

Beschlussvorlage

Organisationseinheit Verwaltungsdezernat	Datum 18.03.2010	Drucksachen-Nr. 2010/030
---	---------------------	------------------------------------

↳ Beratungsfolge Kreistag	↳ Sitzungsart öffentlich	↳ Sitzungstermin/e 29.03.2010
------------------------------	-----------------------------	----------------------------------

Tagesordnungspunkt 3

Krankenhausstruktur im Landkreis Konstanz

Beschlussvorschlag

1. Der Kreistag stellt fest, dass eine kommunale Krankenhausträgerschaft für den Akutbereich im Landkreis Konstanz erhalten werden soll.
2. Über die
 - Ausgestaltung der Trägerschaft,
 - das notwendige medizinische Leistungsspektrum unter Berücksichtigung der vorhandenen Krankenhausstrukturen und über
 - Alternativen einer Beteiligung des Landkreises an einer kreisweiten Lösungist eine gutachterliche Stellungnahme einzuholen.
3. Die Krankenhausträger Konstanz und Singen haben für die Erstellung eines Gutachtens zur Prüfung einer möglichen Kooperation bereits entsprechende Mittel bereit gestellt. Im Interesse einer zeitnahen Beauftragung und Erstellung des Gutachtens strebt der Landkreis eine Erweiterung des Untersuchungsauftrags im Sinne von Ziff. 2 an und wird sich an den Kosten für das erweiterte Gutachten beteiligen. Die Verwaltung wird ermächtigt, im Benehmen mit den anderen Krankenhausträgern den Auftrag zur Erstellung des Gutachtens zu erteilen.
4. Ob und unter welchen Bedingungen eine Beteiligung des Landkreises an einer kreisweiten Krankenhausträgerschaft möglich ist, wird erst nach Vorlage des Gutachtens entschieden.
5. Eine Entscheidung soll im Mai 2010 getroffen werden.

Sachverhalt

Mit Schreiben vom 05.03.2010 beantragten die Bürgermeister/Oberbürgermeister (gleichzeitig Kreisräte) der Krankenhaus-Standortgemeinden „eine Diskussion im Kreistag, unter welchen Bedingungen eine kommunale Krankenhauslandschaft in unserer Region erhalten und welche Rolle der Landkreis Konstanz dabei spielen könnte. Die Struktur des kommunalen Klinikverbundes RKH könnte hier Diskussionsgrundlage sein.“

Anlage 1: Antrag der Städte/Gemeinden

Entsprechend der Anregung wurde Herr Edwin **Beckert**, Geschäftsführer i. R., eingeladen, der in einer – nichtöffentlichen – Anhörung einen Erfahrungsbericht erstatten und aufzeigen wird, wie die Regionale Klinik Holding RKH entwickelt und organisiert worden ist. Die Anhörung kann auf Wunsch des Referenten nur nichtöffentlich erfolgen.

Zur öffentlichen Beratung ergeht die nachstehende Sitzungsvorlage:

I. Vorbemerkung

Die Krankenhauslandschaft in Deutschland verändert sich seit Jahren deutlich. Daten, die das Statistische Bundesamt im Dezember 2008 veröffentlicht hat, zeigen klar, wohin die Trends gehen. In dem zugrunde gelegten Untersuchungszeitraum von 1991 bis 2007 waren folgende Veränderungen besonders auffällig:

- Seit Anfang der 1990er-Jahre wurde fast ein Viertel aller Krankenhausbetten abgebaut. Trotz dieses massiven Bettenabbaus ist zusätzlich auch die Auslastung gesunken. Und zwar von 84 auf 77 Prozent. Zum Vergleich: In vielen Bundesländern gilt nur eine Auslastung von 85 Prozent als bedarfsgerecht.
- Patienten werden immer früher aus dem Krankenhaus entlassen. Während Kranke 1991 durchschnittlich 14 Tage im Krankenhaus blieben, waren es im Jahr 2009 nur noch 7,8 Tage.
- Die Zahl der Kliniken ist kontinuierlich zurückgegangen. 1991 gab es noch 2.411 Einrichtungen in Deutschland, 2007 waren es nur noch 2.087. Das sind innerhalb von weniger als 16 Jahren 13 % weniger Kliniken. Teilweise hat auch die Fusion verschiedener Einrichtungen zu dieser Entwicklung beigetragen.
- Die Bettenzahl ist gesunken, die Zahl der Krankenhaufälle wird aber in der Zukunft steigen.

Es ist absehbar, dass die demografische Entwicklung die Kliniklandschaft in Zukunft entscheidend beeinflussen wird. Das Statistische Bundesamt hat im Rahmen einer Modellrechnung eine Steigerung der voraussichtlichen Zahl der Krankenhaufälle bis zum Jahr 2030 um etwa 12 % ermittelt.

II. Krankenhausfinanzierung

Die finanziellen Rahmenbedingungen der stationären Versorgung in Deutschland haben sich in den vergangenen Jahren ebenfalls gewandelt. Den Krankenhäusern wurde durch das DRG-System eine immense Anpassungsleistung abverlangt. Andere Faktoren, wie die rückläufige Investitionsfinanzierung der Länder, sind belastend hinzugekommen.

Seit 1972 bestand für die Krankenhäuser in Deutschland hinsichtlich ihrer Finanzierung durch das „Duale Finanzierungssystem“ ausreichende Klarheit und zugleich Sicherheit. Das

Krankenhaus, das im Landeskrankenhausplan registriert war und der Begriffsbestimmung entsprach, hatte das „verbriefte Recht“ auf die Zahlung der leistungsgerechten Erlöse aus den Pflegesätzen und zusätzlich auf die (ab-) gesicherte Erstattung der Investitionen. Beide Finanzierungssäulen garantierten damit seine Liquiditätsversorgung und seine notwendigen Investitionen. Zugleich wurde dadurch seine Wirtschaftlichkeit sichergestellt.

Die Krankenhäuser hatten so einen gesetzlich formulierten Anspruch, dass ihre vorauskalkulierten Selbstkosten bei wirtschaftlicher Betriebsführung vollständig bezahlt werden. Zusätzlich erhielten sie die notwendige und beantragte Investitionsfinanzierung als Fördermittel aus dem Haushalt der Länder.

Mit dieser Finanzierung lag die Versorgungshoheit für die stationäre Versorgung bei den Bundesländern. Die Länder bestimmten so über die Anzahl der Krankenhäuser wie auch über die Anzahl der Betten. Die Ministerien legten damit aber auch fest, an welchem Ort welche Versorgung mit welchen medizinischen Fachbereichen stattzufinden hat. Trotz einiger kleinerer Korrekturen „hielt“ dieses System bis zum Jahr 1993.

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) wurde dieses Finanzierungssystem deutlich verändert: an die Stelle der Tagessätze trat ein Mischsystem von Fallpauschalen, ergänzt um Sonderentgelte. Verschärft wurde diese Situation für die Krankenhäuser durch die Einführung des „gedeckelten Budgets“ – also einer Begrenzung der verfügbaren finanziellen Mittel.

Endgültig wurde dieses Mischsystem durch das Fallpauschalengesetz (FPG) und die Einführung der DRG-basierten Finanzierung der laufenden Betriebskosten per 2005 umgestellt. In der ab dem Jahr 2005 beginnenden sogenannten Konvergenzphase wurden die bisherigen festen Klinikbudgets in mehreren Stufen an das landeseinheitliche DRG-Preisniveau angeglichen. Das Endziel waren Fallpauschalen, die für alle Kliniken im Lande gleich sind.

Im Jahr 2010 gilt für alle Kliniken der landesweite Basisfallwert in Höhe von 2.962,91 EUR.

Am Ende der Konvergenzphase im Jahr 2010 zeigt sich, welches Krankenhaus mit dieser neuartigen Finanzierung sein wirtschaftliches Überleben noch bzw. nicht mehr bestreiten kann, da der Landesbasisfallwert trotz Veränderungsrate durch Mengenzunahmen stagnieren oder sogar rückläufig sein kann. Dies betrifft insbesondere Krankenhäuser ohne Patientenzuwachs oder ohne positive Veränderung der Schweregrade finanziell negativ.

Nicht weniger dramatisch und dabei von der Öffentlichkeit fast unbemerkt, siecht die zweite Säule der Krankenhausfinanzierung – die Finanzierung der Investitionen aus den öffentlichen Fördermitteln der Länder – dahin. Dabei sind Investitionen für den Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit auch für Krankenhäuser unerlässlich. Das gilt gleichermaßen für neue bauliche Maßnahmen, den Erwerb medizinischer Geräte, die Umgestaltung der Informationstechnologie und deren Infrastruktur oder eine Prozessreorganisation.

Auch Krankenhäuser haben wie „Unternehmen“ zu handeln. Sie müssen lernen, in einem immer härteren Wettbewerb zu bestehen. Es gibt keine Existenzgarantie mehr.¹

Als Folge dieser Erkenntnisse haben sowohl das Klinikum Konstanz (DKI) als auch die HBH-Kliniken GmbH (Kienbaum) im vergangenen Jahr Struktur- und Wirtschaftlichkeitsgutachten erstellen lassen.

III. Krankenhausplanung

A. *Bedarfsplanerische Vorbemerkungen*

Bei Überlegungen zur Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft ist zu berücksichtigen, dass die Bedarfsplanung von einem gegliederten System aus-

¹ Kampe/Bächstädt, Die Zukunft der Krankenhausfinanzierung, 2007

geht, das unterschiedliche Voraussetzungen miteinander verknüpft.

B. Leistungsstufensystem

Stufe I	- Grundversorgung
Stufe II	- Regelversorgung
Stufe III	- Zentralversorgung
Stufe IV	- Maximalversorgung (Universitätskliniken).

Ein Krankenhaus der höheren Leistungsstufe übernimmt dabei grundsätzlich auch Aufgaben der jeweils niedrigeren Leistungsstufen für seinen engeren Einzugsbereich.

C. Versorgungsbereiche

Die Grund- und Regelversorgung soll innerhalb der Landkreise, die Zentralversorgung innerhalb der Regionen sichergestellt werden. Ein Versorgungsbereich umfasst:

für Stufe I	bis zu 50.000 Ew
für Stufe II	60.000 bis 100.000 Ew
für Stufe III	200.000 bis 600.000 Ew
für Stufe IV	1,0 bis 1,8 Mio. Ew

D. Bedarfsanteile der (Betten-)Kapazitäten

Stufe I	42 %
Stufe II	35 %
Stufe III	15 %
Stufe IV	8 %.

E. Bettenanteile

konservativ (i. w. S. Innere Medizin)	46 %
operativ (i. w. S. Chirurgie)	42 %
gynäkologisch/geburtshilflich	12 %.

F. Fachrichtungen

Vorzuhaltende Fachrichtungen mit graduellen Abstufungen (Belegabteilungen oder selbständige Abteilungen) und ggfs. Schwerpunktbildungen:

Stufe I	Innere Medizin, Chirurgie
Stufe II	zusätzlich: Gynäkologie/Geburtshilfe, Anästhesie, Radiologische Diagnostik, nach Bedarf: HNO, Augenheilkunde, Urologie; in größeren Häusern: Neurologie, Psychiatrie, Orthopädie, Pädiatrie, Pathologie
Stufe III	zusätzlich: Psychiatrie, Dermatologie, Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgie, Neurochirurgie
Stufe IV	hier nicht relevant.

Weitere bedarfsplanerische Grundlagen, wie z.B. Verweildauer, Bettennutzung o. ä. haben vor dem Hintergrund der DRG-Abrechnung an Bedeutung verloren.

G. Ist-Situation im Landkreis Konstanz

Das Klinikum Konstanz, das Hegau-Bodensee-Klinikum (Einheitliches Plankrankenhaus mit Standorten Singen, Radolfzell, Engen [und Stühlingen]) und das Krankenhaus Stockach leisten gemeinsam die stationäre und teilstationäre Akutversorgung im Landkreis Konstanz.

Darüber hinaus wird der örtliche und überörtliche spezifische Bedarf durch Fach- bzw. Vertragskrankenhäuser abgedeckt: Kliniken Schmieder in Allensbach und Gailingen (Neurologie, neurologisch-geriatrische Reha), Jugendwerk Gailingen (Neurologische Reha), das Zentrum für Psychiatrie Reichenau (Erwachsenenpsychiatrie, Psychotherapie, psychotherapeutische Medizin), das Vincentius-Krankenhaus Konstanz (Orthopädie) und das Herz-Zentrum Bodensee (Kardiologie, Herzchirurgie).

Im gültigen Krankenhausplan 2000 (Stand 01.01.2009) sind die allgemeinen Krankenhäuser folgenden Leistungsstufen zugeordnet:

Konstanz	Zentralversorgung
Singen (mit Radolfzell, Engen)	Zentralversorgung
Stockach	Grundversorgung
Vincentius-Krankenhaus	Fachkrankenhaus.

Anlage 2: Krankenhaus-Einzelblätter zum Krankenhausplan 2000, Stand 01.01.2009.

Bereits der Krankenhausbedarfsplan I aus dem Jahr 1977 enthielt bei den Kliniken Konstanz und Singen die Fußnote: „*Kooperation der Krankenhäuser in Konstanz und Singen sowie Abstimmung der Funktionen nach Leistungsstufen und Fachdisziplinen erforderlich*“. Entsprechende Verpflichtungen zur Kooperation und Zusammenarbeit enthalten auch die aktuellen Krankenhaus-Einzelblätter für die Bereiche Onkologie, Pädiatrie, Urologie, Schmerzzentrum. Die Abstimmung der fachlich-medizinischen Schwerpunkte sei im Rahmen eines Strukturvertrages vereinbart, der aktuell aber wohl nicht mehr praktiziert wird.

IV. Moderation 2002

In einer gemeinsamen Besprechung am 08.10.2001 beim Sozialministerium in Stuttgart hat der damalige Minister Dr. Friedhelm Repnik den Landrat mit der Moderation einer Arbeitsgruppe auf Fachebene beauftragt. Aufgabe war, künftige Strukturen der Krankenhausversorgung im Landkreis Konstanz zu erarbeiten mit dem Ziel, diese als Grundlage für eine künftige Zusammenarbeit der Krankenhausträger im Landkreis Konstanz vorzubereiten.

Diese Arbeitsgruppe hat in mehreren Sitzungen ein Strukturpapier erarbeitet, das vom Sozialministerium gebilligt wurde.

Darauf aufbauend wurde ein Kooperationsvertrag abgeschlossen, der den Landrat damit beauftragte, eine Zusammenführung der vier kommunalen Krankenhäuser unterschiedlicher Trägerschaft in eine gemeinsame Trägerschaft vorzubereiten und unterschriftsreife Verträge vorzulegen.

Ziel des Kooperationsmodells war die Sicherung der Leistungsfähigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit der regionalen Krankenhausversorgung, insbesondere vor dem Hintergrund der zu erwartenden Auswirkungen des in der Einführung befindlichen DRG-Abrechnungssystems.

Über die Ausgestaltung des zukünftigen medizinischen Leistungsangebots der Krankenhäuser wurde im Strategiepapier weitgehend Konsens erzielt. Ebenfalls waren die Grundsätze der rechtlichen Umsetzung über eine gemeinsame Trägergesellschaft mit den bisherigen Trägern als Gesellschafter (ohne Landkreis) diskutiert.

Die GEBERA wurde gemeinsam von allen Krankenhausträgern mit der Präzisierung des medizinischen Leistungsspektrums an den verschiedenen Standorten, der Klärung der gesellschaftsrechtlichen Rechte und Pflichten der Gesellschafter einschließlich der künftigen Strukturen beauftragt.

Parallel dazu wurde durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein

BIOS-Gutachten erstellt. BIOS analysierte zunächst die vorhandenen Behandlungsfälle. In einem zweiten Schritt wurden Vorschläge zu einer patientenorientierten, aber effizienten Neuaufteilung der Strukturen innerhalb der Region erarbeitet.

Das im November 2002 vorgestellte Ergebnis der beiden Gutachten wurde von den Krankenhausträgern nicht zur Umsetzung angenommen. Die Moderation durch den Landrat wurde nicht mehr gewünscht.

Insbesondere die fachlich-medizinischen Überlegungen aus dem Strategiepapier und den beiden Gutachten entsprechen nicht mehr dem aktuellen Stand; auch die seinerzeit empfohlene Struktur einer Krankenhaus-Holding müsste angepasst werden.

V. Krankenhaus-„Pflichtträgerschaft“

In Verbindung mit dem Stichwort „Kreislösung“ war in der Presse in den letzten Wochen auch häufig von einer „Pflicht-Trägerschaft des Landkreises“ die Rede.

In § 3 Abs. 1 des Landeskrankenhausgesetzes (LKHG) heißt es dazu:

„Wird die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern nicht durch andere Träger sichergestellt, so sind die Landkreise und Stadtkreise verpflichtet, die nach dem Krankenhausplan notwendigen Krankenhäuser und Krankenhauseinrichtungen zu betreiben.“

Die – mit dem Sozialministerium abgestimmte – rechtliche Beurteilung der Verwaltung kommt deshalb zum Ergebnis, dass eine Pflichtträgerschaft des Landkreises unter folgenden Voraussetzungen zum Tragen kommen könnte:

- Wird die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern nicht durch „andere Träger“ sichergestellt, ist der Landkreis verpflichtet, die nach dem Krankenhausplan notwendigen Krankenhäuser und Krankenhauseinrichtungen zu betreiben (§ 3 LKHG, s. oben). Dies kann nach § 40 II LKHG durch das Regierungspräsidium angeordnet werden, wenn ein nicht zur Trägerschaft Verpflichteter beabsichtigt, den Betrieb eines notwendigen Krankenhauses einzustellen.
- Was für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlich ist, legt der Krankenhausplan des Landes fest (§ 5 LKHG, Einzelheiten s. Abschnitt III).
- Im Fall der Rückgabe des Versorgungsauftrages durch den „anderen Träger“ eines notwendigen Krankenhauses wird das Sozialministerium klären, welche Strukturen für eine bedarfsgerechte Versorgung i. S. des Krankenhausplanes notwendig sind. Doppelstrukturen (Stichwort: Wettrüsten) müssten bei dieser Gelegenheit bereinigt werden. Für die erforderliche Leistungsstruktur würde das Sozialministerium versuchen, einen „anderen Träger“ zu finden. Ein „anderer Träger“ kann auch ein Privatunternehmen sein; genügend Interessenten sind vorhanden.
- Sollte kein anderer Träger gefunden werden, käme die o. a. Verpflichtung des Landkreises zur Wahrnehmung des Versorgungsauftrages durch das Regierungspräsidium in Frage. Zweckmäßiger Weise würde der Landkreis diesen Auftrag unter Inanspruchnahme der bisherigen Einrichtungen ausführen.
- Der Landkreis wäre allerdings nicht in der Lage, bestehende Einrichtungen zu erwerben. Das ist auch nicht notwendig, denn Betreiber und Eigentümer eines Krankenhauses können personell auseinanderfallen. Zur Erfüllung eines Versorgungsauftrages könnte der Landkreis Einrichtungen oder Teile von Einrichtungen anmieten. Ein großer Teil der

vorhandenen Einrichtungen ist ohnehin durch Fördermittel des Landes finanziert, die vom Empfänger entweder zurückgezahlt oder der Zweckbindung entsprechend an einen neuen Betreiber weitergegeben werden müssen.

- **Fazit zur Pflichtträgerschaft:**

1. **Der Landkreis hat einen subsidiären gesetzlichen Sicherstellungsauftrag und kann vom Regierungspräsidium verpflichtet werden, die Trägerschaft eines notwendigen Krankenhauses zu übernehmen. Dies jedoch nur dann, wenn kein „anderer Träger“ den Sicherstellungsauftrag übernimmt.**
2. **Ein „in die Pflicht nehmen“ des Landkreises durch „andere Träger“, oder die einseitige Übertragung der Kliniken durch bisherige Träger auf den Landkreis ist nicht möglich.**
3. **Aus der subsidiären „Pflichtträgerschaft“ kann keine Verpflichtung des Landkreises zur Zahlung von Zuschüssen oder Defizitausgleichen an andere Träger abgeleitet werden.**

VI. Formen der Zusammenarbeit

Das Thema einer „**Kreislösung**“ oder einer kreisweiten Zusammenarbeit der Krankenhäuser kann in unterschiedlichen Formen realisiert werden.

- **Kooperation** ist die freiwillige Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Unternehmen zur Durchsetzung gemeinschaftlicher Interessen gegenüber Dritten. Die Merkmale der Kooperation sind zum einen die Zusammenarbeit zwischen Unternehmen durch Abstimmung von Funktionen oder der Ausgliederung von Funktionen und die Übertragung der Entscheidungsfindung auf eine gemeinschaftliche Einrichtung. Zum anderen müssen die verbundenen Unternehmen ihre rechtliche Selbstständigkeit und auch ihre wirtschaftliche Selbstständigkeit in den Bereichen bewahren, die nicht dem Kooperationsvertrag unterworfen sind.
- Mit **Fusion** wird der rechtliche Tatbestand einer Verschmelzung zweier oder mehrerer Unternehmen bezeichnet.
- Der Begriff **Holding** ist eine Kurzform für Holdinggesellschaft/Dachgesellschaft oder Holding-Organisation und umschreibt keine eigenständige Rechtsform, sondern eine in der Praxis etablierte Organisationsform der Muttergesellschaft mit verbundenen Unternehmen. **Die Holding-Organisation muss die Merkmale der organisatorischen, wirtschaftlichen und finanziellen Eingliederung aufweisen**, damit die Voraussetzungen für eine steuerrechtliche Organschaft erfüllt sind.

VII. Privatisierung

Auch von Privatisierung war in den letzten Monaten häufig die Rede, wobei nicht bei allen Wortmeldungen der Unterschied beachtet wurde zwischen einer **formellen** Privatisierung (Umwandlung/Ausgliederung des gesamten Betriebes in eine Rechtsform des Privatrechts – in Vorbereitung beim Klinikum Konstanz, bereits vollzogen in der HBH-GmbH) und einer **materiellen** Privatisierung (Verkauf des Krankenhausbetriebes oder der Geschäftsanteile an einer Krankenhaus-GmbH).

Voraussetzung für das Gelingen der materiellen Privatisierung ist die Suche des privaten Partners im **Wettbewerb**. Die Veräußerung eines Krankenhausbetriebes oder von Ge-

schäftsanteilen muss aus rechtlichen Gründen nicht im Rahmen eines förmlichen Ausschreibungsverfahrens erfolgen. **Kommunalwirtschaftliche Vorschriften fordern aber die Erzielung des „besten Wertes“, der in einem strukturierten Bieterverfahren ermittelt wird,** das den Grundsätzen der Publizität und Transparenz sowie der Gleichbehandlung der Interessenten Rechnung trägt.

Hintergrund von formellen Privatisierungsüberlegungen ist die Erkenntnis, dass Eigen- und Regiebetrieb keine zukunftsfähigen Organisationsformen (für Krankenhäuser) sind, u. a. wegen der fehlenden Rechtsfähigkeit, langen Entscheidungswegen und zu großer Nähe zur Politik.²

Allerdings bringt eine Rechtsform des Privatrechts allein noch keine Vorteile – zwingende Voraussetzungen für einen wirtschaftlichen Krankenhausbetrieb sind insbesondere:

- Straffung der Entscheidungswege
- klare Kompetenzzuweisungen
- Optimierung der Führungsstrukturen im Gesellschaftsvertrag
- starke Geschäftsführung mit Ergebnisverantwortung
- Aufsichtsrat ist „nur“ Kontrollorgan
- Grundsatzentscheidungen durch die Gesellschafterversammlung.

VIII. Kartellrechtliche Fusionskontrolle

Das Bundeskartellamt darf die Fusion von Krankenhäusern überwachen und verbieten, falls eine marktbeherrschende Stellung zusammengeschlossener Kliniken zum Nachteil der Patienten droht. Dies entschied der Bundesgerichtshof (BGH).

Nach Auffassung des BGH bieten Krankenhäuser ihre Leistungen den einzelnen Patienten auf einem sogenannten Wettbewerbsmarkt an. Zwischen Krankenhäusern bestehe ein erheblicher Qualitätswettbewerb, etwa bei der fachlichen Qualifikation von Ärzten und Pflegepersonal oder der sachlichen Ausstattung. Weil Patienten entscheiden, in welchem Krankenhaus sie sich behandeln lassen, seien sie die sogenannte Marktgegenseite für das Angebot von Krankenhausleistungen und müssten vor Wettbewerbsnachteilen geschützt werden. Das Bundeskartellamt sei deshalb zu Fusionskontrollen berechtigt, heißt es im Urteil.

Nach Information der Stadt Singen wurde von dort bereits eine Anfrage an das Bundeskartellamt gerichtet, ob eine angedachte Kreislösung zu Konflikten mit den Bestimmungen des Wettbewerbsrechts führen würde.



IX. Notwendigkeit von Strukturanpassungen

Grundvoraussetzung für eine Neuordnung der Krankenhausstrukturen ist die Bereitschaft der Krankenhausträger, das bisher praktizierte Wettbewerbsmodell durch ein **Kooperationsmodell** zu ersetzen.

Ziel einer Zusammenarbeit ist die Sicherung der Leistungsfähigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit der regionalen Krankenhausversorgung, insbesondere im Hinblick auf die unter Abschnitt I und II beschriebenen Herausforderungen. Die Chance dazu kann in einer institutionalisierten kreisweiten Zusammenarbeit liegen.

Als **Gründe** für eine notwendige Zusammenarbeit im Landkreis wurden bereits im GEBERA-Gutachten 2002 genannt:

² Köhler, Luther Menold Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Jahrestagung des Verbandes der Krankenhaudirektoren Deutschlands e.V., 29./30.04.2004

Allgemeine Gründe

- Kleine Krankenhäuser können nicht im Wettbewerb überleben; selbst Zentralversorger können schnell eine kritische Größe erreichen.
Synergiepotenziale sind zu erschließen:
- Schwerpunktbildung ohne regionale Kooperationspartner ist schwierig zu realisieren
- Notwendiger Managementaufwand und know-how zur Bewältigung der Herausforderungen durch das neue Entgeltsystem kann alleine nicht aufgebracht werden
- enge Zusammenarbeit im sekundär- und nicht-med. Bereich
- Stärkung der Verhandlungsposition gegenüber den Kostenträgern

Spezielle Gründe

- „Wettrüsten“ der beiden Zentralversorger verursacht nicht vertretbaren Aufwand
- Initiative der Landesbehörden
- Unterstützung der Krankenkassen
- Unterstützung der MVA / der Betriebsräte
- Sicherung des kommunal-politischen Einflusses auf die lokale Krankenhausversorgung
- geographische Lage legt einen Kooperationspartner für die KKH im Landkreis KN nahe
- Vorhandenes med. Potenzial des Verbundes
- Sicherung der Attraktivität und Ausbildungsmöglichkeiten für den ärztlichen Dienst

Ohne einer ausführlichen gutachterlichen Prüfung vorzugreifen wird eine Holding-Struktur, wie sie bereits 2002 von der GEBERA empfohlen wurde, am ehesten den Anforderungen an eine kreisweite kommunale Zusammenarbeit gerecht.

Die Realisierung einer **Zusammenarbeit verlangt Einvernehmen der Entscheidungsträger** insbesondere hinsichtlich

- einer Abstimmung des **medizinischen Leistungsprogramms** und
 - der Implementierung einer geeigneten **Betriebsform**.
- **Eine kreisweite Zusammenarbeit kann den Erhalt der vorhandenen „Betriebsstätten“, aber nicht den gegenwärtigen Planbettenbestand oder das aktuelle Leistungsprogramm sichern (Konsequenz aus der Krankenhausplanung). Sie muss sich an den definierten Versorgungsstufen, am Versorgungsauftrag und den sonstigen Bedarfsdeterminanten der Krankenhausplanung (s. Abschnitt III) orientieren. Leistungen der Grundversorgung (Innere Medizin, Chirurgie) sollen grundsätzlich gemeindenah angeboten werden. Komplizierte Behandlungsfälle müssen an den Krankenhäusern der Zentralversorgung (weiter-)behandelt werden.**
- **Außer diesen bedarfsplanerischen Vorgaben dürfen bei der Entwicklung einer sinnvollen Struktur keine weiteren Vorbedingungen akzeptiert werden. Leider sind solche teilweise schon von Trägergremien formuliert worden oder werden noch ausgearbeitet.**
- **Ziel ist in einer ersten Stufe eine neutrale Planung auf Basis einer „Soll-Lösung“, die dann mit den vorhandenen Strukturen abgeglichen wird; so werden Doppelstrukturen und Mehrfachvorhaltungen erkennbar. Erst danach können Erwartungen und Wünsche der einzelnen Träger formuliert werden.**
- **An dieser Stelle muss dann aber zwingend auch geklärt werden, wer Abweichungen von der Soll-Lösung wünscht und bereit ist, dafür die Kosten zu tragen.**

- **Schließlich ist zu entscheiden, in welcher rechtlichen Form (Abschnitt VI) eine kreisweite Zusammenarbeit erfolgen kann/soll.**
- **Als letzter Punkt – und erst nach diesen grundsätzlichen Klärungen – muss auch entschieden werden, welche Rolle der Landkreis in einem kreisweiten Krankenhausverbund einnehmen kann. Insofern ist es sinnvoll und notwendig, dass der Landkreis sich an der Beauftragung und Finanzierung eines auf Trägerebene bereits verabredeten Gutachtens zur künftigen Struktur beteiligt.**

X. Befangenheitsvorschriften

Im Zusammenhang mit Beratungen über die Krankenhausstruktur im Landkreis Konstanz ist auch zu prüfen, ob und ggf. bei welchen Mitgliedern des Kreistags Befangenheit besteht, da zahlreiche Mitglieder des Kreistages gleichzeitig einem Aufsichts- oder Eigentümergremium eines Krankenhauses angehören, dem Entscheidungen einen unmittelbaren Vor- oder Nachteil bringen können.

Die Sitzungsvorlage ist deshalb auf grundsätzliche Themen beschränkt, die aber als Grundvoraussetzung für weitere Entscheidungen geklärt sein müssen.

In diesem Stadium der Beratung besteht KEINE Befangenheit, weil der Tatbestand des „unmittelbaren Vor- oder Nachteils“ nicht gegeben ist.

Sollten jedoch im Verlauf der Beratung konkrete Umsetzungsvorschläge gemacht werden, die unmittelbare Auswirkungen auf einzelne Krankenhäuser haben können, muss im Einzelfall die Befangenheit von anwesenden Mitgliedern des Kreistags geprüft und festgestellt werden.

In weiteren Beratungen liegen – abhängig von der gewählten konkreten Lösung – ggf. sowohl die **sächlichen** als auch die **persönlichen** Voraussetzungen für eine Befangenheit vor.

Eine abschließende Prüfung ist aber erst in der konkreten Situation möglich. Dies ist mit der Rechtsaufsichtsbehörde abgestimmt.

Anlage 3: Befangenheitsbestimmungen gemäß § 14 LKrO.

Finanzielle Auswirkungen

Bereitstellung von Mitteln für die Beteiligung an einem Strukturgutachten; ca. 50.000 EUR.

Anlagen

Anlage 1 – Antrag der Städte/Gemeinden

Anlage 2 – Krankenhaus-Einzelblätter zum Krankenhausplan 2000, Stand 01.01.2009

Anlage 3 – Befangenheitsvorschriften gemäß § 14 LKrO