinierte Finanzierungsösungen angeboten werden um den Investitionsstau aufzulösen.

Zinsverbilligung – Alternativfinanzierung mit der L-Bank

Die Finanzierungsmöglichkeiten der L-Bank sehen vor, die derzeitigen jährlichen Landesfördermittel in Höhe von 160 Mio. € zur Verbesserung der Zinskonditionen der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) zu nutzen. Somit kann das Land den Krankenhäusern langfristige Kredite zu niedrigen Zinsen anbieten.



Bei einem Volumen von 160 Mio. € und einer 100%igen Ausnutzung zur Kreditverringerung ergeben sich folgende Finanzierungsvolumina:

Infrastruktur-Bankdurchgeleitete Kredite

Variante*)	Zinsverbilligung um ... %-Punkte	Unverbilligter Zins %	Verbilligter Zins %	Mögliches Darlehensvolumen Mio. Euro
10-2-10	1,00	3,25	2,25	3.158
	2,00	3,25	1,25	1.578
	3,00	3,25	0,25	1.053
20-3-10	1,00	3,25	2,25	2.374
	2,00	3,25	1,25	1.187
	3,00	3,25	0,25	791
20-3-20	1,00	3,45	2,45	1.951
	2,00	3,45	1,45	976
	3,00	3,45	0,45	651
30-5-10	1,00	3,30	2,30	2.177
	2,00	3,30	1,30	1.088
	3,00	3,30	0,30	726
30-5-20	1,00	3,70	2,70	1.582
	2,00	3,70	1,70	791
	3,00	3,70	0,70	527

*) Laufzeit-Freijahre-Zinsbindung

Dieses Modell erscheint den Experten als eine mögliche Alternativfinanzierung für ein zusätzliches Krankenhaus-Sonderbauprogramm.

Staatliche Förderung über Darlehen

Finanzierungsmodell der „Commerzbank“

Im Jahr 1995 hatte ein Bankenconsortium aus Commerzbank und Landesbank Berlin dem Land Berlin einen Kredit in Höhe von ca. 700 Mio. € zweckgebunden für den Ausbau der Krankenhäuser in Ostberlin im Rahmen eines Programms zur Angleichung der Lebensverhältnisse Ost / West zur Verfügung gestellt.

Ziel des Landes war, neben einer Planungssicherheit für den Haushalt für die gesamte Projektlaufzeit von 20 Jahren möglichst viele Mittel in die Projekte selbst investieren zu können.

Das Bankenconsortium ermöglichte dem Land daher in der 5-jährigen Investitionsphase sehr variabel den bereitgestellten Kredit in Anspruch zu nehmen und so von den günstigen Geldmarktzinsen zu profitieren. Die Planungssicherheit für die fünfzehnjährige Tilgungsphase wurde über ein gesondertes Zinssicherungskonzept geschaffen.

Konzeptionell erfolgte die Fremdfinanzierung der einzelnen Projekte über das Land Berlin, das je Projekt mit dem Förderberechtigten vereinbarte, im Rahmen der zugesagten Förderung den Schuldendienst für die bewilligten Projekte zu übernehmen. Die Kreditauszahlung erfolgte daher projektweise und nach Baufortschritt, nach Vorlage des jeweiligen Förderbescheides und der Baufortschrittsbestätigung.

Aus Konzeptionsüberlegungen war bei diesem Vorgehen besonders herausfordernd, wie rechtlich verbindlich das Land dem Bankenconsortium die Schuldendienstbedingung zusagen kann, obwohl die Fördermittelbescheide als begünstigende Verwaltungsakte in den engen Grenzen des Verwaltungsverfahrensgesetzes widerruflich ergehen. Hier wurde eine für beide Seiten zufrieden stellende Lösung erarbeitet.

Das Finanzierungsmodell der „Commerzbank“ ist nach Ansicht der Experten ein interessanter Ansatz, insbesondere da es bei dieser Form der Finanzierung schon Erfahrungen aus Berlin gibt.

Sonderprogramm nach dem Hessischen Modell

Um kurzfristig große Investitionsvorhaben fördern zu können, hat die hessische Landesregierung mit dem hessischen Krankenhausgesetz 2002 ein eigenes alternatives Finanzierungskonzept entwickelt. Im Rahmen eines 10-jährigen Sonderprogramms nach § 35 HKHG wurden insgesamt 255 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. In die Förderung werden nur Maßnahmen einbezogen, die im Rahmen des laufenden Strukturwandels der Krankenhäuser dringend erforderlich sind und der Strukturverbesserung oder Strukturänderung dienen. Mit dem Sonderprogramm werden die zur Finanzierung aufgenommenen Darlehen der Krankenhausträger in zehn gleichen Jahresraten getilgt. Die Zinsen verbleiben beim Krankenhausträger.

Für die Krankenhausträger, die mit einer solchen Förderung einverstanden sind, besteht trotz der bei ihnen verbleibenden Finanzierungskosten ein Anreiz, weil die Förderung im Einzelfall wesentlich früher erfolgen kann und durch die damit einhergehende frühere betriebliche Optimierung auch erhebliche Rationalisierungsreserven ausgeschöpft werden können.

Mischfinanzierung - Fondslösung

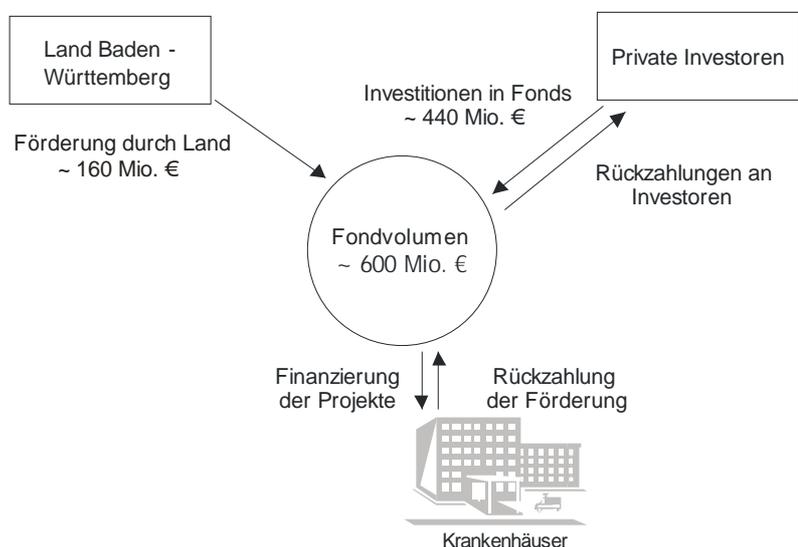
Die Finanzierung über einen Fonds stellt eine Möglichkeit dar, neben der staatlichen Förderung auch privates Kapital für den Krankenhaussektor zu gewinnen.

Nach Ansicht der Experten könnte privates Kapital auch von den Krankenkassen und Krankenhausträgern kommen. Mit der Förderung von

160 Mio. € durch das Land und 440 Mio. € durch private Investoren ist es möglich, den Investitionsstau in Baden-Württemberg zu verringern.

Die Schwierigkeiten bei einer Fonds-Lösung stellen jedoch die hohen Kosten der Fondsverwaltung und die Haftungsfragen dar.

Aus diesem Grund wird dieser Ansatz nicht weiter verfolgt.



Eigenfinanzierung

Public Private Partnership (PPP)

als Verantwortungs- und Entscheidungsgemeinschaft zwischen der öffentlichen Hand und einem privaten Partner.

Dabei sind die Vertragsgestaltungen sehr unterschiedlich. Sie reichen auf struktureller Ebene von projektbezogenen PPP-Modellen, in denen es um einen Austausch von Leistungen zwischen den Partnern auf Basis schuldrechtlicher Beziehungen geht bis hin zu institutionellen PPP-Modellen, in denen sich private und öffentliche Ressourcen gesellschaftsrechtlich in einem eigenen Rechtssubjekt verbinden. Inhaltlich kann eine PPP von Finanzierungsmodellen bis hin zu Betriebsführungs- oder gar Betreibermodellen variieren.

In Baden-Württemberg wurde bislang noch kein Modellprojekt unter Einbeziehung von KHG Fördermitteln durchgeführt. Eine Realisierung ist zwar grundsätzlich denkbar, jedoch muss das Vertragsmodell die Finanzierungsspezifika im Bereich der dualen Krankenhausfinanzierung berücksichtigen. Insbesondere ist eine Trennung von Betriebs- und Investitionskosten erforderlich, um die Förderfähigkeit zu erhalten. So können insbesondere sogenannte Lebenszyklusmodelle mit den Interessen der Stadt- und Landkreise kollidieren. Denn diese wollen in der Regel selbst Träger bleiben und den Betrieb in eigener Verantwortung fortführen.

Baden-Württemberg-Holding

Eine gemeinsame Holding mit öffentlich-rechtlichen Banken, Sparkassen und privaten Investoren (Zweck: Wertschöpfung im Land), die eine relativ schnelle Finanzierung dringend erforderlicher Investitionen bei Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft gewährleisten, wurde von den Experten nicht weiter diskutiert.

D. Anhang

- Pressemitteilung vom 14. Juni 2005
- Übersicht über die Zusammensetzung der Arbeitsgruppen
- Grundsatzpapier der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur aktuellen steuerrechtlichen Bewertung von Krankenhausleistungen
- Eckdaten zur Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg
 - o Planrelevante Betten/Plätze
 - o Planrelevante Krankenhäuser
 - o Planrelevante Krankenhäuser nach Trägerschaft
 - o Patienten in Krankenhäusern
 - o Verweildauer
 - o Pflegetage
 - o Krankenhaus-Pflegetage je 1000 Einwohner
 - o Bettennutzung
- Auszug aus dem Abschlussbericht der „Medizinstrukturkommission - Sachverständigenkommission Universitätsmedizin – Baden-Württemberg“, Regionale Kooperationen



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES
PRESSESTELLE

PRESSEMITTEILUNG

14. Juni 2005

Nr. 174/2005

Landesregierung will Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg an künftige Herausforderungen anpassen

Expertenrunde mit Vertretern der Krankenhasträger und Krankenkassen wird eingesetzt

Ministerpräsident Günther H. Oettinger und Arbeits- und Sozialminister Andreas Renner: „Bundesweite Spitzenposition des Landes in der Krankenhausversorgung halten und ausbauen“

Die Landesregierung hat in ihrer heutigen Sitzung über die Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen in Baden-Württemberg beraten. „Baden-Württemberg nimmt bei der Krankenhausversorgung im bundesweiten Vergleich eine Spitzenposition ein. Sowohl in der Behandlungsqualität wie auch der Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser liegen wir vorn. Angesichts des medizinischen Fortschritts und des dynamisch steigenden Leistungs- und Kostendrucks gibt es jedoch keine Alternative dazu, die Strukturen in der Krankenhausversorgung den künftigen Herausforderungen anzupassen“, sagten Ministerpräsident Günther H. Oettinger und Arbeits- und Sozialminister Andreas Renner am Dienstag (14. Juni 2005) nach der Ministerratssitzung in Stuttgart.

Qualität und humane Leistungserbringung bei größtmöglicher Wirtschaftlichkeit

Hohe Qualität und humane Leistungserbringung bei größtmöglicher Wirtschaftlichkeit seien die Ziele einer auch künftig leistungsstarken Krankenhauslandschaft, so Ministerpräsident Günther H. Oettinger und Arbeits- und Sozialminister Andreas Renner weiter. „Die Gesundheitsversorgung der

Bürgerinnen und Bürger hat einen hohen Stellenwert in der Politik der Landesregierung. Wir wollen den bundesweit hohen Standard bei der stationären Krankenhausversorgung im Land weiter sichern und ausbauen." Mit der Krankenhausplanung und der Förderung von Investitionsvorhaben verfüge das Land über ein effektives Steuerungsinstrument dafür. „Wir werden den Prozess der Strukturanpassung und –optimierung konstruktiv begleiten. Im Mittelpunkt müssen dabei die Patienten stehen“, sagte Ministerpräsident Oettinger. Den kommunalen Entscheidungsträgern (Gemeinden, Landkreisen, Zweckverbänden) komme insofern eine große Verantwortung zu. Ihre Aufgabe sei es, den Kriterien der Qualität in der Versorgung, der Wohnortnähe und Bedarfsgerechtigkeit sowie der Wirtschaftlichkeit gleichermaßen Rechnung zu tragen. Dabei müssten Entscheidungen frei vom status-quo-Denken getroffen werden. Bereits in den vergangenen Jahren hätte eine Reihe von Krankenhausträgern durch Verbesserung der Träger-, Management- und Organisationsstrukturen versucht, den sich verändernden Rahmenbedingungen Rechnung zu tragen. Die dazu eingeleiteten Maßnahmen reichten von der Gestaltung der Rechtsform, über die Weiterentwicklung interner Strukturen bis hin zu umfangreichen baulichen Maßnahmen und Standortveränderungen.

Experten prüfen verbesserte Versorgungsstrukturen

„Die aus der Sicht unserer Bürger wichtige Aufgabe der Daseinsvorsorge verträgt keinen unkontrollierten Verdrängungswettbewerb. Wir brauchen einen Wettbewerb um die besten Versorgungskonzepte. Das Land will die Krankenhausträger dabei unterstützen und zukunftsfähige Projekte fördern, weil letztlich nur so Spitzenmedizin und ausreichende Versorgung im ganzen Land auf hohem Niveau nachhaltig sichergestellt werden kann“, sagte der Ministerpräsident. Unstrittig sei auch, dass Innovationen im Krankenhausbereich ohne bauliche und technische Erneuerung Stückwerk blieben.

Der Ministerpräsident kündigte an, eine Expertenrunde zur Krankenhauspolitik einzuberufen. Geplant sei mit erfahrenen Verantwortlichen von kommunalen, freigemeinnützigen (i.d.R. Kirchen, Orden oder Stiftungen als Träger; nicht auf Gewinnerzielung ausgerichtet), privaten (in Privatrechtsform mit Gewinnerzielungsabsicht betrieben) und universitären Trägern sowie Experten aus dem Krankenkassenbereich anstehende Fragen zu erörtern.

Krankenhauslandschaft Baden-Württembergs im Veränderungsprozess

In Baden-Württemberg gibt es 278 Krankenhäuser mit rund 63.500 Betten. Auf 10.000 Einwohner kommen damit rund 59 Betten, während die Quote im bundesweiten Durchschnitt bei rund 65 Betten liegt. In den letzten zehn Jahren wurden landesweit etwa zehn Prozent der Betten abgebaut. „Dieser Prozess wird sich fortsetzen. Bis zum Jahr 2010 wird - ausgehend vom Stand 2001 - etwa jedes achte Krankenhausbett wegfallen“, erläuterte Arbeits- und Sozialminister Andreas Renner. Die Krankenhäuser im Land müssten deshalb künftig noch enger zusammenarbeiten, sich austauschen, ihre Kapazitäten anpassen, Kompetenzen abstimmen und Leistungsschwerpunkte bilden. „Moderne patientenorientierte Medizin braucht interdisziplinäre Zusammenarbeit. Jede schwierige Diagnose erfordert die Mitwirkung mehrerer Fachdisziplinen und den zielgerichteten Einsatz modernster Technik. Die immer kürzeren Halbwertszeiten medizinischen Wissens erfordern einen funktionierenden, schnellen und sicheren Wissenstransfer. Wir brauchen deshalb eine vertikale und horizontale Vernetzung“, forderte der Arbeits- und Sozialminister. Hierfür sei Innovationskraft und -bereitschaft unverzichtbare Voraussetzung.

Wirtschaftsfaktor Gesundheit

Die Gesundheitswirtschaft allgemein und damit auch der Krankensektor seien wichtige Faktoren des Wirtschaftsstandorts Baden-Württemberg, betonten Ministerpräsident Günther H. Oettinger und Arbeits- und Sozialminister Andreas Renner. Von 27 Milliarden Euro Gesundheitsausgabe im Jahr würden zehn Milliarden Euro im Krankenhausbereich umgesetzt. „Die Krankenhäuser sind schon jetzt mittelständische Unternehmen mit einem Umsatzvolumen zwischen zehn und 500 Millionen Euro. Sie sichern Arbeitsplätze, Ausbildungsplätze Wertschöpfung und haben Wachstumspotenzial.“

Übersicht über die Zusammensetzung der Arbeitsgruppen

<u>Themenfeld I</u> <u>Sicherstellungsauftrag</u> <u>und Gewährleistung</u> <u>der Daseinsvorsorge</u>	Frage	Namen
Arbeitsgruppe 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ist die Gewährleistung der erforderlichen Krankenhaus-Infrastruktur eine öffentliche Aufgabe und mit welchem Instrumentarium soll sie ggf. erfüllt werden? 2. Soll an der subsidiären Pflichtträgerschaft der Stadt- und Landkreise festgehalten werden? 3. Sollen Land und Kommunen weiterhin Krankenhausträger sein? 	<p><u>Verantwortlich:</u> Herr Dr. Siebig</p> <p><u>Weitere Mitwirkende:</u> Herr Prof. Dr. Bamberg Herr Eidenmüller Herr Gerber Herr Prof. Hekking Herr Dr. Hoberg Herr Prof. Dr. Dr. Seelos Herr Schrade Herr Scheller Herr Weber Herr Wehde</p>
Arbeitsgruppe 2	<ol style="list-style-type: none"> 4. Wie ist die flächendeckende gesundheitliche Daseinsvorsorge zu definieren? 5. Wie soll die Organisation der Notfallversorgung künftig aussehen? 	<p><u>Verantwortlich:</u> Herr Lang</p> <p><u>Weitere Mitwirkende:</u> Herr Prof. Dr. Daub Herr Prof. Dr. Debatin Herr Dr. Dieter Herr Gerber Herr Dr. Hoberg Herr Jung Herr Köblitz Herr Scheller Herr Schillinger</p>

<u>Themenfeld II</u> <u>Träger- und</u> <u>Angebotsstruktur</u>	Frage	Namen
Arbeitsgruppe 3	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="564 394 1050 539">1. Wie soll sich das Land für den Erhalt der in Baden-Württemberg bestehenden Trägervielfalt einsetzen? <li data-bbox="564 573 1050 824">2. Wie soll sich die Zusammenarbeit zwischen Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen träger- und sektorenübergreifend entwickeln? <li data-bbox="564 857 1050 1037">3. Welche Trends und Unternehmensstrategien sind in der Entwicklung der Angebotsstruktur zu unterstützen? 	<p data-bbox="1085 394 1326 472"><u>Verantwortlich:</u> Herr Murawski</p> <p data-bbox="1085 533 1410 1122"><u>Weitere Mitwirkende:</u> Herr Prof. Dr. Daub Herr Debatin Herr Dr. Dieter Herr Geißel Frau Gürkan Herr Jung Herr Dr. Reuther Herr Scheller Herr Schillinger Herr Prof. Dr. Dr. Seelos Herr Wehde</p>
Arbeitsgruppe 4	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="564 1240 1050 1525">4. Welche Änderungen sind in den Bereichen Krankenhaus-, Sozial-, Steuer-, Wettbewerbs-, Leistungs-, Vergabe-, Tarif- und Zusatzversorgungsrecht usw. erforderlich? 	<p data-bbox="1085 1240 1374 1319"><u>Verantwortlich:</u> Herr Prof. Hekking</p> <p data-bbox="1085 1379 1410 1783"><u>Weitere Mitwirkende:</u> Herr Dr. Hoberg Herr Lang Herr Dr. Reuther Herr Scheller Herr Schrade Herr Prof. Dr. Dr. Seelos Herr Siebig</p>

<u>Themenfeld III:</u> <u>Entwicklung der Krankenhaus-</u> <u>finanzierung</u>	Frage	Namen
Arbeitsgruppe 5	<p>1. Welche Schwerpunkte und Anreize soll die staatliche Infrastrukturförderung im Krankenhausbereich setzen?</p> <p>2. Ist die duale Finanzierung noch zeitgemäß?</p>	<p><u>Verantwortlich:</u> Herr Dr. Hoberg</p> <p><u>Weitere Mitwirkende:</u> Herr Murawski Herr Lang Herr Geißel Herr Scheller Herr Schrade Herr Weber Herr Zimmermann</p>
Arbeitsgruppe 6	<p>3. Welche alternativen Finanzierungsformen sind zur Steigerung der Finanzkraft zu unterstützen?</p>	<p><u>Verantwortlich:</u> Frau Gürkan</p> <p><u>Weitere Mitwirkende:</u> Herr Eidenmüller Herr Jung Herr Köblitz Herr Scheller Herr Schillinger Herr Prof. Dr. Dr. Seelos Herr Zimmermann</p>



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

**Grundsatzpapier der
Deutschen Krankenhausgesellschaft**

**zur
aktuellen steuerrechtlichen
Bewertung von Krankenhausleistungen**

Berlin, 2005



Einleitung

Bund und Länder haben die rechtlichen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser in den letzten zehn Jahren erheblich verändert. Sowohl die großen gesundheitspolitischen Vorhaben, als auch mehrere Branchengesetze für den Krankenhausbereich haben zu einer grundsätzlichen Veränderung des sozialrechtlichen Konstruktes „Krankenhaus“ geführt. Hierbei haben sich auch die gesetzlichen Aufgaben der Krankenhäuser verändert. Richtungsweisend war stets das politische Ziel, die strikte Trennung zwischen ambulanter Behandlung in der Praxis und stationärer Behandlung im Krankenhaus zugunsten moderner Behandlungsformen (z.B. Integrierte Versorgung) aufzulösen.

Die rechtlichen Grundlagen für die Besteuerung der Krankenhäuser wurden jedoch nicht an die veränderten Rahmenbedingungen angepasst. Damit entstand ein politischer Widerspruch, indem das geltende Steuerrecht die gesundheitspolitischen Ziele von Bund und Ländern zu konterkarieren droht. Zusätzlich droht den Krankenhäusern durch die Rechtsauslegung der Finanzverwaltung eine steuerliche Überlastung.

Kern der Probleme ist die sezierende Sichtweise der Finanzverwaltung in Verbindung mit der fehlenden Anpassung des Steuerrechtes an die neuen Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Der Krankenhausbetrieb wird in seinen Einzelteilen begutachtet, wobei die klassische stationäre Behandlung die Voraussetzungen sowohl für die Umsatzsteuerbefreiung als auch für eine Behandlung als gemeinnützige Tätigkeit erfüllt.

Die neuen, politisch gewollten Versorgungsformen, wie zum Beispiel die integrierte Versorgung durch vertraglich geregelte Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, unterliegt hingegen – losgelöst vom sonstigen Medizinbetrieb – der Umsatzsteuerpflicht. Dies ist gesundheitspolitisch unsinnig. In gemeinnützigen Krankenhäusern werden diese neuen Versorgungsformen zusätzlich als nicht gemeinnützige Tätigkeit der Ertragssteuerpflicht unterworfen. Dies schafft Wettbewerbsverzerrungen zwischen gemeinnützigen und gewinnorientierten Krankenhäusern.

Den Krankenhäusern wird aktuell und auf Jahre hinaus äußerste Flexibilität bei der Umstellung auf ein völlig verändertes Vergütungssystem abverlangt. Um nun sicherzustellen, dass diese Umstellung ohne negative Auswirkung auf die gesundheitliche Versorgung bewältigt werden kann, sind angemessene Bestimmungen im Steuerrecht erforderlich. Die notwendigen Änderungen müssen sofort vorgenommen werden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft erläutert nachstehend im Einzelnen, welche Gesetzesänderungen bzw. Änderungen der Umsatzsteuerrichtlinien 2005 sowie Klarstellungen seitens des BMF notwendig sind, um den politischen Widerspruch zwischen Gesundheits- und Steuerpolitik aufzulösen. Dabei muss insbesondere die Grundlage für die Befreiung der Krankenhäuser von der Umsatz- und Ertragssteuer an die veränderten gesetzlichen Aufgaben angepasst werden.

Überblick

Allgemeiner Teil.....	4
• Änderung der Krankenhausstruktur	4
• Gemeinnützigkeitsrecht	4
• Umsatzsteuerrecht.....	4
• Fazit	5
• Forderung	6
Notwendige Änderungen im Einzelnen	7
A. Krankenhausindividuelle Besteuerung.....	7
I. Ertragsteuerlicher Bereich	7
1. Vorbemerkung.....	7
2. Zweckbetriebscharakter von Krankenhäusern	8
3. Änderungen der rechtlichen und tatsächlichen Rahmenbedingungen	9
4. Anpassung des § 67 AO	9
II. Umsatzsteuerlicher Bereich.....	11
1. Problemstellung	11
2. Anpassung/Änderung der Umsatzsteuerrichtlinien 2005.....	12
3. Anmerkungen zur Anpassung / Änderung der Umsatzsteuerrichtlinie 2005 ...	13
B. Besteuerung der Selbstverwaltungsinstitute	16



Allgemeiner Teil

Wegen der erheblichen Veränderungen im Gesundheitssystem insbesondere im Krankenhaussektor führt die veraltete bzw. nicht entsprechend angepasste steuerrechtliche Gesetzeslage zur Zeit zu einer Rechtsauffassung der Finanzverwaltungen, die zum einen kontraproduktiv und zum anderen aus finanzieller Sicht für die Krankenhäuser nicht tragbar ist. Die Krankenhäuser sind aufgrund der finanziellen Unwägbarkeiten im Rahmen der Scharfschaltung des neuen Fallpauschalen-Systems dringend auf verlässliche und systemgerechte steuerrechtliche Rahmenbedingungen angewiesen. Die fehlende Anpassung des Steuerrechts auf die gesundheitspolitischen Vorgaben der letzten Jahre führt zu einer großen Unsicherheit bei der Besteuerung im Krankenhausbereich, so dass Klarstellung seitens des Gesetzgebers und Verordnungsgebers im Bereich der Gemeinnützigkeit sowie der Umsatzsteuer zwingend erforderlich ist.

Änderung der Krankenhausstruktur

Umfassende und weit reichende Strukturänderungen erfolgten durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992 (BGBl. I S. 2266), das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626) und das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190). Speziell im Krankenhausbereich wurden durch das Fallpauschalengesetz vom 23.04.2002, das Fallpauschalenänderungsgesetz vom 17.07.2003 und das Zweite Fallpauschalenänderungsgesetz vom 15.12.2004 grundlegende Änderungen in der Finanzierung der Krankenhäuser vorgenommen. Diese Gesetzesänderungen insbesondere die hierbei festgelegte Aufweichung der traditionellen sektoralen Grenzen im Bereich der Leistungserbringer haben das sozialrechtlich festgesetzte Rechtskonstrukt „Krankenhaus“ in den letzten 13 Jahren entscheidend verändert.

Gemeinnützigkeitsrecht

Der seit 1977 inhaltlich unverändert geltende § 67 der Abgabenordnung (AO) basiert auf der Grundlage des damals herrschenden monolithischen Krankenhausbetriebes, in welchem im überwiegenden Maße stationäre Leistungen angeboten wurden. Dies entspricht jedoch nicht mehr den aktuellen Verhältnissen des durch sozialrechtliche Rahmenbedingungen festgelegten Krankenhausbetriebes.

Aufgrund des in den Artikeln 20 Absatz 1 und 28 Absatz 2 des Grundgesetzes festgeschriebenen Sozialstaatsprinzips ist der Staat verpflichtet, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern sicherzustellen. Diese Aufgabe kann er über die öffentlichen Krankenhäuser oder durch Gewährung bzw. Beauftragung von privaten oder freigemeinnützigen Krankenhäusern unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Trägervielfalt erfüllen. Die freigemeinnützigen Krankenhäuser, welche mit dem Krankenhausbetrieb keine oder nicht in erster Linie erwerbswirtschaftliche Ziele verfolgen, sollen bezüglich dieser dem Wohle der Allgemeinheit dienenden Privatinitiative durch die speziellen gemeinnützigkeitsrechtlichen Steuervergünstigungen des § 67 AO gefördert werden. Die Gemeinnützigkeit ist auch heute noch für eine erhebliche Zahl der Krankenhausträger von besonderer Bedeutung. Eine schnelle und drastische Änderung im Bereich der Gemeinnützigkeit würde wegen der finanziellen Folgen zu erheblichen strukturellen Auswirkungen im Krankenhausbereich führen.

Umsatzsteuerrecht



Der Gesetzgeber hatte in der Vergangenheit in einer Grundsatzentscheidung diverse Gesundheitsleistungen umsatzsteuerlich privilegiert, um eine Kostensenkung im Gesundheitssystem zu erreichen. Die diesbezüglichen Umsatzsteuerbefreiungstatbestände dienten zur Absenkung der Kosten zu Gunsten der Patienten und Sozialversicherungsträger.

Die vom Gesetzgeber durch die oben aufgeführten Strukturgesetze beabsichtigte Förderung der arbeitsteiligen Leistungserbringung soll bewirken, dass in Zukunft zunehmend Leistungen, die traditionell vom Leistungserbringer allein erbracht wurden, nunmehr von den Leistungserbringern sektorübergreifend als gemeinsame Leistung gegenüber den Patienten erbracht werden. Aus formaljuristischer Sicht sollen diese Leistungen nach Auffassung der Finanzbehörden aus der Steuerprivilegierung ausscheiden. Dies führt zu einer erheblichen Kostenerhöhung, da in diesen Bereichen regelmäßig keine Vorsteuerentlastung möglich ist.

Die durch diese Steuerbelastung entstehenden Mehrkosten führen bei gleich bleibender Vergütung zu Verlusten bei den Leistungserbringern oder bei entsprechender Abwälzung auf die Leistungsempfänger zu einer Mehrbelastung von Patienten und Sozialversicherungsträgern.

Soweit die Krankenhäuser die zusätzliche Umsatzsteuerbelastung systemkonform auf die gesetzlichen Sozialversicherungsträger z.B. im Bereich der Arzneimittellieferungen an ambulante Patienten abwälzen, wird das Sozialbudget und damit die Solidargemeinschaft belastet. Dies widerspricht dem erklärten Ziel der Bundesregierung die Sozialbeiträge – wesentlicher Anteil der Lohnkosten – zu stabilisieren.

Soweit die Abwälzung aus finanzierungsrechtlichen Gründen nicht möglich ist, kommt es zu einer Kostenbelastung der Leistungserbringer, welche soweit eine Wahlmöglichkeit besteht, diese Leistungen aus ökonomischen Gesichtspunkten nicht erbringen werden.

Im Ergebnis wirkt sich diese umsatzsteuerrechtliche Gesetzeslage hemmend auf die von der Gesundheitspolitik gewollte kooperative Leistungserbringung aus, da diese wegen der zusätzlichen Kosten durch Besteuerung der Personal- und Sachmittelgestellung aus ökonomischen Gründen nicht genutzt werden und damit die gewünschten Effekte der Rationalisierung als auch der Qualitätsverbesserung konterkarieren. Kooperative sektorübergreifende Leistungen müssen daher zukünftig auch von den gewollten Entlastungseffekten erfasst werden.

Fazit

Die Änderungen durch die Umsatzsteuer-Richtlinien 2005 (UStR 2005) sowie die aktuelle Auffassung der Finanzverwaltung im Bereich des Umsatzsteuer- und Gemeinnützigkeitsrechts stehen zum einen im Widerspruch zu den Vorgaben des nationalen Gesetzgebers, den Vorgaben der 6. EG-Richtlinie und teilweise bereits der finanzgerichtlichen Rechtssprechung. Zum anderen werden die vom Gesetzgeber gewollten Ziele im Gesundheitssektor durch die restriktive steuerrechtliche Auslegung der Finanzverwaltung insbesondere hinsichtlich der Umsatzsteuerpflichtigkeit bei Lieferungen durch die Krankenhausapotheken und bei sektorübergreifenden Leistungen sowie der diesbezüglichen Verneinung der Gemeinnützigkeit unterwandert. Darüber hinaus führt dies zu – kaum gewollten – erheblichen zusätzlichen Belastungen der Krankenhäuser, der Solidargemeinschaft und der Patienten.

Forderung

Nach Jahren der Budgetdeckelung sind die Krankenhäuser durch die gesetzlichen Finanzierungsgrundlagen an der Grenze ihrer finanziellen Belastbarkeit, so dass zusätzliche steuerliche Belastungen nicht mehr tragbar sind. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert daher:

Anpassung der steuerrechtlichen Vorgaben an die grundlegend veränderte Krankenhausstruktur und gesetzlichen Aufgaben der Selbstverwaltung, insbesondere durch

- **Stabilität der bei den Krankenhäusern anfallenden Kosten**
 - durch eine auf die sozialrechtlich vorgegebene Leistungsstruktur der Krankenhäuser angepasste Umsatzsteuerbefreiung
- **Stabilität der bei den Krankenhäusern anfallenden Erträge**
 - durch eine systemkonforme Anpassung der gemeinnützigkeitsrechtlichen Bestimmungen
- **Systemgerechte Besteuerung der Selbstverwaltungsinstitute**
 - durch entsprechende Anpassung der gemeinnützigkeits- sowie umsatzsteuerrechtlichen Regelungen

Die dafür notwendigen konkreten Änderungen in der Abgabenordnung und in den Umsatzsteuerrichtlinien 2005 sowie die erforderlichen Klarstellungen durch das Bundesministerium für Finanzen sind den weiteren Ausführungen zu entnehmen.



Notwendige Änderungen im Einzelnen

A. Krankenhausindividuelle Besteuerung

I. Ertragsteuerlicher Bereich

1. Vorbemerkung

Die Definition des Krankenhausbetriebes hält in steuerlicher Hinsicht nicht mehr Schritt mit den gesundheitspolitischen Entwicklungen im Sinne einer vernetzten, qualitativ hochwertigen Versorgung mit Gesundheitsleistungen. Seitens der Finanzbehörden ist eine zunehmende Zerstückelung des Zweckbetriebes Krankenhaus in einzelne, steuerlich unterschiedlich relevante Leistungsbereiche zu erkennen. Dies schlägt sich nieder in einer zunehmenden Qualifikation einzelner Tätigkeiten als steuerpflichtige wirtschaftliche Geschäftsbetriebe.

Dies hat zur Folge, dass der in § 67 AO beschriebene Umfang des Zweckbetriebes in gemeinnütziger Trägerschaft bzw. die Privilegierung durch § 67 AO auch für private Träger immer weiter eingeschränkt wurde. Diese den Zweckbetrieb sezierende Betrachtung der Finanzverwaltung und die Vorgaben des Bundesgesetzgebers im Bereich der Steuern geht an diesen Vorgaben jedoch vollends vorbei.

Dies wird unter anderem im Bereich der ambulanten Behandlung ersichtlich. Wegen der Zulassungsvoraussetzungen im niedergelassenen Bereich ist es für den Krankenhausträger oft rechtlich nicht möglich die Leistungen – wegen des von Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vorgeschriebenen Vorrangs der persönlichen Ermächtigung – selbst zu erbringen, so dass sie die Chefarzte zwangsläufig einbinden müssen. Nur der Zweckbetrieb Krankenhaus kann mit seinen Mitteln (Freistellung des Chefarztes, notwendige Infrastruktur, etc.) die eingeschränkte vertragsärztliche Versorgung erbringen. Der angestellte Chefarzt selbst, würde aus ökonomischer Sicht diese beschränkte Betätigung – ohne weiteres Anstellungsverhältnis im Krankenhaus und die günstigen Konditionen des Krankenhauses – nicht annehmen. Die Auffassung, dass dies dann nicht mehr Teil des Zweckbetriebes ist, unterstellt eine Wahlfreiheit des Krankenhausträgers solche Leistungen selber zu erbringen, die real nicht vorhanden ist.

Dabei stellt sich für die gemeinnützigen Krankenhausträger noch das besondere Problem, dass z. B. bei der Erbringung von Wahlleistungen bewusst eine „Quersubventionierung“ der gesetzlichen Krankenkassen durch Privatpatienten und deren Versicherer vom Gesetzgeber normiert wurde. Die in den Finanzierungsvorschriften einkalkulierte Fehlbeträge (Kostenabzüge nach K5 Nrn. 5 und 7 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung) im Budget müssen durch die erzielten Überschüsse abgedeckt werden. Der Gesetzgeber hat in diesem Bereich unterstellt, dass diese Überschüsse auch zur Verfügung stehen. Dies ist jedoch nicht der Fall, wenn diese der Ertragsbesteuerung unterworfen werden.

Das führt im Ergebnis zu einer Schlechterstellung der gemeinnützigen Krankenhausträger gegenüber nicht gemeinnützigen Trägern, da der Verlust im Zweckbetrieb bei der Besteuerung unberücksichtigt bleibt, der Ertrag aus wirtschaftlichen Geschäftsbetrieben aber voll der Steuer unterworfen wird. Bei den nicht gemeinnützigen Trägern wird nur der - nach Verlustsaldierung mit dem negativen Budgetbereich - niedrigere Saldo besteuert. Dies führt zu einer klaren Wettbewerbsverzerrung.



Dieser Wettbewerbsverzerrung kann sich ein gemeinnütziger Träger natürlich grundsätzlich durch bewusste Aufgabe seiner Gemeinnützigkeit entziehen. Der (gewollte oder ungewollte) Verlust der Gemeinnützigkeit führt aber u. U. zu erheblichen Körperschaftsteuerbelastungen, weil nach den insoweit zwingenden Vorschriften des Gemeinnützigkeitsrechts der Verzicht auf die Gemeinnützigkeit eine Körperschaftsteuerpflicht für die in den letzten 10 Jahren erzielten Gewinne auslöst. Hinzu kommen ggf. Zinsen, die auf die Körperschaftsteuernachzahlungen entrichtet werden müssen. Außerdem entfällt für die Zukunft die Möglichkeit der Finanzierung der (bisher gemeinnützigen) Krankenhäuser durch steuerwirksame und schenkungsteuerfreie Spenden. Es ist im Falle des Verlustes der Gemeinnützigkeit im Übrigen auch nicht ausgeschlossen, dass bisher gewährte öffentliche Zuschüsse zurückgezahlt werden müssen.

2. Zweckbetriebscharakter von Krankenhäusern

Die Voraussetzungen einer möglichen ertragsteuerlichen Begünstigung von Krankenhäusern sind in § 67 Abgabenordnung (AO) abschließend geregelt. § 67 AO bestimmt den Zweckbetriebscharakter von Krankenhäusern nach im Einzelnen kodifizierten Merkmalen. Die Anwendung der Vorschrift setzt das Vorhandensein eines Krankenhauses im Sinne von § 2 Nr. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) voraus.

Der Gesetzgeber qualifiziert in § 67 AO in bewusster Abgrenzung zu § 65 AO den wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb Krankenhaus als steuerbegünstigten Zweckbetrieb. Eine Prüfung der allgemeinen Voraussetzungen eines Zweckbetriebs gemäß § 65 AO, die weit über die Voraussetzungen von § 67 AO hinausgeht, hat nicht zu erfolgen (vgl. Urteil des BFH vom 4.6.2003, Az. I R 25/02). In der geltenden Fassung von § 67 AO wird derzeit unterschieden zwischen Krankenhäusern, die in den Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) fallen (§ 67 Abs. 1 AO) und Krankenhäusern, die nicht in den Anwendungsbereich der BPfIV fallen (§ 67 Abs. 2 AO). Nach § 67 Abs. 1 AO ist ein Krankenhaus, das in den Anwendungsbereich der BPfIV fällt, ein Zweckbetrieb, wenn mindestens 40 % der jährlichen Pflage tage (Mitternachtsbestand) auf Patienten entfallen, bei denen nur Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen (§§ 11, 13, 26 BPfIV a. F.) berechnet werden.

Ein Krankenhaus, das nicht in den Anwendungsbereich der BPfIV fällt, ist nach § 67 Abs. 2 AO ein Zweckbetrieb, wenn mindestens 40 % der jährlichen Pflage tage auf Patienten entfallen, bei denen für die Krankenhausleistungen kein höheres Entgelt berechnet wird, als nach § 67 Abs. 1 AO für ein Krankenhaus zulässig ist, das in den Anwendungsbereich der BPfIV fällt.

Allgemeine Krankenhausleistungen sind nach § 2 Abs. 2 BPfIV 2004 / § 2 Abs. 2 KHEntgG die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses für einen nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind. Dazu rechnen insbesondere ärztliche Leistungen, Pflege und Versorgung mit Arzneimitteln, Unterkunft und Verpflegung, aber auch die während des Krankenhausaufenthaltes durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter und die aus medizinischen Gründen notwendigen Mitaufnahmen einer Begleitperson des Patienten.

Neben den allgemeinen Krankenhausleistungen können auch so genannte Wahlleistungen gesondert berechnet werden. Entfallen jedoch mehr als 60 % der jährlichen Pflage tage auf Patienten, die Wahlleistungen nach § 22 BPfIV / § 17 KHEntgG in Anspruch nehmen, ist dies steuerschädlich.



3. Änderungen der rechtlichen und tatsächlichen Rahmenbedingungen

Die vorstehend skizzierten Regelungstatbestände von § 67 AO entsprechen wie oben dargestellt nach Zweck und Wortlaut nicht mehr den gesetzlichen Rahmenbedingungen und tatsächlichen Aufgabenstellungen von Krankenhäusern in einem modernen System der Gesundheitsversorgung.

Die derzeit zu beobachtende Entwicklung führt zu einer zunehmenden partiellen Ertragsteuerpflicht in Bereichen, die nach der allgemeinen Verkehrsauffassung zum Leistungsspektrum eines modern wirtschaftenden und qualitativ hochwertigen Krankenhauses gehören. Dies gilt insbesondere für das Leistungsangebot in verschiedenen teilstationären und ambulanten Sektoren oder bei einer fach- bzw. sektorenübergreifenden Behandlung der Patienten im Rahmen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung als Medizinisches Versorgungszentrum (§ 95 SGB V) und der Integrierten Versorgung (§ 140 a SGB V). Ebenso ist fraglich, ob die Aufgriffsgrenze von 40 % der jährlichen Pflegetage betreffend Patienten, bei denen nur Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen berechnet werden, weiterhin Anwendung finden kann.

Spätestens für die Zeit ab 1. Januar 2004 ist mit § 17 b Abs. 1 Satz 1 KHG für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem eingeführt worden, wovon allerdings psychiatrische Einrichtungen sowie Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin ausgenommen worden sind. Mit diesen Entgelten werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Die Vergütungen umfassen wie bisher allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden insbesondere mit Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog abgerechnet, ggf. erhöht um bestimmte Zuschläge, z. B. Ausbildungsstätten, oder verringert um bestimmte Abschläge, z. B. im Rahmen der Qualitätssicherung. Die bisherigen Regelungen des § 67 AO gehen zumindest für die Zeit ab 1. Januar 2004 ins Leere, wenn man von dem bereits angesprochenen Kreis psychiatrischer Einrichtungen sowie der Einrichtung für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin absieht.

4. Anpassung des § 67 AO

Vor diesem formellen Hintergrund sowie der skizzierten, nicht vertretbaren Zerstückelung der Einheit Krankenhaus im Rahmen eines durch die Sozialgesetzgebung vorgegebenen Leistungsrahmen ist:

- eine redaktionelle Anpassung von § 67 AO an die Vorschriften des neuen Entgeltsystems,
- eine Neubestimmung der Bezugsgröße als Kriterium für eine Anerkennung des Krankenhauses als steuerbegünstigter Zweckbetrieb,
- eine Ausdehnung des Zweckbetriebscharakters auf das gesundheitspolitisch geforderte und im Sozialrecht kodifizierte umfassende Leistungsangebot eines Krankenhauses und
- eine Ausdehnung des Zweckbetriebscharakters auf unmittelbar und mittelbar mit dem Krankenhausbetrieb zusammenhängende Leistungsbereiche (z. B. Tätigkeiten der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte im stationären und ambulanten Bereich, Kooperationsleistungen)

zwingend notwendig.



Hiervon ausgenommen bleiben selbstverständlich diejenigen Bereiche, mit denen der Zweckbetrieb Krankenhaus in direkter Wettbewerbssituation mit anderen Leistungsanbietern steht (z. B. Cafeteria, Medikamentenversorgung für Einrichtungen anderer Krankenhausträger).

Um die Vorschrift des § 67 AO mit den Regelungen der Krankenhausfinanzierung in Übereinstimmung zu bringen sowie die gesundheitspolitischen Vorgaben durch ein umfassendes Angebot verschiedenster Gesundheitsleistungen aufrecht zu erhalten bzw. umzusetzen, wird unter Berücksichtigung des Tatbestandes, dass ein fallbezogenes Kriterium als Maßstab für das Vorliegen des Zweckbetriebcharakters nur im Bereich vollstationärer Leistungen – und auch dort nur partiell – praktikabel ist, folgende Formulierung für § 67 AO vorgeschlagen:

§ 67 Krankenhäuser

- (1.) *Ein Krankenhaus, das in den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes oder der Bundespflegesatzverordnung fällt, ist ein Zweckbetrieb, wenn mindestens 40 % der Erträge aus allgemeinen Krankenhausleistungen auf Leistungen entfallen, die gegenüber Sozialleistungsträgern berechnet werden.*
- (2.) *Ein Krankenhaus, das nicht in den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes oder der Bundespflegesatzverordnung fällt, ist ein Zweckbetrieb, wenn mindestens 40 % der Erträge aus allgemeinen Krankenhausleistungen auf Leistungen entfallen, bei denen kein höheres Entgelt als nach Abs. 1 berechnet wird.*
- (3.) *Zu den Leistungen des Zweckbetriebes Krankenhaus gehören insbesondere:*
 - a) *die Leistungen nach § 2 KHEntgG und § 2 BPflV;*
 - b) *die Leistungen von Krankenhäusern nach dem Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V), dies sind insbesondere:*
 1. *die Leistungen des Krankenhauses im Rahmen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (§ 95 SGB V),*
 2. *die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (§ 115 a SGB V),*
 3. *das ambulante Operieren im Krankenhaus (§ 115 b SGB V),*
 4. *die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung (§ 116 a SGB V),*
 5. *die ambulante Behandlung im Krankenhaus (§ 116 b SGB V),*
 6. *die Leistungen der Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V),*
 7. *die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V),*
 8. *die Leistungen der sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V),*
 9. *die Abgabe von Heilmitteln als Dienstleistung (§ 124 SGB V),*
 10. *die Leistungen des Krankenhauses im Rahmen der Integrierten Versorgung (§ 140 a SGB V);*
 - c) *die Versorgung ambulanter Patienten des Krankenhauses sowie der Krankenhausärzte mit Medikamenten durch die eigene Krankenhausapotheke;*
 - d) *die Personal- und Sachmittelgestellung an Einrichtungen zur Erbringung von Heilbehandlungen insbesondere an angestellte Ärzte für deren selbständige Tätigkeit, an Krankenhäuser, an Medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 SGB V, an Gemeinschaften von Leistungserbringern in der Integrierten Versorgung und deren Gemeinschaften gemäß § 140 b SGB V, an Belegärzte und an niedergelassene Ärzte und deren Gemeinschaften.*



II. Umsatzsteuerlicher Bereich

1. Problemstellung

Die Änderungen der Umsatzsteuerrichtlinien mit Wirkung ab dem 01.01.2005 sowie weitere umsatzsteuerliche Bewertungen von Leistungen steuerbegünstigter Krankenhäuser durch die Finanzverwaltung unterstellen eine Umsatzsteuerpflicht diverser aufgegriffener Leistungen. Diese umsatzsteuerliche Einordnung führt in wesentlichen Bereichen zu einer enormen finanziellen Belastung des Gesundheitswesens, da die Verneinung der Umsatzsteuerfreiheit von Leistungen eines Krankenhauses dazu führt, dass die Entgelte entsprechend erhöht werden müssen, wenn die Krankenhäuser als Leistungserbringer verhindern wollen, dass sie durch Herausrechnung der Umsatzsteuer aus den vereinnahmten Entgelten belastet werden. Eine Erhöhung der Entgelte führt mangels Vorsteuerabzugsberechtigung der Leistungsempfänger zu einer Belastung der Kostenträger (in der Regel Sozialversicherungsträger bzw. private Krankenversicherungen) und damit zu einer Verteuerung von Heilbehandlungen.

Diese Entwicklung steht insbesondere im Bereich der vom Gesetzgeber zur Minderung der Kosten im Gesundheitswesen gewollten Kooperationen von Krankenhäusern mit Vertragsärzten und Belegärzten (vgl. §§ 95, 115, 121 und 140a ff. SGB V, § 19 KHEntG) im Widerspruch. Bei diesen Kooperationen führt eine Umsatzsteuerpflicht zu einer Verteuerung der Heilbehandlungen durch Umsatzsteuer, obwohl die den Patienten zugute kommenden Heilbehandlungen, würden sie von den Vertragspartnern alleine erbracht, nach § 4 Nr. 16 bzw. § 4 Nr. 14 UStG steuerbefreit wären.

Vor dem Hintergrund aktueller Urteile des Europäischen Gerichtshofs sind diese Entwicklungen nicht akzeptabel und ist eine Änderung und Ergänzung der Umsatzsteuerrichtlinien 2005 sowie eine Klarstellung für bereits erbrachte Leistungen dringend erforderlich.

So hat der Europäische Gerichtshof mehrfach entschieden, dass die maßgebliche Zielsetzung von Artikel 13 A Abs. 1 lit. b) der 6. EG-Richtlinie darin liegt, **dass Heilbehandlungen nicht durch Umsatzsteuer verteuert werden**. Artikel 13 A Abs. 1 lit. b) der 6. EGRL bezweckt eine Entlastung der Sozialversicherungsträger. Der Zugang zu Heilbehandlungen soll nicht dadurch erschwert werden, dass höhere Kosten dadurch entstehen, dass die Leistungen selbst oder eng verbundene Umsätze mit Umsatzsteuer belastet werden (vgl. EuGH-Urteile vom 10.09.2002 - Rs. C-141/00, UR 2002, 513; 11.01.2001 - Rs. C-76/99, UR 2001, 62; 20.11.2003 - Rs. C-307/01, UR 2004, 75; 20.11.2003 - Rs. C-212/01, UR 2004, 70; 06.11.2003 - Rs. C-45/01, UR 2003, 584).

Liegen Heilbehandlungen vor, d.h. dienen Maßnahmen dem Zweck der Diagnose, der Behandlung und, soweit möglich, der Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen, dann greift die Steuerbefreiung von Art. 13 A Abs. 1 lit. b) und c) 6. EGRL, auch wenn die Maßnahmen auf Veranlassung eines Dritten erbracht werden, soweit der Hauptzweck der Maßnahmen der Gesundheitsschutz des versorgten Patienten ist (vgl. EuGH-Urteil vom 20.11.2003 - Rs. C-307/01, UR 2004, 75).

2. Anpassung/Änderung der Umsatzsteuerrichtlinien 2005

Vor diesem Hintergrund fordert die DKG eine umgehende Anpassung bzw. Änderung der Umsatzsteuerrichtlinien 2005 und schlägt insoweit folgenden Wortlaut von Abschn. 100 UStR vor):

100. Eng verbundene Umsätze

(1) Mit dem Betrieb der in § 4 Nr. 16 UStG bezeichneten Einrichtungen sind solche Umsätze eng verbunden, die für diese Einrichtungen nach der Verkehrsauffassung typisch und unerlässlich sind, regelmäßig und allgemein beim laufenden Betrieb vorkommen und damit unmittelbar oder mittelbar zusammenhängen (vgl. BFH-Urteil vom 1.12.1977 - BStBl 1978 II. S. 173). Die Umsätze dürfen nicht im Wesentlichen dazu bestimmt sein, den Einrichtungen zusätzliche Einnahmen durch Tätigkeiten zu verschaffen, die in unmittelbarem Wettbewerb zu steuerpflichtigen Umsätzen anderer Unternehmer stehen. Daher sind derartige Leistungen nicht mehr nach § 4 Nr. 16 UStG steuerfrei, wenn eine vergleichbare Leistung nach § 4 Nr. 14 UStG steuerpflichtig ist.

(2) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 können zu den eng verbundenen Umsätzen gehören:

1. die stationäre oder teilstationäre Aufnahme von Patienten, deren ärztliche und pflegerische Betreuung einschließlich der Lieferungen der zur Behandlung erforderlichen Medikamente;
2. die Behandlung und Versorgung ambulanter Patienten einschließlich der Lieferung der zur Behandlung erforderlichen Medikamente;
3. die Lieferungen von Körperersatzstücken und orthopädischen Hilfsmitteln, soweit sie unmittelbar mit einer Heilbehandlung durch das Krankenhaus, durch die Diagnosekliniken usw. in Zusammenhang stehen;
4. die Überlassung von Einrichtungen und medizinisch-technischen Geräten und damit verbundene Gestellungen von medizinischem Hilfspersonal an angestellte Ärzte für deren selbständige Tätigkeit, an Krankenhäuser, an Medizinische Versorgungszentren gem. § 95 SGB V, an Gemeinschaften von Leistungserbringern in der integrierten Versorgung und deren Gemeinschaften gem. § 140 b SGB V, an Belegärzte und an niedergelassene Ärzte und deren Gemeinschaften zur Mitbenutzung, sowie im Rahmen von Organentnahmen,
5. die Lieferungen von Gegenständen des Anlagevermögens, z.B. Röntgeneinrichtungen, Krankenfahrstühle und sonstige Einrichtungsgegenstände. Wegen der Veräußerung des gesamten Anlagevermögens siehe jedoch Absatz 3 Nr. 5 ;
6. die Lieferungen von Gegenständen, die im Wege der Arbeitstherapie hergestellt worden sind, sofern kein nennenswerter Wettbewerb zu den entsprechenden Unternehmen der gewerblichen Wirtschaft besteht. Ein solcher Wettbewerb ist anzunehmen, wenn für den Absatz der im Wege der Arbeitstherapie hergestellten Gegenstände geworben wird;
7. die Abgabe von ärztlichen Gutachten gegen Entgelt, sowie die Durchführung von ärztlichen Untersuchungen und Laborleistungen, unabhängig vom Veranlasser der Leistungen, wenn bei den Leistungen ein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht;
8. die Gestellung von Ärzten und von medizinischem Hilfspersonal durch Krankenhäuser, Diagnosekliniken usw. an andere Einrichtungen, soweit diese der Heilbehandlung im Bereich der Humanmedizin dienen.



- (3) Nicht zu den eng verbundenen Umsätzen gehören insbesondere:
1. die entgeltliche Abgabe von Speisen und Getränken an Besucher;
 2. die Lieferungen von Arzneimitteln an das Personal oder Besucher;
 3. die Arzneimittellieferungen einer Krankenhausapotheke an Krankenhäuser anderer Träger (BFH-Urteil vom 18.10.1990 - BStBl. 1991 II S. 268) und an öffentliche Apotheken. Auch die Steuerbefreiung nach § 4 Nr. 18 UStG kommt insoweit nicht in Betracht (vgl. Abschnitt 103 Abs. 13);
 4. die Leistungen der Zentralwäschereien (vgl. BFH-Urteil vom 18.10.1990 - BStBl. 1991 II S. 157). Dies gilt sowohl für die Fälle, in denen ein Krankenhaus oder ein Heim in seiner Wäscherei auch die Wäsche anderer Krankenhäuser und Heime reinigt, als auch für die Fälle, in denen die Wäsche mehrerer Krankenhäuser oder Heime in einer verselbständigten Wäscherei gereinigt wird. Auch die Steuerbefreiung nach § 4 Nr. 18 UStG kommt nicht in Betracht (vgl. Abschnitt 103 Abs. 13);
 5. die Veräußerung des gesamten beweglichen Anlagevermögens und der Warendorräte nach Einstellung des Betriebes (BFH-Urteil vom 1.12.1977 - BStBl. 1978 S. 173). Es kann jedoch die Steuerbefreiung nach § 4 Nr. 28 UStG in Betracht kommen (vgl. Abschnitt 122).

Hinsichtlich dieser umsatzsteuerlichen Einordnungen ist zudem sicherzustellen, dass bis zu einer Änderung der Umsatzsteuerrichtlinien alle noch nicht bestandskräftig veranlagten Sachverhalte entsprechend von der Finanzverwaltung behandelt werden.

3. Anmerkungen zur Anpassung / Änderung der Umsatzsteuerrichtlinie 2005

a) Zu Abschn. 100 Abs. 2 Nr. 2 UStR 2005

Die Behandlung ambulanter Patienten stellt aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen einen originären Teil der Versorgungsleistungen der Krankenhäuser dar (vgl. etwa §§ 115a - 119 SGB V).

Bis auf die Fälle der so genannten Chefarztambulanzen (§ 116 SGB V) schließt das Krankenhaus in diesen Bereichen unmittelbar eigene Behandlungsverträge mit den ambulanten Patienten ab. Medizinische Versorgungsleistungen werden unmittelbar vom Krankenhaus gegenüber den Patienten erbracht.

Die ärztlichen und pflegerischen Leistungen inkl. der notwendigen Arzneimittelversorgungen sind Krankenhausleistungen, die hilfsbedürftigen Personen zugute kommen, was bereits die Übernahme der Kosten für Behandlung und Arzneimittelversorgung durch die Sozialversicherungsträger zeigt.

Durch die Ermöglichung ambulanter Leistungen bezweckte der Gesetzgeber, den Krankenhäusern die Möglichkeit zu eröffnen, über ihren Versorgungsauftrag zur stationären Versorgung auch ambulante Versorgungsleistungen vorzunehmen (vgl. BT-Drucksachen 15/1525). Aufgrund der entsprechenden Änderungen des Apothekengesetzes hat der Gesetzgeber klargestellt, dass die Krankenhausapotheken als unselbständige Untergliederungen der Krankenhäuser, an dieser ambulanten Versorgung teilnehmen. Die Arzneimittelabgaben an ambulante Patienten sind somit Teil der medizinischen Versorgungsleistungen des Krankenhauses gem. § 67 AO und somit Teil der vom Europäischen Gerichtshof zur Erlangung der Umsatzsteuerfreiheit geforderten Maßnahmen zur Behandlung von Gesundheitsstörungen.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber die Arzneimittelabgabemöglichkeiten von Krankenhausapotheken bewusst an enge Voraussetzungen gebunden



hat. So ist eine Arzneimittelabgabe an ambulant behandelte Patienten nur in den Räumen des Krankenhauses möglich. Diese Einschränkungen stellen entsprechend dem Willen des Gesetzgebers die Gleichheit des Wettbewerbs zu öffentlichen Apotheken sicher, wobei auch der Gesetzgeber von einer Umsatzsteuerfreiheit der Arzneimittelabgaben durch eine Krankenhausapotheke ausgeht, wie die Gesetzesbegründung zu § 14 Abs. 4 ApoG zeigt (vgl. BT-Drucksache 15/1525).

Bei der Versorgung ambulanter Patienten im Krankenhaus ist zudem eine Anwendbarkeit der Grundsätze des in Abschn. 100 Abs. 2 Nr. 3 UStR zitierten BFH-Urteils vom 18.10.1990 (BStBl. 1991 II, 268) nicht möglich, da im Urteilsfall Arzneimittelabgaben an Krankenhäuser anderer Träger betroffen waren, so dass unmittelbare Umsätze an Patienten des eigenen Krankenhauses nicht vorlagen. Dies ist bei der ambulanten Behandlungen und Versorgung von Patienten jedoch - wie gezeigt - anders zu beurteilen.

Gleiches gilt für die Arzneimittelversorgung von Patienten, die in so genannten Chefarztambulanzen ambulant versorgt werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Arzneimittelversorgung dieser Patienten aus arzneimittelrechtlichen bzw. apothekenrechtlichen Gründen nur eine unmittelbare Leistung der Krankenhausapotheke an den ambulanten Patienten sein kann. Nur das Krankenhaus kann gem. § 129a SGB V einen Vertrag über die "Abgabe von Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke an Versicherte" abschließen und erhält aus diesem Vertrag einen Entgeltanspruch.

Daher ist davon auszugehen, dass die Leistungen der Krankenhausapotheken an ambulante Patienten entsprechend den Grundsätzen der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs gem. § 4 Nr. 16 UStG steuerbefreit sind.

Eine Umsatzsteuerpflicht der Arzneimittelversorgung von im Krankenhaus ambulant behandelten Patienten würde eine Verteuerung der Versorgungsleistungen von Krankenhäusern mit Umsatzsteuer zulasten der Sozialversicherungsträger bedeuten und damit der klar definierten Zielsetzung der 6. EGRL, d.h. der Entlastung der Sozialversicherungsträger, widersprechen.

b) Zu Abschn. 100 Abs. 2 Nr. 4 und 5

Die Beschränkung der Umsatzsteuerfreiheit auf die Überlassung von Einrichtungen an angestellte Ärzte sowie auf medizinisch-technische Großgeräten ist steuersystematisch vor dem Hintergrund der Zielsetzung von Art. 13 A Abs. 1 lit. b) 6. EG-Richtlinie nicht zu rechtfertigen. Die Umsatzsteuerbefreiung ist daher auszuweiten auf sämtlichen Formen der Kooperationen zwischen Krankenhäusern und den aufgeführten Kooperationspartnern, deren Hauptzweck der Gesundheitsschutz der Behandelten ist.

Eine Umsatzsteuerpflicht der Kooperationsleistungen führt wiederum zu einer von der 6. EGRL nicht gewollten Verteuerung von Heilbehandlungen, da jede in Rechnung gestellte Umsatzsteuer, die nicht als Vorsteuer abgezogen werden kann, zu einer Belastung führt. Eine Umsatzsteuerfreiheit der Kooperationsformen - die in einigen Bereichen durch die Umsatzsteuerrichtlinien bereits gewährt wird - führt auch nicht zu Verzerrungen in der umsatzsteuerlichen Systematik, da die Kooperationspartner, würden sie entgegen dem gesetzgeberischen Willen jeweils sämtliche Einrichtungen und Geräte selbst anschaffen, mit ihren allein erbrachten Leistungen umsatzsteuerfreie Umsätze gem. § 4 Nr. 14 bzw. Nr. 16 UStG erbringen würden. Die Umsatzsteuerpflicht der Kooperationsleistungen stellt die vom Gesetzgeber gewollten Kostenminderungspotentiale durch gemeinsame Gerätenutzungen in Frage.



c) Zu Abschn. 100 Abs. 2 Nr. 7

Die Änderung in Nr. 7 berücksichtigt die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs, nach der unabhängig vom Veranlasser der Leistungen Maßnahmen als steuerfreie Heilbehandlungen i.S.v. Art. 13 A Abs. 1 lit. b) 6. EG-Richtlinie Leistungen anzusehen sind, wenn sie als Hauptzweck dem Gesundheitsschutz des Patienten dienen (vgl. EuGH-Urteil vom 20.11.2003, Rs. C-307/01, UR 2004, 75).

d) Zu Abschn. 100 Abs. 2 Nr. 8

Die Erweiterung der Umsatzsteuerfreiheit für Gestellungen von Ärzten und medizinischem Hilfspersonal basiert ebenfalls auf der zuvor dargestellten Intention der 6. EGRL sowie der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs, so dass auf die vorherigen Begründungen verwiesen werden kann.

e) Zu Abschn. 100 Abs. 3

Die Streichungen in den Ziffern 2, 3 und 4 resultieren aus der zuvor unter a) zu Abschn. 100 Abs. 2 Nr. 2 dargestellten rechtlichen Bewertung der Arzneimittelabgaben durch Krankenhausapotheken, so dass auf die dortigen Ausführungen verwiesen werden kann.

f) Sonstiges

aa) Hinsichtlich der Streichungen von Abschn. 100 Abs. 2 Ziff. 4 und 6 der Umsatzsteuerrichtlinien **2000** fordert die DKG eine Klarstellung, dass Telefon- und Fernseherüberlassungen sowie die Abgabe zusätzlicher Getränke an Patienten und Heimbewohner unselbständige Nebenleistungen der Krankenhausleistungen sind und somit das Schicksal der umsatzsteuerfreien Krankenhausleistungen teilen. Insoweit wird auf die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs verwiesen, nach der unselbständige Nebenleistungen vorliegen, wenn

- es sich um eine Leistung handelt, die zwar nicht grundsätzlich vom Unternehmer erbracht wird, aber traditionell auch zu seinem Aufgabengebiet gehört,
- die Leistungen für den Leistungsempfänger keinen eigenen Zweck erfüllt, sondern nur ein Mittel darstellt, um die Hauptleistung unter optimalen Bedingungen in Anspruch zu nehmen,
- die Leistungen keinen oder nur geringen Anteil der Gegenleistung hat (vgl. EuGH-Urteil vom 22.10.1998, Rs C-308/96, UR 99/38).

Diese Kriterien sind bei den erwähnten Leistungen erfüllt.

bb) Hinsichtlich der im Rahmen von Krankenhausbehandlungen gem. § 2 Abs. 1 BPfIV / KHEntgG möglichen Wahlleistungen (z.B. Unterkunft, Sonderverpflegung, therapeutische Wahlleistungen) fordert die DKG eine Klarstellung durch das BMF, dass diese Krankenhausleistungen zu den gem. Abschn. 100 Abs. 2 Nr. 1 UStR dargestellten eng verbundenen Umsätzen gehören. Diese Leistungen werden im unmittelbaren Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung des Patienten erbracht.

B. Besteuerung der Selbstverwaltungsinstitute

Die oben aufgeführten Gesetzesänderungen schreiben im Krankenhausfinanzierungsgesetz, Krankenhausentgeltgesetz sowie im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch darüber hinaus auch weit reichende und äußerst komplexe Aufgaben für die Selbstverwaltung auf Bundesebene vor. Diese Aufgaben müssen aus organisatorischen und auch gesetzlichen Gründen von gesondert zu gründenden Instituten bzw. Gesellschaften wahrgenommen werden, deren Gesellschafter ausschließlich die gesetzlich bestimmten Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene sind.

Im Krankenhausbereich sind die entsprechenden Gesellschafter die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ggf. der Verband der Privaten Krankenversicherungen (PKV). In den übergeordneten gesetzlichen Aufgabenbereichen kommen regelmäßig einzelne (z.B. die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) oder die Bundesärztekammer (BÄK)) oder im Bereich der elektronischen Gesundheitskarte mehrere (insgesamt 15) Spitzenorganisationen der Leistungserbringer hinzu. Beispiele sind: die InEK gGmbH nach § 17 b KHG (Entgeltentwicklung im Krankenhaus), BQS gGmbH § 137 SGB V (Qualitätssicherung), IQWiG - Stiftung des privaten Rechts nach § 139 a SGB V (Qualität und Wirtschaftlichkeit), gematik gGmbH nach § 291a SGB V (Telematik).

Die Landesebene ist im Bereich der Qualitätssicherung und Ausbildungsstättenvergütungen nach § 17 a KHG (Fonds der Landeskrankenhausgesellschaften) durch gesetzliche Verpflichtungen betroffen.

Die Finanzverwaltungen erkennen einiger dieser Selbstverwaltungsinstitute weder die Gemeinnützigkeit noch die Umsatzsteuerbefreiung an. Die Frage der Besteuerung des Institutes für Entgeltentwicklung ist derzeit beim Bundesfinanzhof anhängig.

Die Aufgaben dieser Selbstverwaltungsinstitute dienen ausschließlich der Umsetzung der vom Gesetzgeber vorgegebenen Aufgaben/Pflichten, welche zur Ausschöpfung angenommener Wirtschaftlichkeitsreserven und zu einer Systemverbesserung sowie Verbesserung der Qualität führen sollen. Daher werden diese Aufgaben auch aus den Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung und der selbstzahlenden Patienten für das Gesundheitssystem gezahlt. Eine Besteuerung macht die Leistungen der Institute um die entsprechenden Steuersätze teurer, entzieht damit den gesetzlichen Krankenkassen sowie den Selbstzahlern finanzielle Mittel. Wie oben bereits dargelegt, sollen diese jedoch grundsätzlich aus nachvollziehbaren Gründen steuerlich privilegiert werden.

Da die Finanzierung dieser Institute allein zu Lasten der Sozialversicherungsträger geht, bewirkt eine Besteuerung eine Mehrbelastung des Sozialbudgets und trifft damit evident die Solidargemeinschaft. Eine solche offensichtliche Abzweigung von Mitteln aus dem Sozialbudget in die allgemeinen Steuertöpfe des Bundes ist nicht sachgerecht und politisch nicht vertretbar.

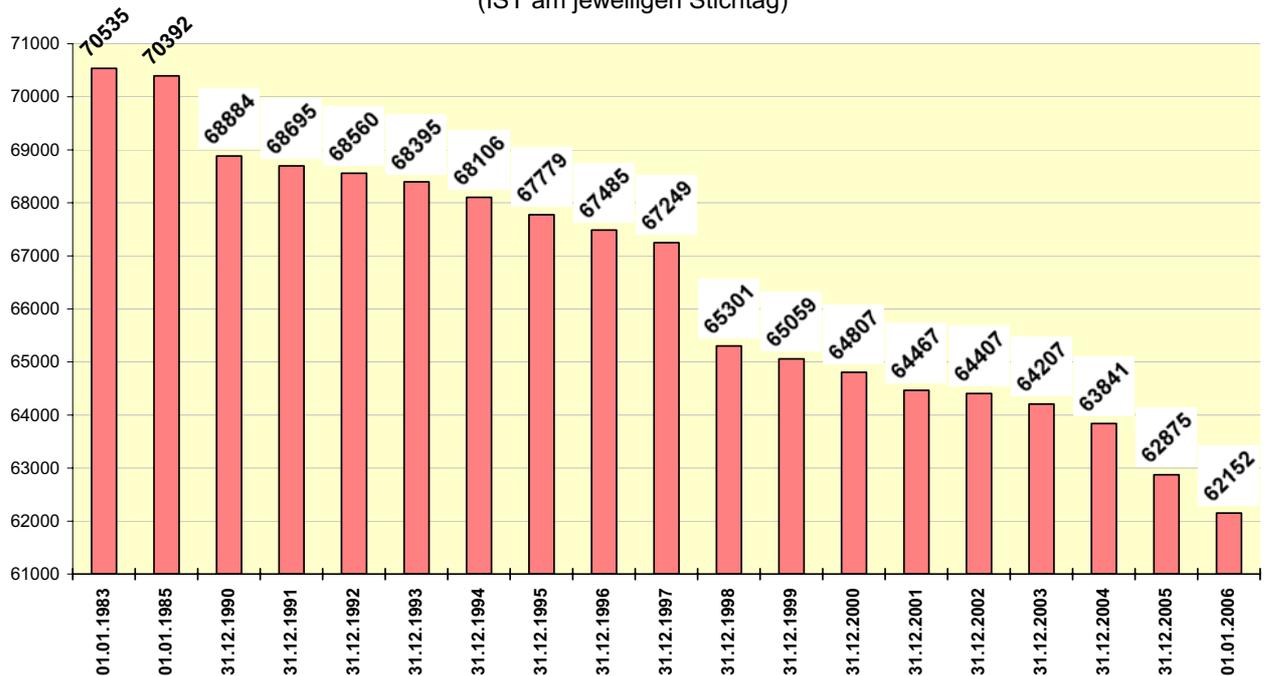
Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert daher die notwendige steuerrechtliche Anpassung an diese gesundheitspolitischen Vorgaben durch:

- **die Aufnahme eines zusätzlichen Umsatzsteuerbefreiungstatbestandes im Umsatzsteuergesetz.**
- **Eine deutliche Klarstellung zur Gemeinnützigkeit dieser Institute/Gesellschaften**

**Eckdaten zur Krankenhausversorgung
in Baden-Württemberg**

Planrelevante Betten/Plätze in BW insgesamt

(IST am jeweiligen Stichtag)



Planrelevante Krankenhäuser in Baden-Württemberg

Seit Inkrafttreten des Krankenhausbedarfsplans II

(01.01.1983)

am ...	Anzahl ¹⁾	Veränderung zum vorherigen Stichtag
01.01.1983	363	
01.01.1985	349	- 14
31.12.1990	316	- 33
31.12.1991	313	- 3
31.12.1992	312	- 1
31.12.1993	306	- 6
31.12.1994	304	- 2
31.12.1995	304	+ 0
31.12.1996	299	- 5
31.12.1997	294	- 5
31.12.1998	296	+ 2
31.12.1999	295	- 1
31.12.2000	290	- 5
31.12.2001	288	- 2
31.12.2002	284	- 4
31.12.2003	281	- 3
31.12.2004	280	- 1
31.12.2005	270	- 10
01.01.2006	267	- 3
Veränderungen seit 01.01.1983		- 96

¹⁾ Erläuterungen:

- jeweils einschließlich selbständiger Tageskliniken und zugelassener im Bau befindlicher Einrichtungen
- Einrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V, die für einen Teilbereich auch nach dem KHG gefördert werden, sind als zwei Einrichtungen gezählt

Planrelevante Krankenhäuser in Baden-Württemberg einschl. teilstationäre Einrichtungen nach Trägerschaft

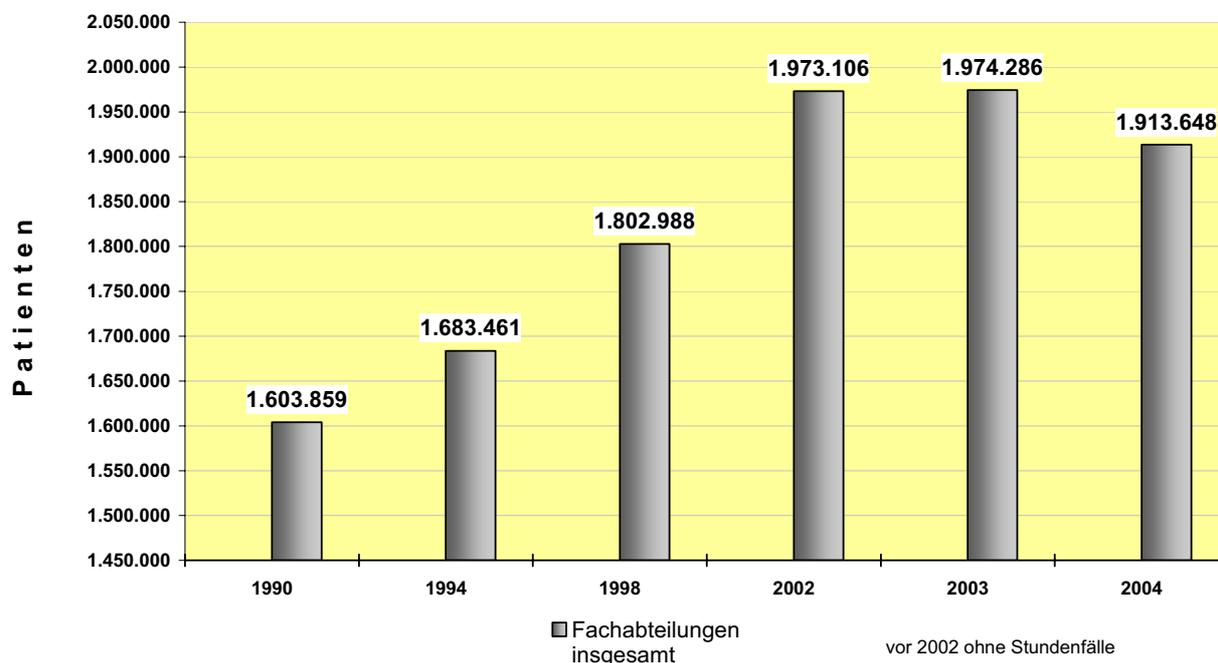
Trägerschaft	Krankenhäuser ¹⁾						Betten / Plätze					
	31.12.1990		31.12.1996		01.01.2006		31.12.1990		31.12.1996		01.01.2006	
	abs.	v.H.	abs.	v.H.	abs.	v.H.	abs.	v.H.	abs.	v.H.	abs.	v.H.
öffentlich	180	57,0%	160	53,5%	127	47,6%	51.677	75,0%	50.234	74,4%	43.981	70,8%
freigemeinnützig	79	25,0%	77	25,8%	70	26,2%	13.943	20,2%	13.761	20,4%	12.990	20,9%
privat	57	18,0%	62	20,7%	70	26,2%	3.264	4,7%	3.490	5,2%	5.181	8,3%
insgesamt	316	100%	299	100%	267	100%	68.884	100%	67.485	100%	62.152	100%

1) jeweils einschl. im Bau befindliche

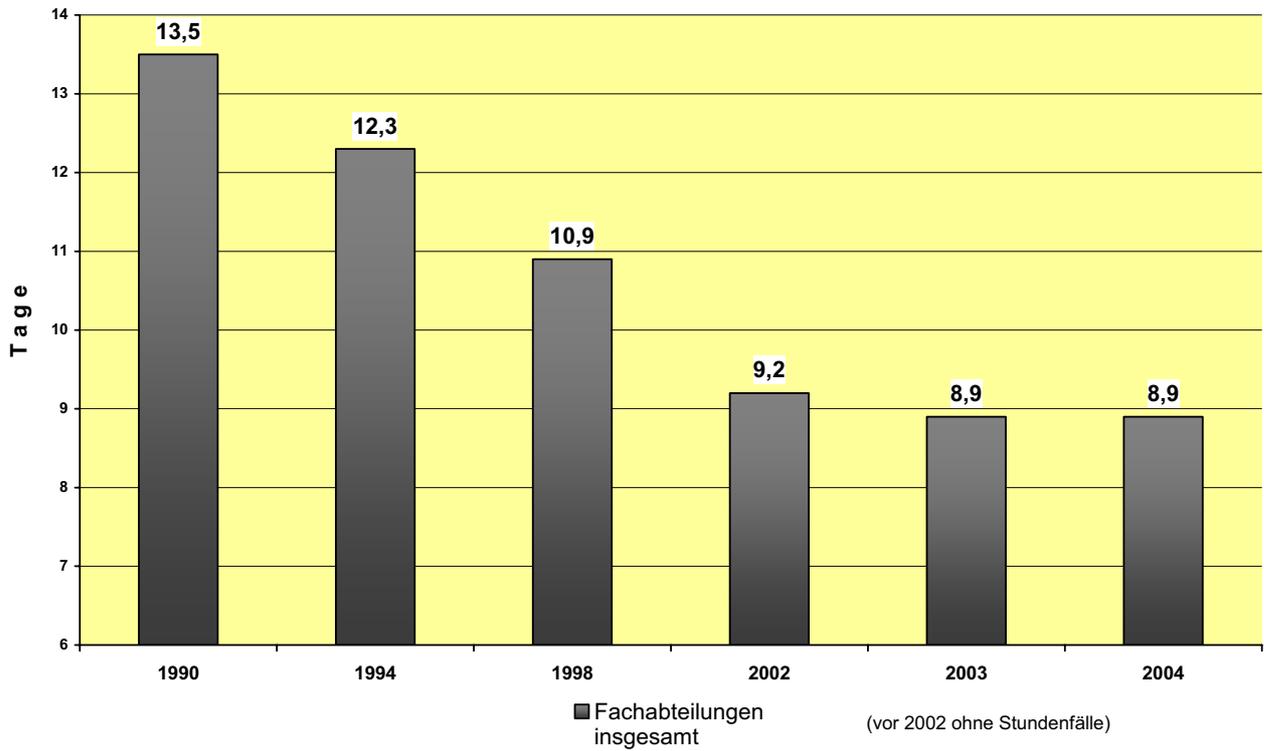
nachrichtlich (innerhalb öffentlich):

kommunal	111	41,6%		33.795	54,4%
Zentren für Psychiatrie	9	3,4%		3.797	6,1%
Universitätskliniken	4	1,5%		5.855	9,4%
Rest Bundeswehr, BG, LVA	3	1,1%		534	0,9%

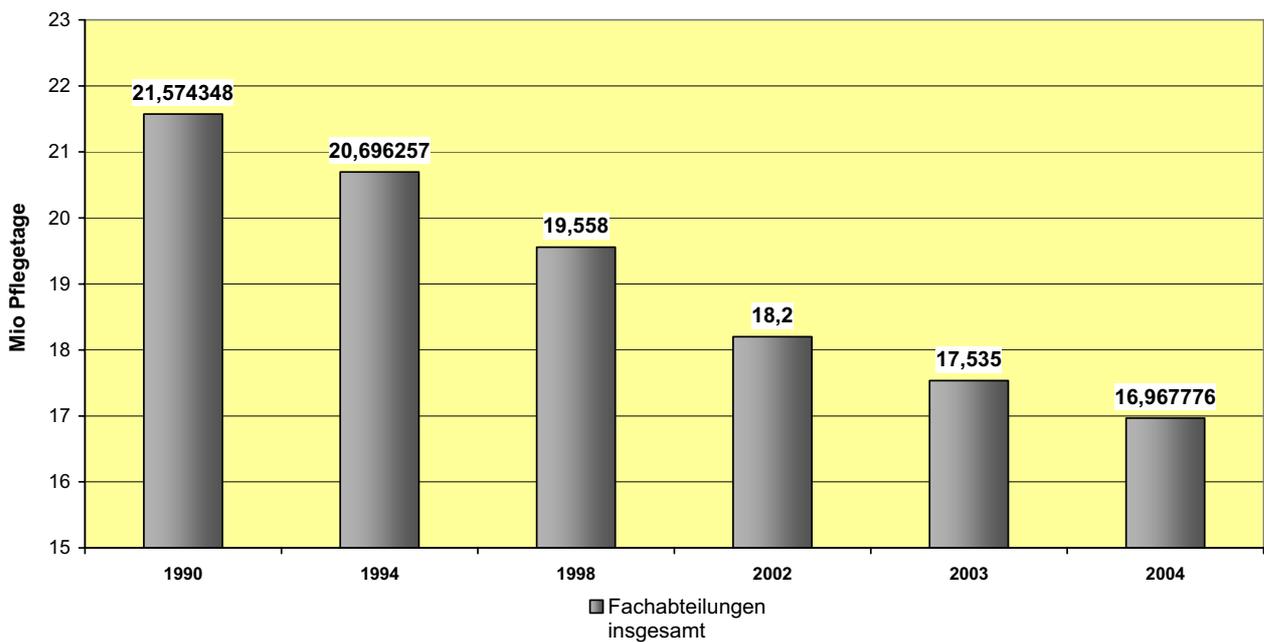
Patienten in Krankenhäusern in Baden-Württemberg - vollstationäre Fälle -



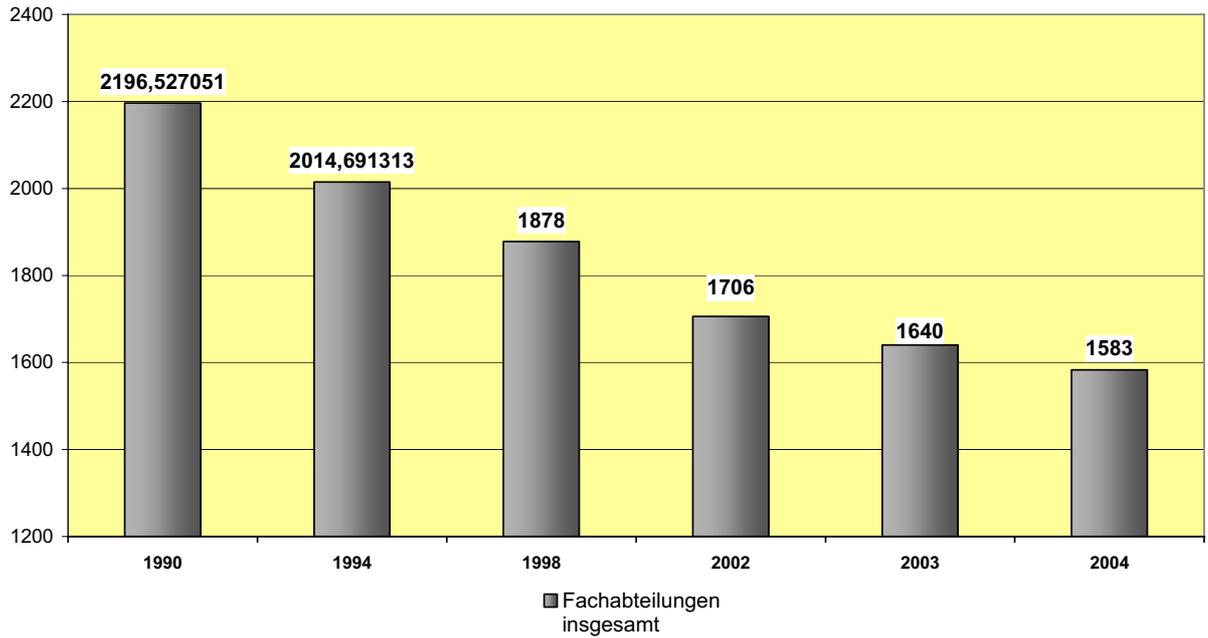
Verweildauer in Krankenhäusern in Baden-Württemberg



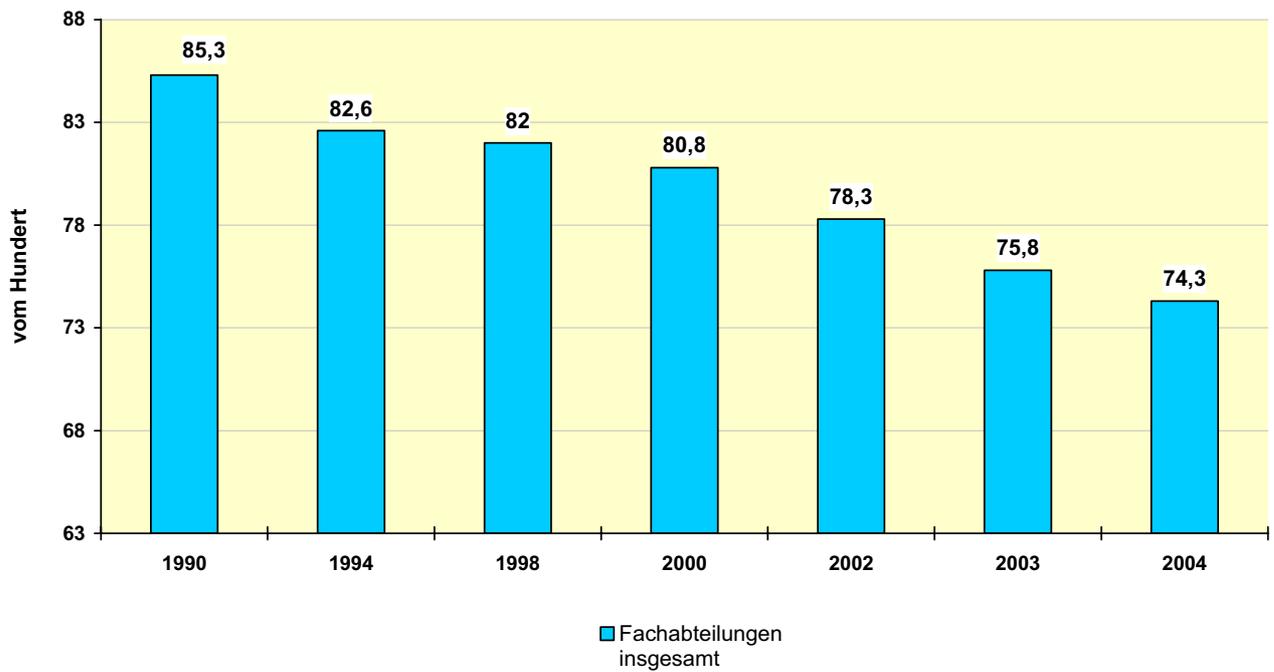
Pflegetage in Krankenhäusern in Baden-Württemberg - vollstationäre Patienten -



Krankenhaus-Pflegetage je 1.000 Einwohner in Krankenhäusern in Baden-Württemberg - vollstationäre Patienten -



Bettennutzung in Krankenhäusern in Baden-Württemberg - bezogen auf aufgestellte Betten -



Auszug aus dem Abschlussbericht der "Medizinstrukturkommission – Sachverständigenkommission Universitätsmedizin - Baden-Württemberg"

Regionale Kooperationen

Ausgangssituation

Die Universitätsklinika in Baden-Württemberg sind als in der Regel größter Arbeitgeber am Ort mit bis zu 10.000 Voll- und Teilzeitkräften tief in ihrer Region verwurzelt und nehmen dort sowohl die Spitze als auch die gesamte Breite der Patientenversorgung wahr. Auch deshalb erfordert der mit der DRG-Einführung einhergehende erhöhte Wettbewerbsdruck zukunftsweisende Maßnahmen, um die Leistungsstärke der Universitätsklinika als Wirtschaftsfaktor und Standort der Hochleistungsmedizin zu erhalten und auszubauen. Vor diesem Hintergrund sowie in Anbetracht veränderter gesetzlicher Rahmenbedingungen, die beispielsweise eine weitere Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung vorsehen, kommt der Erschließung zusätzlicher Einnahmequellen und dem Aufbau regionaler Kooperationen der Universitätsklinika mit umliegenden Einrichtungen eine strategische Bedeutung zu. Dabei ist sowohl betriebswirtschaftlichen Erwägungen (Kostensenkungen sowie Erlös- bzw. Mengenausweitungen) als auch volkswirtschaftlichen Aspekten (Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenversorgung in der Region) sowie den für ein Universitätsklinikum konstitutiven Erfordernissen in Forschung und Lehre in hinreichendem Maße Rechnung zu tragen.

Eine Vernetzung mit anderen Krankenhäusern erleichtert Spezialisierungen und vermeidet unwirtschaftliche Doppelvorhaltungen. Gleichzeitig entstehen Synergieeffekte in der Patientenversorgung und im administrativen Bereich. So lassen sich etwa durch die Bildung von „Portalkliniken“ oder „Satellitenkliniken“ sowie durch Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten Zuweiserbindungen, aber auch eine effektivere Auslastung von teuren medizinischen Geräten, zum Beispiel in der Radiologie, herstellen.

Der Wissenschaftsrat hat in seiner standortübergreifenden Stellungnahme zur Universitätsmedizin in Baden-Württemberg darauf hingewiesen, dass von den Universitätsklinika des Landes generell „eine stärkere Vernetzung mit anderen Anbietern des Gesundheitswesens angestrebt (wird), um Versorgungsketten aufzubauen und neue Geschäftsfelder zu erschließen“. Beispielhaft genannt werden die geplanten Beteiligungen des Heidelberger Klinikums an einem Hotelbau, der „den Ausbau teilstationärer

Behandlungen mit gleichzeitigem Bettenabbau ermöglichen“ soll, und an einem „Internationalen Therapiezentrum“ für ausländische Patienten. Erwähnt werden hier ferner „zahlreiche Unternehmensbeteiligungen“, die die Universitätsklinika Freiburg, Tübingen und Ulm realisiert haben. So habe das Universitätsklinikum Tübingen die „Beteiligung an regionalen Krankenhäusern erworben, um Versorgungsnetzwerke zu etablieren“. Demgegenüber habe das Universitätsklinikum Ulm einzelne Fächer in Fremdträgerschaft durch Unternehmensbeteiligungen gesichert und „Netzwerke im Akut- und Nachsorgebereich aufgebaut“. Das Universitätsklinikum Freiburg habe sich an einem neu errichteten klinischen Labor beteiligt, und für Tübingen wurden einige „Ausgründungen (Koordinierungszentrum für klinische Studien, Biotechnologieunternehmen)“ herausgestellt. Damit sei jeweils eine „Stärkung der unternehmerischen Eigenständigkeit“ erreicht worden.¹ Hier wird noch einmal deutlich, dass die baden-württembergischen Universitätsklinika offenbar sehr unterschiedliche Kooperationsstrategien verfolgen.

Analyse und Bewertung

Kooperationen mit benachbarten Krankenhäusern oder auch anderen medizinischen Versorgungseinrichtungen verfolgen keinen Selbstzweck. Sie müssen vielmehr stets von dem Ziel geleitet sein, die Wettbewerbsfähigkeit der Universitätsklinika in der Krankenversorgung wie in Forschung und Lehre auch für die Zukunft sicherzustellen.

Die Medizinstrukturkommission geht davon aus, dass die konkrete Ausgestaltung solcher Kooperationen den standortspezifischen Gegebenheiten besonders Rechnung zu tragen hat und im unmittelbaren Zuständigkeitsbereich des Vorstands des jeweiligen Universitätsklinikums verbleiben muss. Auf eine landesweite Vorgabe sollte deshalb verzichtet werden. Die Kommission hält gleichwohl eine Orientierung an den folgenden vier Zielkriterien für zweckdienlich:

- Kooperationen sollen die Universitätsklinika dabei unterstützen, die für die Belange von Forschung und Lehre erforderlichen Zahl von Patienten in allen relevanten Krankheitsbildern bereitzustellen,

¹ Wissenschaftsrat, Standortübergreifende Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Baden-Württemberg, Drs. 6196-04, Köln, 2004, S. 98f.

- über Kooperationen soll die Qualität der Patientenversorgung erhalten und möglichst gesteigert werden (Sicherstellung angemessener Mindestfallzahlen),
- Kooperationen sollen die Wirtschaftlichkeit und Eigenständigkeit der Universitätsklinik verbessern (betriebswirtschaftliche Effizienz),
- Kooperationen mit umliegenden Krankenhäusern sollen den Sicherstellungsauftrag des Landes in der Region unterstützen (volkswirtschaftliche Effizienz).

Dabei ist zu bedenken, dass die in Betracht kommenden Kooperationsformen nach dem Umfang der geplanten Zusammenarbeit, dem Grad der Verbindlichkeit und der Qualität des Rechtsstatus erheblich differieren und daher in sehr unterschiedlichem Ausmaß zur Erfüllung dieser Ziele beitragen.

Werden die wichtigsten Kooperationsformen gegenübergestellt, wird deutlich (s. Übersicht), dass sie fast durchweg einen Beitrag zur Sicherstellung der für Forschung und Lehre benötigten Kapazitäten liefern können. Dies gilt ex definitione für die Zusammenarbeit mit den angeschlossenen Akademischen Lehrkrankenhäusern im Praktischen Jahr der klinischen Ausbildung sowie für die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten im Rahmen der allgemeinmedizinischen Ausbildung. Kooperationen sind weiterhin stets dann zielführend, wenn das Universitätsklinikum derzeit nicht über entsprechende eigene Kapazitäten verfügt oder wenn vorhandene Kapazitäten abgebaut werden und künftig eine verstärkte Konzentration auf Kernkompetenzen und eine Übertragung von „Routineaufgaben“ auf benachbarte Krankenhäuser erfolgen sollen. Auch die Errichtung eines eigenen Reha- und Nachsorgebereichs kann unter Forschungs- und Lehraspekten sinnvoll sein, wenn auf diese Weise die Nachverfolgung von Krankheitsbildern wesentlich erleichtert wird.

Mit Blick auf die Sicherung von Patientenströmen bzw. ausreichender Fallzahlen dienen praktisch alle aufgelisteten Kooperationsformen einer Steigerung der betriebs- wie auch der volkswirtschaftlichen Effizienz und damit zumindest indirekt zugleich der Sicherung der Qualität der Patientenversorgung. Lediglich die Errichtung eines Patienten-/Angehörigenhotels sowie der Aufbau eines speziell für ausländische Patienten vorgesehenen Diagnose- und Therapiezentrums erscheinen allein unter betriebswirtschaftlichen Erwägungen lukrativ.

Zielkonformitäten von Kooperationsformen der Universitätsklinik

Kooperationsform	Zielkriterium			
	Erfordernisse in Forschung und Lehre	Qualität der Patientenversorgung	betriebswirtschaftliche Effizienz	volkswirtschaftliche Effizienz
Versorgungsnetzwerk mit anderen Trägern	+ ¹⁾	+	+	+
Abstimmung des Leistungsspektrums mit Nachbarkrankenhäusern	+ ¹⁾	+	+	+
Etablierung von Portal- und Satellitenkliniken	+ ¹⁾	+	+	+
Einbindung der Akademischen Lehrkrankenhäuser	+	+	+	+
Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten in Akademischen Lehrpraxen	+	+	+	+
Übernahme von Krankenhäusern	+ ¹⁾	+ ¹⁾	+ ¹⁾	+ ¹⁾
Minderheitsbeteiligungen	+ ¹⁾	+ ¹⁾	+ ¹⁾	+ ¹⁾
Eigener Reha- und Nachsorgebereich	+	+	+ ²⁾	+ ²⁾
Telemedizinrichtungen	+ ¹⁾	+	+	+
Eigenes Patienten-/Angehörigenhotel	-	-	+ ³⁾	-
Diagnose- und Therapiezentren für ausländische Patienten	-	-	+ ³⁾	-

+ = Zielkriterium wird erfüllt

- = Zielkriterium wird nicht erfüllt

+¹⁾ = Zielkriterium wird erfüllt, sofern eigene Kapazitäten nicht in ausreichendem Maße vorhanden sind

+²⁾ = Zielkriterium wird erfüllt, sofern aus Sicht der Kostenträger nicht genügend Kapazitäten anderer Reha-Einrichtungen vorhanden sind

+³⁾ = Zielkriterium wird erfüllt, sofern die lokale Marktsituation keine andere Lösung nahe legt

Empfehlungen

Die Medizinstrukturkommission ist der Auffassung, dass der Berücksichtigung der Belange der Universitätsklinik in der Landeskrankenhausplanung eine vordringliche Bedeutung zukommen sollte. Sie begrüßt die bisherigen Aktivitäten der Universitätsklinik zur Vernetzung in ihrer Region. Diese erscheinen aber noch zu wenig systematisch

ausgerichtet, weshalb zur Verstärkung regionaler Kooperationen die folgenden Empfehlungen gegeben werden:

- Die Universitätsklinika nehmen in der Krankenversorgung ihrer Region in der Regel die Position des Marktführers wahr. Sie sollten daher ihr Leistungsspektrum künftig stärker als bisher in verbindliche Kooperationsformen mit den umliegenden Krankenhäusern einbringen und sich mit Unterstützung des Landes als Kern eines Netzwerkes in der regionalen Krankenversorgung etablieren.
- Alle Kooperationen sind an dem übergeordneten Ziel auszurichten, die Wettbewerbsfähigkeit der Universitätsklinika zu sichern und auszubauen. Dabei haben sie den Erfordernissen in der Forschung, der Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie der Versorgungssicherheit ebenso Rechnung zu tragen wie der Gewährleistung einer möglichst hohen Qualität der Patientenversorgung unter gleichzeitiger Beachtung der betriebswirtschaftlichen und der volkswirtschaftlichen Effizienz.
- Die Universitätsklinika sollten in dem betriebswirtschaftlich gebotenen Maß vorhandene Möglichkeiten einer Konzentration auf bestimmte Kernkompetenzen bei einer gleichzeitigen Arbeitsteilung mit benachbarten Krankenhäusern entsprechend dem regionalen Versorgungsauftrag ausschöpfen.
- Zur Sicherung der für Zwecke von Forschung und Lehre erforderlichen Patientenströme in allen relevanten Krankheitsbildern sollten die Universitätsklinika vermehrt mit umliegenden Krankenhäusern zusammenarbeiten. Diese können die Funktion von „Portalkliniken“ oder „Satellitenkliniken“ übernehmen.
- Die Kooperationen mit den Akademischen Lehrkrankenhäusern und Akademischen Lehrpraxen sollten im Sinne der Universitätsklinika weiter verstärkt werden.
- In den besonders kostenaufwändigen Bereichen der Großgerätemedizin, wie etwa der Radiologie, sollten durch Kooperationen mit benachbarten Krankenhäusern und mit niedergelassenen Ärzten eine verstärkte Nutzung und Auslastung angestrebt werden.
- Das im Land für die Krankenhausplanung zuständige Ressort sollte in seinen planerischen Entscheidungen dafür Sorge tragen, dass die Universitätsklinika ihre Aufgaben in Forschung, Aus-, Weiter- und Fortbildung noch besser erfüllen und ihre Wettbewerbsfähigkeit weiter ausbauen können, um sich als überregional anerkannte Stätten der Maximalversorgung und der Hochleistungsmedizin dauerhaft zu etablieren.