

Krankenhaus-Report 2008/2009

„Versorgungszentren“

Jürgen Klauber / Bernt-Peter Robra /
Henner Schellschmidt (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2009

Auszug Seite 61-73



| | | |
|----------|--|-----------|
| 5 | Zentrenbildung im Krankenhaus – ein ungesteuerter Großversuch | 61 |
| | <i>Uwe Deh und Ralf Dralle</i> | |
| 5.1 | Überblick | 62 |
| 5.2 | Medizinisch-inhaltliches vs. vergütungsrechtlich-allokatives Primat – Das Henne-Ei-Problem der Zentrenbildung | 65 |
| 5.3 | Medizinisch-inhaltliche Zentrenbildung – versorgungspolitischer Aspekt..... | 67 |
| 5.4 | Vergütungsrechtliche Zentrenbildung – ökonomischer Aspekt | 70 |
| 5.5 | Der versorgungspolitische Aspekt als inhaltliche Füllung für die leere Hülle des Vergütungstatbestandes – ein Ausweg für die Zentrumsbildung | 72 |
| 5.6 | Fazit | 72 |
| 5.7 | Literatur..... | 73 |

5 Zentrenbildung im Krankenhaus – ein ungesteuerter Großversuch

Uwe Deh und Ralf Dralle

Abstract

In Ermangelung eines konsistenten Regelungsrahmens zur Bildung von zentrierten Versorgungsangeboten (Zentren) an Krankenhäusern vollzieht sich in der Realität eine Zentrenbildung ohne klare Zielstellung. Zwar wird i. d. R. die Notwendigkeit eines Zentrums vom einzelnen Krankenhaus medizinisch-inhaltlich begründet, doch herrscht bei genauerer Betrachtung regelmäßig die vergütungsrechtliche und damit ökonomische Motivation vor. Diese Entwicklung ist bedenklich, da sie den Beitrags- und Steuerzahlern als Finanziern der Zentrumsleistung keinen adäquaten Gegenwert bietet. Als Hauptursache für diesen „Wildwuchs“ werden die weitgehend inhaltsfreien Vorgaben zur Vergütungsfindung für besondere Krankenhausleistungen identifiziert. Die Fixierung auf den Vergütungstatbestand bei gleichzeitiger weitester Interpretationsmöglichkeit desselben führt dazu, dass die Frage, ob eine Zentrumsleistung sinnvoll und/oder erforderlich ist, nicht beantwortet wird. Als Ausweg bietet sich an, die medizinisch-inhaltliche Definition zum Ausgangspunkt aller Überlegungen zur Zentrenbildung zu machen und den Vergütungstatbestand durch die Krankenhausplanung „inhaltlich aufzuladen“.

In the absence of a consistent regulatory framework to standardise the development of integrated health care centres at hospitals, such centres are currently established without clear objectives. While hospitals tend to justify the need for a health care centre on medical and content-related grounds, it is on scrutiny more likely to be motivated by questions of remuneration and thus by economic considerations. This tendency is a cause for concern, as it does not grant an adequate equivalent value to the contributor or tax-payer who, after all, finances health care provided by a centre. Such “uncontrolled growth” is mainly caused by formal rather than content-related standards for the remuneration of special clinical services. To concentrate on remuneration and simultaneously tolerate a wide range of possible justifications leaves the question whether health care service provided by a centre is reasonable and/or necessary unanswered. A possible alternative may be to require a medical and content-related definition as a starting point of considerations concerning the establishment of integrated health care centres. Their remuneration claims could thus be “charged with content” by appropriate hospital planning strategies.

5.1 Überblick

Im Bereich der medizinischen Versorgung insgesamt und bei der Versorgung mit Krankenhausleistungen im Besonderen ist ein stetiger Trend zur Etablierung von (Versorgungs-)Zentren zu beobachten. Die Bildung von Zentren an Krankenhäusern ist ein wenig geregeltes, praktisch aber doch häufig anzutreffendes Phänomen. Diesem soll im Folgenden nachgegangen werden.

5

Der Begriff des Zentrums

Ohne den Rückgriff auf die griechisch-lateinische Etymologie zu bemühen, bezeichnet der Begriff im Allgemeinen einen Mittelpunkt, entweder den Mittelpunkt einer Sache oder einer Funktion – in vielen Fällen auch einen institutionalisierten Mittelpunkt, um den herum eine gewisse Ausstrahlung des Zentrums zu verzeichnen ist. Während es in diesem Sinne eine sehr vielfältige Verwendung des Begriffs gibt, ist die Verankerung im Bereich des Krankenhausrechts eingegrenzt. Unter Zentrum wird eine Einrichtung verstanden, die besondere Aufgaben zentral (Dietz/Bofinger 2008) und damit überregional wahrnimmt.

Ein Zentrum hebt sich damit schon begrifflich von seinem Umfeld ab. Das heißt für den Bereich der medizinischen Versorgung, dass jedes Zentrum ein Umfeld hat, welches es entsprechend seiner Zwecksetzung mit versorgt (versorgen sollte). Damit geht Zentrenbildung i. d. R. mit Spezialisierung einher.

Zweck der Zentren

Wenn die Zahl der Zentren stetig zunimmt, stellt sich die Frage nach der Begründung für diese Entwicklung. Bisherige Zentrenbildung scheint im Wesentlichen durch die folgenden Aspekte von Spezialisierung motiviert:

- Spezialisierung aus ökonomischen Erwägungen, um z. B. durch Realisierung von Skaleneffekten definierte Krankenhausleistungen (DRGs) wirtschaftlicher erbringen zu können
- Spezialisierung aus Gründen der Qualitätssicherung, um Leistungen durch eine größere Routine und mehr Erfahrungen in der Behandlung einzelner Leistungen qualitativ hochwertiger zu erbringen (Hohnholz 2008)
- Spezialisierung aus Marketinggründen, um ein Krankenhaus im stetig zunehmenden Wettbewerb der Häuser untereinander hinsichtlich der Inanspruchnahme bestimmter, aus Sicht des Krankenhauses attraktiver Leistungen am Markt zu positionieren
- First-Mover („Windhundprinzip“), um im konkurrierenden Umfeld als erster eine Position zu besetzen und Fakten zu schaffen.

Alle diese Überlegungen sind für die einzelnen Krankenhäuser im Wettbewerb untereinander von zunehmender Bedeutung. Durch das pauschalierte Vergütungssystem wird ein bewusster Druck ausgeübt, in dem die individuelle Selbstkostendeckung verneint wird (Tuschen/Trefz 2009). Die Anforderungen an die Qualitätssicherung werden sowohl gesetzgeberisch, aber auch durch die Kostenträger

stetig erhöht. Überkapazitäten in regionalen Einzugsbereichen heizen den Wettbewerb der dort anbietenden Krankenhäuser zusätzlich an.¹

Da die aus Sicht eines einzelnen Krankenhauses motivierte Zentrumsbildung, selbst wenn sie ökonomische oder qualitative Effekte realisiert, nur rein zufällig mit einem übergeordneten Versorgungsinteresse (Sicherstellungsauftrag) oder Effizienzinteresse (Wirtschaftlichkeitsgebot) zusammentrifft, ist gerade die Betrachtung aus Sicht der Kostenträger und insbesondere aus krankenhauplanerischer Sicht interessant. Nur so ist die Frage zu beantworten, ob die Zentrenbildung einem Zweck folgt, der sich aus dem Normenrahmen herleiten lässt. Hier kann z. B. das übergeordnete Ziel einer Strukturkonsolidierung verfolgt werden, indem Leistungen in Zentren konzentriert werden, um dort ökonomischer oder qualitätsgesicherter erbracht zu werden.

Die Diskussion, ob eine Mengenkonzentration zu Qualitätssteigerungen führt, wird auch im medizinischen Bereich inzwischen umfassend geführt. Genannt seien hierfür nur die Mindestmengen², die für die Abrechnung bestimmter DRGs inzwischen vorausgesetzt werden oder auch Analysen (Swart et al. 2005) hinsichtlich der Replikationsrate bei der Leistungserbringung durch verschiedene Anbieter.

Zusammenfassend zeigt sich, dass der Zweck der Zentrenbildung vielfältig sein kann, dass Interessen an der Zentrenbildung derzeit überwiegend vom einzelnen Krankenhaus, aber auch von anderen Institutionen im Gesundheitswesen ausgehen können. Diese Interessen müssen nicht zwangsläufig gleichgerichtet sein, selbst wenn sie sich auf dieselben Aspekte beziehen. Dies gilt insbesondere für den ökonomischen Aspekt. Der Zweck, den ein einzelnes Krankenhaus mit einer Fallkonzentration in bestimmten Leistungsbereichen verfolgt, um seine Erlössituation zu verbessern, kann beispielweise einem krankenhauplanerischen und versorgungspolitischen Zweckbegriff diametral entgegen stehen. Praktisch ist bereits heute festzustellen, dass im Ergebnis verschiedene Nachbarhäuser versuchen, sich als Zentrum für eine – aus ihrer Sicht ökonomisch interessante – Leistung zu etablieren. Begleitet wird dies durch eine fehlende Abstimmung und u. U. sogar die Herausnahme anderer lokal benötigter Leistungen aus dem Angebot.

Gesetzliche Regelungen

Im Krankenhausrecht werden Zentren lediglich unter folgender Frage thematisiert: Ist für Zentren ein Zuschlag zur Vergütung zu finanzieren³? So sieht § 5 Abs. 3 KHEntgG vor, dass, „soweit für Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG bundesweite Regelungen zu Zuschlägen nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG oder eine entsprechende Vorgabe des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 17 b Abs. 7 KHG nicht vorliegen, die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG

1 So erfolgt die Behandlung von Patientinnen mit Brustkrebs im Klinikum Burgenlandkreis Naumburg, im Klinikum Merseburg und in den Asklepios Kliniken Weißenfels-Hohenmölsen in einem Umkreis von ca. 30 km.

2 Bei Lebertransplantationen incl. Teilleber – Lebendspende; Nierentransplantation inkl. Lebendspende; komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus und Pankreas; Stammzelltransplantation und Kniegelenktotalendoprothese.

3 Siehe in § 2 Absatz 2 Nr. 4 und § 5 Abs. 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie § 17b Abs. 1 Satz 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).

(mithin die Kostenträger und das einzelne Krankenhaus) Zu- und Abschläge auf der Grundlage der Vorgaben dieses Gesetzes vereinbaren.“

Die gesetzliche Regelung bezieht sich mithin nicht auf die Frage, wann ein Zentrum unter welchen Voraussetzungen gebildet werden kann, sondern regelt eine mögliche Folge der Zentrumsbildung, nämlich die gesonderte (zusätzliche) Finanzierung der Leistungen des Zentrums durch die Kostenträger. Inhaltliche Fragen der Ausgestaltung des Zentrums werden nicht geregelt, sondern vielmehr vorausgesetzt.

Die fehlende inhaltliche Regelung und Beschränkung der gesetzlichen Vorgaben auf Finanzierungsfragen ist eine im Gesundheitswesen inzwischen verbreitet anzutreffende Verfahrensweise. Sie birgt die Gefahr, dass nicht zunächst die erbrachte Leistung näher definiert und auf dieser Grundlage die Gegenleistung, d. h. der zu finanzierende Preis, verhandelt wird, sondern im Gegenzug Diskussionen und Verhandlungen ausschließlich über die Vergütungshöhe ohne einen durchgreifenden Bezug zu den erbrachten Leistungen geführt werden. Die Gesetzesbegründung enthält immerhin einige Hinweise, was unter besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten, die im DRG-System über Zuschläge oder Abschläge finanziert werden dürfen, zu verstehen ist. Hier wird auf die amtlichen Begründungen verwiesen⁴. Es handelt sich dabei beispielsweise um übergreifende Aufgaben wie Konsile, interdisziplinäre Videofallkonferenzen einschließlich der Nutzung moderner Kommunikationstechnologien, besondere Dokumentationsleistungen, z. B. für klinische Krebsregister, Nachsorgeempfehlungen, Fortbildungsaufgaben und Aufgaben der Qualitätssicherung. Ausdrücklich keine zentrumsspezifischen Aufgaben sind hingegen die Behandlung und Versorgung des Patienten selbst. Diese Leistungen sind über normale Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz zu vergüten.⁵ Diese Ausführungen enthalten, auch wenn sie letztlich der gesetzlichen Regelungssystematik mit ihrem Schwerpunkt der Finanzierungsfragen folgen, einige Hinweise über die gesetzgeberischen Vorstellungen und Ansprüche an ein Krankenhaus: Im Wesentlichen sind dies eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung, die Einbeziehung umfassender fachlicher Kompetenz und ggf. die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Den Gedanken des Zentrums im oben definierten Sinne stützt darüber hinaus noch die Begründung zum § 5 Abs. 3 Krankenhausentgeltgesetz. Hier wird darauf verwiesen, dass nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG bestimmte allgemeine Krankenhausleistungen über Zuschläge zu den DRG-Fallpauschalen finanziert werden, soweit diese Leistungen nicht in allen Krankenhäusern erbracht und deshalb nicht in die Fallpauschale einbezogen werden können. Verwiesen wird insbesondere auf die Finanzierung besonderer krankenhausesübergreifender Aufgaben, z. B. Tumorzentren und geriatrische Zentren. Dies hebt noch einmal deutlich hervor, dass sich ein Zentrum schon vom Begriff her gegenüber der flächendeckend vorgehaltenen Versorgung differenzieren muss.

4 Zu § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 der Bundespflegesatzverordnung 1995, BR-Drucksache 381/94 S. 27 sowie zu § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG, BT-Drucksache 15/3672.

5 Schiedsstelle – KHG Rheinland, Verf. – Nr. 3/2006, S. 11.

Hinweis: Die Genehmigung der Schiedsstellenentscheidung wurde von der zuständigen Bezirksregierung Köln versagt. Die rechtliche Bewertung der Schiedsstelle tangiert diese Kassationsentscheidung jedoch nicht.

Abgrenzung der Zentrumsleistungen zur „Normalversorgung“

Der Zentrumsbegriff, der den gesetzlichen Regelungen zugrunde liegt, enthält also zwei Komponenten: zum einen eine Hervorhebung gegenüber flächendeckenden Versorgungsangeboten, zum anderen die Übernahme besonderer fachlich qualifizierter und qualitätssichernder Aufgaben. Deshalb sind beispielsweise Qualitätsverbesserungen, die flächendeckend erfolgen, nicht geeignet, die Zentrumseigenschaft eines einzelnen Krankenhauses zu begründen. Dies wird gerade vor dem Hintergrund eines qualitätsgetriebenen Zentrumsbegriffs wichtig.

Die Qualitätssicherung erfolgt im Rahmen der Leistungserbringung durch verschiedene Instrumentarien auch in der Regelversorgung. So ist beispielsweise zunehmend die Abrechenbarkeit einzelner DRGs davon abhängig, dass bestimmte Mindestvoraussetzungen erfüllt sind. Beispiele sind die Mindestmengen, die ein Krankenhaus bei bestimmten Diagnosen erfüllen muss, oder die Aufnahme einzelner OPS-Schlüssel in das DRG-Abrechnungssystem. Hierdurch werden Anforderungen, die sich auf die Strukturqualität eines Hauses beziehen, zur Abrechnungsvoraussetzung gemacht. Dies kann konkret die Vorhaltung bestimmter Fachärzte, aber auch weiteren medizinischen Personals, einzelne räumliche Voraussetzungen oder apparative Mindestausstattungen betreffen. Beispielhaft seien hier nur die Regelungen im Bereich der geriatrischen Behandlung und der Schlaganfallbehandlung genannt.

Wenn jedoch Strukturvoraussetzungen bereits für die Normalversorgung definiert werden, sind sie nicht mehr geeignet, die Zentrumseigenschaft eines einzelnen Krankenhauses zu begründen. Je weiter also die Qualitätsforderungen insgesamt steigen, desto schwieriger ist es für einzelne Krankenhäuser, durch darüber hinausgehende Leistungen eine Zentrumseigenschaft zu begründen.

Auch die Ausweisung eines Krankenhauses als Haus der Schwerpunktversorgung kennzeichnet seine Aufgaben im Spektrum der „Normalversorgung“, denn sie basiert auf einer krankenhauplanerischen Entscheidung, die den Versorgungsauftrag des einzelnen Krankenhauses näher definiert. Dieser Versorgungsauftrag beschreibt das Leistungsspektrum des Krankenhauses und ist damit als solcher ausdrücklich nicht geeignet, eine Zentrumseigenschaft zu begründen.

Die Zentrumseigenschaft konzentriert sich unter dieser Betrachtungsweise insbesondere auf den Aspekt der übergreifenden Betätigung. Die qualitätsgerechte Erfüllung des eigenen Versorgungsauftrages ist nicht ausreichend, sondern es müssen zentrale Aufgaben für eine Versorgungsregion übernommen werden.

5.2 Medizinisch-inhaltliches vs. vergütungsrechtlich-allokatives Primat – Das Henne-Ei-Problem der Zentrenbildung

Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Regelungen geht die Initiative zur Bildung eines Zentrums häufig vom einzelnen Krankenhaus aus. Dieses trifft die Entscheidung, sich auf einem bestimmten Gebiet zu profilieren, übernimmt einzelne Aufgaben entweder abgestimmt mit den Nachbarhäusern oder unabgestimmt

und lässt sich ggf. zertifizieren.⁶ Sodann kommuniziert es die Zentrumseigenschaft und tritt in Vergütungsverhandlungen mit den Kostenträgern zur Budgetsteigerung. Bereits bei dieser einzelwirtschaftlich motivierten Vorgehensweise sind unterschiedliche Ausgangspunkte und Zielstellungen zu beobachten. Im Wesentlichen lässt sich hier zwischen einem vergütungsrechtlich-ökonomischen (allokativen) und einem medizinisch-inhaltlichen Vorgehen unterscheiden. In der Regel wird allerdings bei beiden Ansätzen eine medizinische Begründung für das Zentrum abgegeben.

5

Erklärungsversuch

Aus der ökonomischen Sicht des einzelnen Krankenhauses ist es insbesondere sinnvoll, bereits vorhandene Leistungsstrukturen zu nutzen, ggf. zu modifizieren und hierdurch eine Zentrumseigenschaft zu begründen. Der damit ggf. ausgelöste Vergütungsanspruch gegenüber den Kostenträgern kann zu einer Budgetsteigerung führen, woran das einzelne Krankenhaus im Hinblick auf die grundsätzliche Grundlohnsummenbindung der Budgetentwicklung in hohem Maße interessiert ist. Ein solches Vorgehen kann, da auf bestehende und durch die Abrechnung erbrachter Leistungen möglicherweise bereits ausfinanzierte Strukturen zurückgegriffen wird, die Erlössituation des Krankenhauses nachhaltig positiv beeinflussen. Dies zeigt sich auch daran, dass Krankenhäuser in den Verhandlungen mit den Kostenträgern vermehrt entsprechende Anträge stellen und auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft in ihren Informationen für die einzelnen Krankenhäuser auf diese Möglichkeit zur Leistungsausweitung verweist. Faktisch liegt der Vorgehensweise des Einzelkrankenhauses fast ausschließlich das Primat der vergütungsrechtlich-ökonomischen Optimierung zu Grunde.

Rahmenbedingungen

Gesetzgeberisch intendiert – allerdings nicht ausdrücklich geregelt – war jedoch, dass die Begründung krankenhäuserübergreifender Zentren eine Abstimmung insbesondere mit den Nachbarkrankenhäusern, aber auch mit allen an der Krankenhausplanung Beteiligten voraussetzt. Wenn Krankenhäuser nämlich übergreifende Aufgaben wie Konsile, interdisziplinäre Videofallkonferenzen, besondere Dokumentationsleistungen, Fortbildungsaufgaben und Aufgaben der Qualitätssicherung übernehmen, müssen sie sich nachgerade mit den Nachbarkrankenhäusern darüber abstimmen, welches eine Spezialisierung in welchen Bereichen übernimmt. Ein zusätzlicher Aufwand durch die Übernahme zentraler Aufgaben muss durch Vergütungsregelungen aufgefangen werden (wobei der Gesetzgeber wohl noch nicht explizit an multilaterale Vergütungsregelungen gedacht hat, bei denen umliegende Krankenhäuser die Zentrumsaufgabe mitfinanzieren). Aus den wenigen bisher existierenden Bedingungen des Ordnungsrahmens lässt sich jedoch eher ein medizinisch-inhaltliches Primat für die Zentrenbildung erkennen. Der zu erwartende Versorgungsansatz (Daseinsvorsorge, Sicherstellung) ist in den derzeitigen Rahmenbedingungen nicht erkennbar.

⁶ So z. B. die Asklepios Kliniken Weißenfels – Hohenmölsen für den Vereinbarungszeitraum 2007 hinsichtlich eines Brustzentrums.

Abwägung

Die Grenzen zwischen beiden Ansätzen sind fließend, sie unterscheiden sich insbesondere durch die Zweckrichtung, mit der einzelne Aufgaben wahrgenommen werden. Nach der Gesetzeslogik ist die Übernahme besonderer Aufgaben durch Zentren und Schwerpunkte Voraussetzung für entsprechende Vergütungsansprüche. Dies ist jedoch nicht ausdrücklich durch verfahrensrechtliche Mitspracherechte umliegender Häuser oder krankenhauplanerische Entscheidungen abgebildet. Es bleibt zu diskutieren, ob diese Mitspracherechte nicht Voraussetzungen für die Zuerkennung einer Zentrumseigenschaft sind. Derzeit haben die einzelnen Krankenhäuser jedoch große Gestaltungs- und Definitionsspielräume hinsichtlich der Frage, durch welche Leistungen ein Zentrum begründet werden kann.

In Sachsen-Anhalt und Nordrhein-Westfalen sind im Rahmen der Krankenhausplanung einzelne Regelungen auch zu Zentren erfolgt. In Sachsen-Anhalt enthalten die Rahmenrichtlinien zur Krankenhausplanung Anforderungen an ein Zentrum⁷, in Nordrhein-Westfalen entscheidet zum Teil die Krankenhausplanungsbehörde über die Eigenschaft als Zentrum⁸. Dies zeigt, dass verfahrensrechtliche Absicherungen der Zentrumsbildung durchaus möglich sind. Durch solche planerischen Vorgaben wird die Betrachtungsweise verstärkt auf die inhaltliche Begründung der Notwendigkeit eines Zentrums gelenkt und die Abstimmung zwischen den einzelnen Krankenhäusern gefördert, um eine insgesamt sinnvolle Versorgungsstruktur zu schaffen. Hierdurch wird der Blick stärker von der Finanzperspektive des einzelnen Hauses, das die Schaffung von (möglichst vielen) Zentren auch als Budgetoptimierungsparameter sieht, auf die inhaltliche Diskussion darüber gelenkt, ob eine Aufgabenverteilung zwischen verschiedenen Krankenhäusern notwendig und sinnvoll ist. Damit kann vermieden werden, dass sich die Diskussion auf die Finanz- und Budgetaspekte des Zentrumsbegriffs beschränkt.

Bevor aus Sicht der Autoren eine Diskussion hinsichtlich der beiden beschriebenen Primärmotivationen erfolgt, werden die Ansätze im Folgenden noch etwas näher erläutert.

5.3 Medizinisch-inhaltliche Zentrenbildung – Versorgungspolitischer Aspekt

Die Sicherstellung von hinreichenden Angeboten an Krankenhausleistungen ist Teil der Daseinsvorsorge, die nach der gesetzlichen Kompetenzverteilung grundsätzlich den Ländern obliegt, die diese meist an die Kommunen delegieren (Robra et al. 2003).

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes bezieht sich auf die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser. Versorgungspolitische und insbesondere planerische

7 Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gem. § 3 Abs. 2 KHG LSA, Nr. 4.3 (Versorgung in Leistungszentren).

8 Schiedsstelle – KHG Rheinland, Verf. – Nr. 3/2006, S. 8.

Aspekte in einzelnen Regionen sind davon nicht umfasst; sie verbleiben auf Basis der konkurrierenden Gesetzgebung und Auffangkompetenz bei den Ländern. Die versorgungspolitischen Aspekte können im Rahmen der Krankenhausplanung wahrgenommen werden, wenn sich diese nicht auf die Umsetzung bundesgesetzlicher und damit stark auf Finanzierungsaspekte fokussierter Anforderungen beschränkt, sondern sich planerischen und versorgungspolitischen Aufträgen stellt.

Jedes einzelne Krankenhaus definiert sein Leistungsspektrum im Wesentlichen über den Versorgungsauftrag, den es entweder durch Vertragsschluss mit den Krankenkassen nach § 109 f SGB V oder durch Aufnahme in den Krankenhausplan erhält. Hierüber kann das Versorgungsangebot in bestimmten Regionen planerisch strukturiert werden. Gesetzlich vorgegeben sind die Einbeziehung der Aspekte Leistungsfähigkeit der einzelnen Krankenhäuser und Bedarfsgerechtigkeit des Angebots (§ 6 KHG): Bei der Zulassung von Krankenhäusern im Rahmen der Krankenhausplanung, aber auch bei Vertragsschlüssen der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist zu berücksichtigen, inwieweit die Krankenhäuser in der Lage sind, die von ihnen angebotenen Leistungen zu erbringen (Leistungsfähigkeit). Darüber hinaus ist aber auch zu klären, inwieweit überhaupt ein Bedarf an diesen Leistungen besteht. Wenn beispielsweise mehrere Krankenhäuser grundsätzlich daran interessiert sind, einzelne Leistungen zu erbringen und hierzu auch qualitätsgesichert in der Lage sind, jedoch kein Bedarf besteht alle einzubeziehen, ist grundsätzlich eine planerische Auswahlentscheidung zu treffen.

Dies gilt umso mehr für die Bildung von Zentren. Hier ist schon vom Begriff her Voraussetzung, dass in einem bestimmten räumlichen Umfeld einzelne Krankenhäuser Leistungen erbringen, die über das allgemeine flächendeckende Angebot von Leistungen hinausgehen. Umso dringlicher stellt sich damit die Frage, in welchem Entscheidungsverfahren festzulegen ist, welches Krankenhaus die Zentrums-eigenschaft für sich beanspruchen kann und welches nicht. Dies gilt umso mehr, als mit der Entscheidung über die Zentrums-eigenschaft Vergütungsansprüche implizit mit entschieden werden.

Da aber die Zentrums-eigenschaft erfordert, dass sich das Krankenhaus vom flächendeckenden Versorgungsangebot abhebt, bedeutet das zumindest bei einer regionalen Betrachtung, dass mit der Entscheidung zugunsten eines Krankenhauses auch eine Entscheidung gegen andere Krankenhäuser getroffen werden muss. Im Rahmen eines Entscheidungsverfahrens über die Krankenhausschiedsstellen sind die benachbarten Krankenhäuser regelmäßig nicht in die Entscheidungsfindung einbezogen. Eine planerische Entscheidung über die medizinischen Anforderungen an ein Zentrum bietet dagegen allen potenziell interessierten Krankenhäusern die Möglichkeit, ihre Interessen einzubringen. Dies gilt insbesondere, wenn mit der Entscheidung über Standorte von Zentren auch Strukturentscheidungen verbunden sind bzw. implizit getroffen werden. Zumindest bei krankhausplanerischer Betrachtung muss jedoch auch berücksichtigt werden, dass die Übernahme von übergreifenden Aufgaben in der Versorgung in bestimmten Fachgebieten auch ein bestimmtes Fallaufkommen in den entsprechenden Bereichen erfordert.

Eine Zentrumsbildung ist dann sinnvoll, wenn damit eine Konzentration der betroffenen Fachgebiete oder Teilgebiete an einzelnen Häusern erfolgt. Dies wiederum hat Auswirkungen sowohl auf das Versorgungsangebot der konkurrierenden Krankenhäuser als auch auf die zwischen den Häusern und den Kostenträgern zu

treffenden Budgetvereinbarungen. In diesen wird ebenso wie in der Krankenhausplanung neben der Budgethöhe auch das Leistungsspektrum der einzelnen Krankenhäuser vereinbart. Dabei werden beispielsweise in Sachsen-Anhalt krankhausplanerische Entscheidungen zugrunde gelegt, weil der planerische Versorgungsauftrag Vorrang vor den nachfolgenden Budgetverhandlungen hat. Ist die Krankenhausplanung als Leistungsplanung statt als Bettenplanung angelegt, erfolgt hier korrespondierend zur leistungsorientierten Abrechnungssystematik des DRG-Systems eine Entscheidung über die Leistungsstruktur eines Krankenhauses (Robra et al. 2003). Ein solcher Planungsansatz kann sinnvollerweise die Entscheidung über die Bedarfsgerechtigkeit und die Verteilung von Zentren auf die verschiedenen leistungsfähigen Krankenhäuser übernehmen, soweit der Zentrenbildung medizinisch-inhaltliche und versorgungspolitische Kriterien zugrunde liegen.

Wenn eine Krankenhausplanung von Zentrenstandorten nicht erfolgt, ergeben sich verschiedene Probleme. Zum einen bleibt die Frage offen, in welchem Verfahren die Interessen der konkurrierenden Krankenhäuser ausgeglichen werden sollen. Erfolgt der Zuschlag für einen Zentrumsstandort an ein Krankenhaus, hat dies Auswirkungen für die konkurrierenden Krankenhäuser, die ggf. nicht mehr in der Lage sind, Zentren in der entsprechenden Teildisziplin zu werden, obwohl sie möglicherweise leistungsfähiger sind. Überlässt man die Verantwortung der Entscheidung über die Zentrenstandorte bilateral dem einzelnen Krankenhaus und den Kostenträgern, blendet man systematisch die Interessen konkurrierender Krankenhäuser aus bzw. überantwortet die Wahrnehmung der Interessen konkurrierender Krankenhäuser einseitig den Kostenträgern. Diese können die Entscheidung unter Umständen aufgrund fehlender Informationen nicht treffen oder sind an der vertretungsweisen Wahrnehmung der Krankenhausinteressen durch eigene entgegengerichtete Interessen gehindert.

Zudem bleibt ohne planerische Abstimmung der Zentrumsstandorte nur das „Windhundverfahren“, das entweder dem ersten Antragsteller den Zuschlag für ein Zentrum erteilt oder sich von der Begrenzung der Anzahl der Zentren letztlich verabschiedet, d. h. dass im Ergebnis unbegrenzt viele Zentren zugelassen werden, die jeweils die Mindestanforderungen an ein bestimmtes Leistungsspektrum erfüllen. Eine solche Vorgehensweise führt jedoch den Zentrumsbegriff ad absurdum, da letztendlich jedes Krankenhaus, das bestimmte Behandlungen vornimmt und entsprechende Qualitätsstandards erfüllt, zu einem Zentrum für dieses Krankheitsbild werden kann. Diese Entwicklung beginnt sich in der Realität für einzelne Bereiche, beispielsweise Brustzentren, bereits abzuzeichnen.⁹

Es zeigt sich, dass ein Zentrumsbegriff, der auf die Wahrnehmung übergreifender Aufgaben durch einzelne Krankenhäuser fokussiert, notwendigerweise ein Abstimmungsverfahren und damit ein planerisches Verfahren voraussetzt, in das alle Krankenhäuser wie auch Kostenträger ihre Standpunkte und Interessen einbringen können und in dem ein Interessenausgleich zwischen den erwartbar gegensätzlichen ökonomischen Interessen der Beteiligten gesucht wird.

⁹ Aktuell gibt es neun durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft zertifizierte Brustzentren in Sachsen-Anhalt.

5.4 Vergütungsrechtliche Zentrenbildung – ökonomischer Aspekt

5

Nach § 5 Abs. 3 KHEntgG sind für Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG durch die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG Zu- und Abschläge zu vereinbaren, soweit bundesweite Regelungen zu Zuschlägen nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG oder eine entsprechende Vorgabe des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 17 b Abs. 7 KHG nicht vorliegen. Hieraus ergibt sich, dass die Bestimmung der Zuschläge primär einer Entscheidung der Bundesebene vorbehalten ist, jedoch auch auf Ortsebene erfolgen kann, soweit eine Entscheidung auf Bundesebene nicht vorliegt. Insofern wird lediglich auf die „Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes“ verwiesen, die inhaltliche Regelungen wie oben beschrieben nur in geringem Maße enthalten.

Darüber hinaus kommt allenfalls noch die entsprechende Anwendung der Vorgaben für die Bundesebene in Betracht, die ihrerseits jedoch auch nur in geringem Umfang gegeben sind.

Nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG i. V. mit § 2 Abs. 2 Satz 2 des KHEntgG werden Zu- und Abschläge für solche Leistungen vereinbart, die nicht allgemeine Krankenhausleistungen in dem Sinne sind, dass sie als Finanzierungstatbestand für alle Krankenhäuser in den Entgelten nach § 17 b Abs. 1 Satz 1 KHG geregelt sind. Hierbei handelt es sich beispielsweise um die Notfallversorgung, an der nicht jedes Krankenhaus teilnehmen muss und eben die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten. Daraus ergibt sich, dass in dem Krankenhaus, das die Aufgaben eines Zentrums für sich reklamiert, besondere Leistungen erbracht werden müssen (Mohr 2004, S. 414). Zu diesen besonderen Leistungen gehören insbesondere nicht die Leistungen und Kosten der Behandlung und Versorgung der Patienten, weil diese als allgemeine Leistungen über Fallpauschalen, Zusatzentgelte oder andere Entgelte vergütet werden. Die Feststellung der Eigenschaft als Zentrum setzt also zunächst voraus, dass solche besonderen Leistungen vorliegen. Jedoch müssen nicht alle Leistungen, die im Kontext der mit der Zentrumseigenschaft im Zusammenhang stehenden Behandlungen erbracht werden, zugleich als besondere Leistungen gesondert ausfinanziert werden.

Die eigentliche Versorgungs- und Behandlungsleistung bleibt vergütungsrechtlich immer eine allgemeine Krankenhausleistung, die durch die Entgelttatbestände nach § 17 b Abs. 1 Satz 1 KHG finanziert wird, unabhängig davon, ob sie in einem Zentrum oder in einem anderen Krankenhaus erbracht wird.¹⁰ Dies ist letztlich auch systemgerecht, da der Aufwand der Leistungserstellung in die Kalkulation der Entgelte einbezogen wurde und somit einer zusätzlichen Finanzierung durch Zuschläge nicht bedarf. Damit setzt das Vorhandensein einer besonderen Leistung, die durch einen Zuschlag im Sinne von § 5 Abs. 3 KHEntgG ausfinanziert werden kann, einerseits voraus, dass es sich nicht um eine allgemeine Leistung des Krankenhauses handelt, die in die Entgelttatbestände nach § 17 b Abs. 1 Satz 1 KHG Einfluss findet, andererseits muss die besondere Leistung jedoch eine Krankenhausleistung im

¹⁰ Schiedsstelle – KHG Rheinland, Verf. – Nr. 3/2006, S. 11.

Sinne des § 2 KHEntgG sein. Dies bedeutet insbesondere, dass unter die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nur solche der stationären Versorgung von Patienten fallen und hier nur die stationär erbrachten Versorgungsleistungen.¹¹ Nur in diesem Fall ist der Regelungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes überhaupt betroffen.

Rein ambulante Leistungen fallen nicht unter diese Norm, selbst wenn sie am Krankenhaus erbracht werden sollten. Bezüglich der Höhe ggf. zu gewährender Zuschläge enthält das Gesetz keine ausdrücklichen Regelungen. Hier räumt das Gesetz den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG eine weitgehende Regelungsbefugnis ein, soweit Vorgaben der Bundesebene nicht existieren. Hierbei ist insbesondere der Maßstab der Sachgerechtigkeit der Zuschläge zu berücksichtigen. Dabei gilt einerseits, dass die Krankenhausfinanzierung nicht mehr auf Basis des Selbstkostendeckungsprinzips erfolgt, was dafür spricht, nicht zwangsläufig Kosten des Krankenhauses in Entgelte umzuwandeln, andererseits werden die Kostenstrukturen des Krankenhauses bei der Entscheidungsfindung eine maßgebliche Rolle spielen. Jedoch sind auch Vergleiche mit anderen Krankenhäusern und Regelungen zu einer wirtschaftlichen Leistungserbringung in die Entscheidungsfindung einzubeziehen.

Bei der Entscheidung über die Zuschläge aufgrund der Zentrumseigenschaft muss mithin zunächst festgestellt werden, ob ein Krankenhaus Zentrum im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes ist, d. h., ob die beschriebenen besonderen Aufgaben durch das Krankenhaus wahrgenommen werden. Ist dies der Fall, muss auf Basis der Leistungen des Krankenhauses bestimmt werden, ob auch im konkreten Fall besondere Leistungen erbracht werden. Dies setzt einerseits voraus, dass nur stationäre Leistungen in die Betrachtung einbezogen werden, andererseits, dass diejenigen stationären Leistungen, die als allgemeine Krankenhausleistungen durch die allgemeinen Entgelttatbestände ausfinanziert werden, nicht in die Betrachtung einfließen.

Zusammenfassend betrachtet enthalten die Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes damit weitgehend inhaltsfreie Vorgaben zur Bestimmung einer Vergütung für besondere Krankenhausleistungen. Die Frage, welche besondere Krankenhausleistung erbracht wird, ist in weiten Teilen den Vertragsparteien nach § 11 KHG überantwortet, während die Frage, ob die Erbringung dieser Krankenhausleistungen sinnvoll oder planerisch gewollt ist, bundesgesetzlich im Wesentlichen nicht geregelt ist. Damit bestehen weitgehende Interpretationsmöglichkeiten, ob eine Bestimmung und Ausgestaltung durch das einzelne Krankenhaus möglich ist oder ob durch übergeordnete planerische Ansätze eine Entscheidung kanalisiert werden soll. Bei den Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes handelt es sich demnach lediglich um einen Vergütungstatbestand, der die Frage, ob die Krankenhausleistungen sinnvoll oder erforderlich sind und worin sie genau bestehen, nicht regelt. Er muss als reiner Vergütungstatbestand „inhaltlich aufgeladen“ werden. Diese „inhaltliche Aufladung“ kann nur im Rahmen der Krankenhausplanung erfolgen.

11 Schiedsstelle – KHG Rheinland, Verf. – Nr. 3/2006, S. 13.

5.5 Der versorgungspolitische Aspekt als inhaltliche Füllung für die leere Hülle des Vergütungstatbestandes – ein Ausweg für die Zentrumsbildung

Die gesetzlichen Regelungen zur Zentrenbildung im Krankenhaus sind unter verschiedenen Aspekten ergänzungsbedürftig. Zum einen beziehen sich die Regelungen weitgehend auf die Finanzierung der besonderen Leistungen, ohne im Einzelnen zu regeln, was darunter zu verstehen ist. Hier ist eine Konkretisierung erforderlich, die nur durch die Planung erfolgen kann. Dabei ist bei den besonderen Leistungen, die sich schon definitorisch von den flächendeckend vorgehaltenen „normalen“ Leistungen abheben sollen, eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur fast noch wichtiger.

Die Länder sind hier aufgefordert, den im Rahmen der Krankenhausplanung bestehenden Spielraum der Landesebene zu nutzen, um eine Versorgungsstrukturplanung zu betreiben.

Darüber hinaus beschränken sich die Regelungen zur Zentrumsbildung allein auf den stationären Bereich. Wenn im Sinn einer Zentrumsbildung jedoch eine Schwerpunktbildung insbesondere unter Qualitätsaspekten erfolgt, dann entfaltet ein solches Zentrum auch eine Leuchtturmfunktion in der Region. Es ist in der Lage, eine Managementkompetenz zu entwickeln, die weit über die Leistungen des eigentlichen Krankenhauses hinausgeht; es ist in der Lage, die Versorgung in der Region zu bestimmten Krankheitsbildern zu organisieren und die Fortbildung beispielsweise auch von einweisenden Ärzten zu übernehmen. Diese Aufgaben gehen über stationäre Aufgaben des Krankenhauses hinaus. Hier zeigen sich die Grenzen der sektoralen Regelungen zur Leistungserbringung im Gesundheitsrecht. Es erscheint notwendig, eine Versorgungsstrukturplanung auch auf die angrenzenden Leistungsbereiche zu erstrecken, was jedoch an der im Gesundheitsrecht zersplitterten Planungszuständigkeit scheitert. Die Bedarfsplanung im ambulanten Bereich obliegt so beispielsweise der gemeinsamen Selbstverwaltung, im stationären Bereich hingegen den Ländern.

Hier offenbart sich ein Grundproblem des Gesundheitswesens, das einem Aufbau integrierter Strukturen entgegensteht, auch wenn diese gerade für Zentren im Sinne einer Versorgungsstrukturplanung sinnvoll erscheinen.

5.6 Fazit

Eine Zentrenbildung, die sich im Wesentlichen als Prolongierung der derzeitigen Entwicklung vollzieht, erfüllt weder den Zweck, der sich aus Begrifflichkeit und Interpretation des gesetzgeberischen Willens ableiten lässt, noch versorgungspolitische oder -strukturierende Ziele. Die lediglich auf die (Aus-)Nutzung eines Vergütungsanspruchs orientierte Zentrenbildung erbringt durch die fehlende Abgrenzung von der „Normalversorgung“ für die Finanziere dieser Vergütung (Beitrags- und Steuerzahler) keinen adäquaten Gegenwert.

Als Ausweg bietet sich an, das medizinisch-inhaltliche Primat bei der Zentrenbildung durchzusetzen. Mit einer überschaubaren Änderung krankenhaushausplane-

rischer Regelungen könnte der Zentrenbildung eine klare versorgungspolitische Perspektive eröffnet werden.

5.7 Literatur

- Dietz O, Bofinger W. Krankenhausfinanzierungsgesetz, Band 2. Wiesbaden 2008.
- Hohnholz B. Kommentar. In: Hauck K, Nofitz W. Sozialgesetzbuch (SGB V): Gesetzliche Krankenversicherung. Berlin: Erich Schmidt Verlag 2008.
- Mohr. Die BKK 2004. 413 ff.
- Robra BP, Deh U, Swart E, Felder S, Dralle R. Krankenhausplanung auf Grundlage von DRGs. In: Klauiber J, Robra BP, Schellschmidt H. Krankenhaus-Report 2003. Stuttgart: Schattauer 2004, 137ff.
- Tuschen KH, Trefz U. Krankenhausentgeltgesetz – Kommentar. Stuttgart: Kohlhammer 2009; 82.
- Swart E, Schwarz, Robra BP. Die stationäre Versorgung in der AOK Sachsen-Anhalt – Routine- und Spezialberichterstattungen. Berichtsjahr 2005. Magdeburg 2005, 51ff.