

Beratende Äußerung
gemäß § 88 Abs. 2 LHO

**Neuausrichtung der Kranken-
hausplanung und -förderung in
Niedersachsen**

Übersandt an

- Niedersächsischer Landtag

nachrichtlich an

- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration
- Niedersächsisches Ministerium für Wissenschaft und Kultur
- Niedersächsisches Finanzministerium

Hildesheim, 11.08.2011

Az.: 5.3-0540-74-75/3-10



Niedersachsen

Inhaltsverzeichnis

1	Anlass und Gegenstand der Beratenden Äußerung	1
2	Wesentliche Empfehlungen.....	2
3	Prognose der Bevölkerungsentwicklung in Niedersachsen	3
3.1	Rückgang der Bevölkerung	4
3.2	Erhöhung des Durchschnittsalters.....	5
3.3	Veränderte Altersstruktur - sinkender Anteil von Kindern und Jugendlichen.....	6
4	Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf	9
5	Kritische Bestandsaufnahme der aktuellen niedersächsischen Krankenhausplanung	10
6	Rechtlicher Handlungsrahmen	11
7	Vorschläge für einen zukunftsorientierten Krankenhausplan	14
7.1	Regionalisierte Gesundheitsplanung - Bildung von Gesundheitsregionen.....	15
7.2	Krankenhaus- und Notfallversorgung	17
7.2.1	Bedarfsorientierte Krankenhausfachplanung.....	20
7.3	Abkehr vom Bett als Planungsgröße	21
7.4	Konzentration von Behandlungsangeboten und -orten.....	22
7.5	Qualitätskriterien als Planungselement	24
7.6	Erfüllung des Versorgungsauftrags	26
7.7	Einbeziehung der Hochschulkliniken in die Krankenhausplanung	26
8	Weitere Vorschläge zur Modernisierung des Niedersächsischen Krankenhausrechts	28
8.1	Erweiterung des Auskunftsanspruchs	28
8.2	Prüfungsrecht des Landesrechnungshofs	28
8.3	Konkurrentenklagen.....	29
8.4	Trägerwechsel bzw. Übernahme von Krankenhäusern	29
8.5	Änderung der Zusammensetzung des Planungsausschusses	31

1 Anlass und Gegenstand der Beratenden Äußerung

Die Niedersächsische Landesregierung hat dem Niedersächsischen Landtag am 18.05.2011 den Entwurf zur Novellierung des Nds. KHG¹ zur Beratung und Beschlussfassung vorgelegt.² Wir nehmen dies zum Anlass, insbesondere mit der Zielsetzung eines wirtschaftlicheren Einsatzes von Krankenhausfördermitteln, Vorschläge für die Weiterentwicklung und Neuorientierung der niedersächsischen Krankenhausplanung und -förderung zu unterbreiten.

Wir haben in der Sitzung des Ausschusses für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration am 16.06.2010 die wesentlichen Ergebnisse unserer Prüfung der Krankenhausplanung in Niedersachsen vorgestellt. In einer Prüfung der Krankenhausplanung und -förderung im südlichen Niedersachsen haben wir im Anschluss daran untersucht, ob die Krankenhausplanung und -förderung in dieser Region sachgerecht ist und öffentliche Mittel effizient einsetzt. Dazu haben wir uns detailliert über die stationäre Versorgungssituation im somatischen Bereich in ausgewählten Krankenhäusern Südniedersachsens informiert. Dieses waren Krankenhäuser in den Landkreisen Holzminden, Hildesheim, Goslar, Northeim, Osterode (Harz), Göttingen und der Stadt Göttingen.

Die im Rahmen dieser Prüfung gewonnenen Erkenntnisse bestätigen unsere bereits im Juni letzten Jahres vorgetragene Auffassung, dass die Krankenhausplanung als wesentliche Grundlage der Krankenhausinvestitionsförderung einer strukturellen Neuausrichtung bedarf. Eine solche *Krankenhauszielplanung* geht über die bisherige Verfahrensweise des Landes hinaus, die sich als gesetzlich festgelegt bisher lediglich auf eine quantitative Fortschreibung des Krankenhausplans beschränkt hat (vgl. dazu § 3 Abs. 5 Nds. KHG). Nach unserer Ansicht können die vom Land und den Kommunen bereitgestellten Mittel durch eine solche zukunftsorientierte *Krankenhauszielplanung* wirtschaftlicher und zielgerichteter eingesetzt werden. Unsere Prüfungsergebnisse zeigen, dass, basierend auf der aktuellen Krankenhausplanung, Niedersachsen weiterhin Fördermittel auch in nicht zukunftsfähige Standorte investiert, während andere Bundesländer (z. B. Hessen) bereits heute ihre Fördermittel im Krankenhaussektor durch überarbeitete Strukturplanungen effizienter einsetzen können.

¹ Niedersächsisches Gesetz zum Bundesgesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Nds. KHG) vom 12.11.1986 (Nds. GVBl. S. 463), zuletzt geändert durch das Niedersächsische Gesetz über den Finanzausgleich vom 19.12.1995 (Nds. GVBl. S. 463).

² LT-Drs. 16/3649.

Gestützt auf diese Prüfungsergebnisse legen wir auf der Grundlage unseres verfassungsmäßigen Prüfungsauftrags gemäß Art. 70 Nds. Verf. zur Wirtschaftlichkeit und Ordnungsmäßigkeit der Haushalts- und Wirtschaftsführung des Landes dem Landtag und der Landesregierung eine Beratende Äußerung gemäß § 88 Abs. 2 LHO vor.

Zudem führt uns die Betrachtung der sich beschleunigenden demografischen Entwicklung zu Vorschlägen, mit denen eine ausreichende Gesundheitsversorgung unter besonderer Berücksichtigung der regional differenzierten Bevölkerungsentwicklung und den Aspekten der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sichergestellt werden kann.

2 Wesentliche Empfehlungen

- Der demografische Wandel, die unterschiedliche Bevölkerungsentwicklung in Niedersachsen und die sich ausdifferenzierenden regionalen Gegebenheiten erfordern eine Neuausrichtung der künftigen Krankenhausversorgung und einen effizienteren Einsatz der Krankenhausfördermittel des Landes. Dafür sollte eine Krankenhauszielplanung neu und zeitnah entwickelt werden.
- Die wohnortnahe Grund- und Regelversorgung ist durch die Krankenhausplanung und -förderung sicherzustellen. Sie sollte sich nicht an der nominellen Entfernung zwischen Patienten und Krankenhaus, sondern an der tatsächlich erforderlichen Wegezeit orientieren.
- Bei der stationären Versorgung, die sich nicht auf die Innere Medizin und die Chirurgie bezieht, sind - insbesondere unter den Gesichtspunkten der Konzentration von Behandlungsangeboten und der Wirtschaftlichkeit - längere Anfahrtswege für die Bevölkerung zumutbar.
- Zur Erhöhung des wirtschaftlichen Einsatzes von Fördermitteln sowie zur Verbesserung der Behandlungsqualität sollten die stationären Behandlungsangebote in Niedersachsen mehr als bisher konzentriert werden.
- Die Planungen sind an den demografischen Entwicklungen auszurichten. Sie sollten insbesondere die Patientenbewegungen berücksichtigen und nicht ausschließlich an kommunalen und Landesgrenzen festgemacht werden.
- Ein geeignetes Planungsinstrument dazu sind regionale Gesundheitskonferenzen, die im neuen Niedersächsischen Krankenhausgesetz verankert werden sollten. Sie stellen eine verbesserte Verknüpfung der ambulanten und stationären Versorgung sicher.

- Die Notfallversorgung der Bevölkerung sollte in die Krankenhausplanung Eingang finden und im Niedersächsischen Krankenhausgesetz geregelt werden. Die Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung ist bei Planungs- und Förderentscheidungen ein gewichtiges Kriterium.
- Den Planungs- und Förderentscheidungen des MS sollte eine umfassende Analyse der wirtschaftlichen und finanziellen Situation der betroffenen Krankenhäuser vorangehen. Dies ist erforderlich, damit Haushaltsmittel nur in zukunftsfähige Strukturen und Krankenhäuser investiert werden. Eine umfassende Auskunftspflicht der Krankenhäuser gegenüber dem MS ist gesetzlich festzulegen. Dementsprechend ist das Prüfungsrecht des Landesrechnungshofs zu präzisieren.
- Qualitätskriterien sollten ein wesentliches Element der künftigen Krankenhausplanung in Niedersachsen werden.
- Die Krankenhausplanung sollte vom Bett als Planungsgröße abrücken.
- Im niedersächsischen Krankenhausrecht sollte explizit die Ermächtigung geschaffen werden, ein Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen, wenn es nicht mehr den Voraussetzungen für eine Aufnahme in den Krankenhausplan genügt oder nicht mit der Krankenhauszielplanung des Landes übereinstimmt. Um Investitionen zu schützen und Versorgungsengpässe zu vermeiden, sollten aber degressiv auslaufende Pauschalförderungen vorgesehen werden.
- Der Begriff des Krankenhausträgers sollte gesetzlich definiert werden. Dies ist der Betreiber, der in eigenem Namen und auf eigene Rechnung handelt. Damit wird erreicht, dass die Krankenhausplanung auf Veränderungen in der Gesellschafterstruktur des Trägers besser reagieren kann.
- Angesichts der zunehmenden Bedeutung der sektorenübergreifenden Krankenversorgung sollten die Ärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung in den Planungsausschuss als unmittelbar Beteiligte aufgenommen werden.

3 Prognose der Bevölkerungsentwicklung in Niedersachsen

Unserer Prüfungsmitteilung zur Krankenhausplanung aus dem Jahr 2010 lag noch die 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung mit der Basis 31.12.2005 zugrunde. Auf dieser Grundlage haben wir argumentiert, dass die Gesundheitsversorgung in Niedersachsen nicht nur mit dem allgemeinen Trend zu einem durchgängigen Alterungs-

prozess der Gesellschaft konfrontiert ist, sondern sich in besonderem Maße mit den Folgen der regional ungleichgewichtigen Verteilung einer insgesamt älter werdenden Bevölkerung auseinandersetzen muss. Auf diese Problematik habe sich die Krankenhausplanung als ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsversorgung einzustellen, um die knappen Fördermittel des Landes gezielt einzusetzen.

Nunmehr liegen die Ergebnisse der regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung des Landesbetriebs für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (LSKN) aus dem Jahr 2010 vor.³ Die vorhergehenden Prognosen werden hinsichtlich der längerfristigen Trends nicht nur bestätigt, sondern diese gewinnen weiter an Dynamik. Grundlage der aktuellen Berechnung sind die Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung vom 31.12.2008 und die Annahmen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder. Durch die regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung zum 01.01.2031 werden langfristige Entwicklungstendenzen in der Bevölkerung aufgezeigt. Nach den Erkenntnissen des LSKN werden sich die regional stark ausdifferenzierenden, ungleichen Bevölkerungsstrukturen sowie die unterschiedlichen Entwicklungen der Einwohnerzahlen in den Landkreisen in Zukunft fortsetzen und verstärken.

Folgende drei parallel verlaufende demografische Entwicklungen, die der LSKN festgestellt hat, sind für die Krankenhausplanung von Bedeutung:

3.1 Rückgang der Bevölkerung

Nach den Annahmen des LSKN wird sich auf der Basis 2009 der seit 2005 festzustellende Bevölkerungsrückgang in Niedersachsen fortsetzen und die bis dato höchste Einwohnerzahl von 8,01 Mio. bis zum 01.01.2031 auf 7,44 Mio. zurückgehen. Ein Vergleich beider Bevölkerungsvorausberechnungen für das Jahr 2021 und 2031 macht deutlich, dass sowohl der Rückgang der Bevölkerung als auch der Alterungsprozess an Dynamik noch zugenommen haben. Diese Prozesse werden sich nicht gleichmäßig im Lande vollziehen, sondern regional sehr unterschiedlich verlaufen. So dürfte in den Großstädten Hannover, Göttingen und Hildesheim, den kreisfreien Städten Braunschweig und Oldenburg sowie weiteren sieben Landkreisen von steigenden Einwohnerzahlen auszugehen sein. In allen anderen Regionen wird die Bevölkerung schrumpfen.

³ www.nls.niedersachsen.de; Statistisches Monatsheft Niedersachsen 1/2011, S. 4 ff.

Das bereits bestehende Geburtendefizit wird sich bis 2031 weiter erhöhen. Nach den Annahmen werden im gesamten Betrachtungszeitraum lediglich 1,33 Mio. Geburten 2,06 Mio. Sterbefälle gegenüberstehen. Daraus ergibt sich ein Defizit von 730.000 Einwohnern. Dieser Bevölkerungsrückgang kann nicht durch die für Niedersachsen zu erwartenden Wanderungsgewinne (rd. 222.000 Personen) ausgeglichen werden.⁴

Während im Oldenburger Münsterland mit hohen relativen Bevölkerungszuwächsen (Landkreis Vechta über 20 %, Landkreis Cloppenburg annähernd 13 %) gerechnet werden kann, dürften die höchsten Bevölkerungsrückgänge in Südniedersachsen (Landkreise Goslar und Northeim um rd. 25,6 %, Landkreis Osterode am Harz rd. 24,3 %, Landkreis Holzminden rd. 20,4 %) sowie im Osten des Landes (Landkreis Helmstedt rd. 26,7 % und Landkreis Lüchow-Dannenberg rd. 21,5 %) zu erwarten sein. Der hohe Zugewinn im Oldenburger Münsterland basiert insbesondere auf Geburtenüberschüssen.

Landkreis	Bevölkerung 01.01.2009	Bevölkerung 01.01.2031	Bevölkerungsveränderung bis 2031 (in %)	Lebendgeborene 2009 bis 2030	Lebendgeborene (in % der Bevölkerung)
Goslar	146.187	108.691	./.. 25,6	15.410	10,5
Northeim	142.231	105.906	./.. 25,6	17.660	12,4
Osterode/Harz	79.355	60.053	./.. 24,3	9.099	11,5
Holzminden	75.092	59.771	./.. 20,4	10.359	13,8
Vechta	134.506	161.780	+ 20,3	32.497	24,2
Cloppenburg	157.268	177.624	+ 12,9	38.579	24,5
Niedersachsen	7.947.244	7.442.242	./.. 6,4	1.330.859	16,7

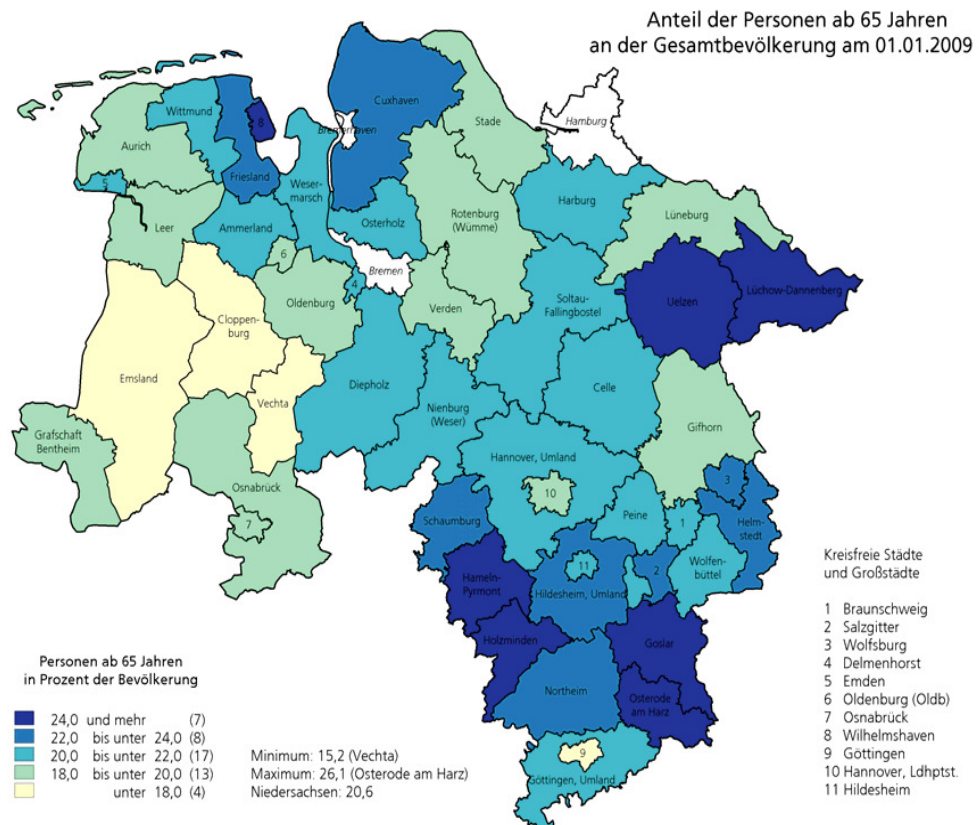
3.2 Erhöhung des Durchschnittsalters

Spiegelbildlich wird der Anteil älterer Menschen in Niedersachsen zunehmen. Für die Gruppe der über 65-jährigen - vom Basisjahr 2009 ausgehend - bedeutet die Erhöhung auf 2,16 Mio. Personen bis 2031 einen Anstieg um rd. 32 % (bei einem Bevölkerungsrückgang in diesem Zeitraum um rd. 6,4 %). Für den südniedersächsischen Raum wird der bereits heute hohe Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre (Harzkreise Osterode und

⁴ Ebd., Tabelle S. 13.

Goslar 26 %) weiter zunehmen. Das Durchschnittsalter wird sich dort zwischen 52 und 53 Jahren bewegen und den Landesdurchschnitt um rd. 5 Jahre übertreffen. Gegenüber der gebietsweise „jüngsten“ Bevölkerung in Niedersachsen beträgt die Abweichung nahezu 10 Jahre.

Aus der nachstehenden Grafik ist der Anteil der Personen über 65 Jahre an der Gesamtbevölkerung am 01.01.2009 ersichtlich.

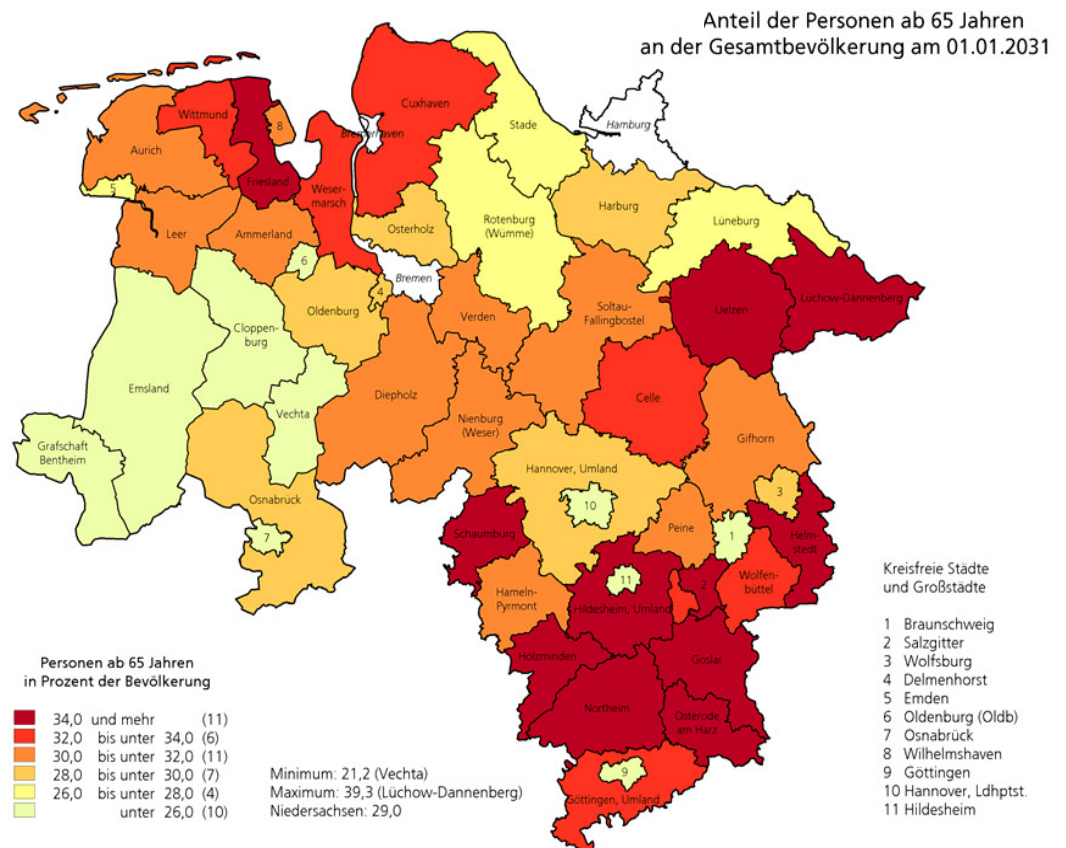


Quelle: LSKN, Statistische Monatshefte Niedersachsen 1/2011.

3.3 **Veränderte Altersstruktur - sinkender Anteil von Kindern und Jugendlichen**

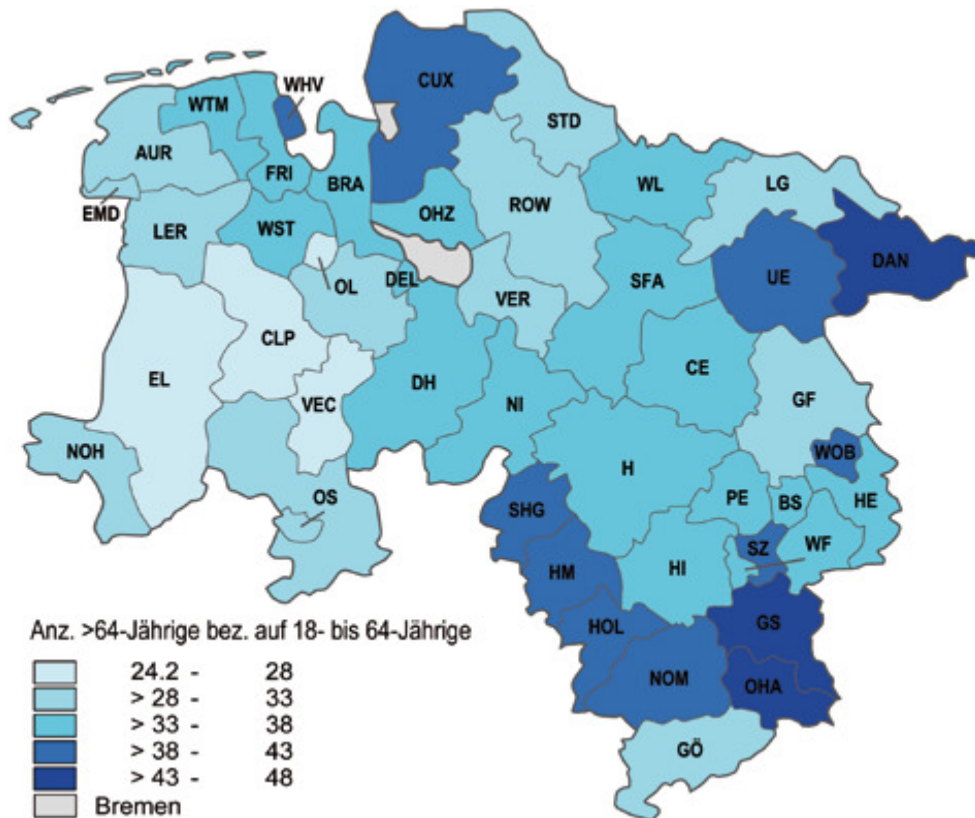
Mit der zurückgehenden Bevölkerungszahl wird sich auch die Altersstruktur deutlich verschieben. Es sind zwei parallel zueinander verlaufende Prozesse zu beobachten: Der Anteil Kinder und Jugendlicher geht zurück und die Bevölkerung wird weiter altern. Der Anteil der unter 20-jährigen wird bis zum Ende 2030 deutlich von 1,63 Mio. auf rd. 1,24 Mio. Personen abnehmen (Bevölkerungsanteil unter 17 % im Vergleich zu

20,5 %) und die über 65-jährigen - entgegen dem deutlichen absoluten Bevölkerungsrückgang - von 1,64 Mio. auf 2,16 Mio. Einwohner zunehmen (Veränderung des Bevölkerungsanteils von 20,6 % auf 29 %). Zu den von dieser Entwicklung am stärksten betroffenen Gebieten gehört der Raum Südniedersachsen, u. a. die Landkreise Northeim, Holzminden, Osterode am Harz sowie Goslar, wobei letzterer den niedrigsten Anteil der unter 20-jährigen mit nur noch 12,3 % haben wird.



Quelle: LSKN, Statistische Monatshefte Niedersachsen 1/2011.

Den prognostizierten Stand am 01.01.2031 zeigt das nachstehende Schaubild. Die unterschiedliche demografische Entwicklung in Niedersachsen erzeugt Handlungsdruck. Der sich stetig erhöhende Altenquotient verdeutlicht dies.



Quelle: LSKN, Altenquotient: Anzahl der über 64-jährigen bezogen auf 18- bis 64-Jährige in den niedersächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten, 2008.

In Niedersachsen sind deutliche regionale Unterschiede zu beobachten: In den Landkreisen Osterode am Harz (Altenquotient: 45), Lüchow-Dannenberg (44,5) und Goslar (44,1) beträgt das Verhältnis von Personen im erwerbsfähigen Alter zu Personen von 65 und mehr Jahren 1 zu 2,2 bis 2,3. Mit einem Verhältnis von 1 zu 3,6 bis 4,1 stehen im Vergleich dazu einem über 64-jährigen Menschen in den Landkreisen Vechta (24,2), Cloppenburg (26,1), im Emsland (28,0) und in Oldenburg Stadt (28,0) fast doppelt so viele Personen im Erwerbsalter gegenüber. Im Bundesdurchschnitt beträgt der Altenquotient 34 und entspricht somit in etwa dem niedersächsischen Durchschnittswert. Die Anzahl der 18- bis 64-Jährigen, bezogen auf die ältere Bevölkerung wird sich nach der Prognose der 12. Bevölkerungsvorberechnung weiter verringern. Im Jahr 2060, so wird angenommen, kommen auf einen Niedersachsen, der 65 Jahre alt oder älter ist, 1,62 Personen im erwerbsfähigen Alter, d. h. es steht dann nur noch etwas mehr als die Hälfte der heutigen Anzahl an Personen im Erwerbsalter einem Menschen im Seniorenalter gegenüber.

4 Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf

Die vorstehenden Ausführungen belegen, dass die Disparitäten bei der demografischen Entwicklung Niedersachsens in der Krankenhausplanung zu berücksichtigen sind. Deshalb halten wir es für geboten, hier die erforderlichen Rahmenvorgaben zu schaffen, damit entsprechend vorausschauend stationäre Kapazitäten im notwendigen Umfang an den richtigen Standorten in den nachgefragten Fachgebieten vorhanden sind. Im Kontext der aufgezeigten demografischen Entwicklung kommt dabei dem Aufbau ausreichender stationärer Versorgungsstrukturen für geriatrische Behandlungen besondere Bedeutung zu. Wir empfehlen, sie zum Gegenstand der Krankenhauszielplanung zu machen.

Auch die Gesundheitsminister der Länder (GMK) haben bereits Probleme angesprochen, die die Bedarfsplanung künftig zu berücksichtigen hat. Dazu gehören die Demografie und die Morbiditätsentwicklung, lokale Unterschiede und sektorenübergreifende Planungen. Dabei sollen die für die ambulante und stationäre Versorgung zuständigen Gremien durch ein gemeinsames Gremium ergänzt werden. Sie haben den Bundesgesetzgeber aufgefordert, diese Aspekte bei anstehenden Reformen im Gesundheitswesen zu berücksichtigen und die Länder frühzeitig einzubeziehen.⁵

Die Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen, während die Verantwortung für die Krankenhausplanung durch die Bundesländer wahrgenommen wird. Um eventuelle Doppelstrukturen, Reibungsverluste und unnötige Kosten zu vermeiden, wird es zukünftig erforderlich sein, auf Landesebene die übergreifende Planung zu verstärken. Niedersachsen will künftig stärker auf Gesundheitsregionen setzen, „in denen niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste sektorenübergreifend zusammenarbeiten. Hierzu gehört auch eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung, mit einem sektorenübergreifenden Gremium im Land.“⁶

⁵ 83. Gesundheitsministerkonferenz am 01.07.2010 in Hannover, Beschluss TOP 5.1.

⁶ Pressemitteilung des MS vom 05.04.2011.

5 Kritische Bestandsaufnahme der aktuellen niedersächsischen Krankenhausplanung

Der Niedersächsische Krankenhausplan geht zurück auf das Jahr 1985. Er ist regelmäßig jährlich fortgeschrieben worden und nunmehr in seiner 26. Fortschreibung Gegenstand der nachfolgenden Betrachtungen.⁷ Das MS hat den Niedersächsischen Krankenhausplan somit seit 26 Jahren lediglich fortgeschrieben. Er enthält im Wesentlichen eine Auflistung der zur Versorgung der Bevölkerung erforderlichen niedersächsischen Plankrankenhäuser mit ihren Fachgebieten und Planbettenzahlen, wobei der Planbettenabbau bisher ein vordringliches Ziel darstellte.

Die derzeitige Krankenhausplanung weist nachstehende Defizite auf: Sie beschreibt nicht das Planungsverfahren, definiert nicht die geeigneten Planungsparameter, trifft keine Aussagen zur Notfallversorgung und enthält keine der Entwicklung angepassten Planungsziele der Landesregierung. Darüber hinaus ist nicht erkennbar, dass das Land aus den Ergebnissen der Enquetekommission⁸ bzw. den letzten beiden Bevölkerungsprognosen die erforderlichen Folgerungen gezogen hätte. Wir halten deshalb eine aktuelle Krankenhauszielplanung, die nachvollziehbar, transparent und juristisch belastbar ist, als Grundlage von Planungs- und Förderentscheidungen für unverzichtbar.

Auch das im Jahr 2003 vorgelegte aber nicht fortgeschriebene Krankenhausstrukturkonzept für Niedersachsen⁹ genügt nicht den vorgenannten Erfordernissen, da es aktuelle Entwicklungen im Gesundheitssektor nicht erfasst, rechtlich unverbindlich ist und letztlich nur empfehlenden Charakter hat. Aus diesem lassen sich weder für die Krankenhausträger Ansprüche herleiten noch ermöglicht es dem MS, Strukturveränderungen zu bewirken. Daher gelang es dem MS nicht, dem Konzept zuwiderlaufende Entwicklungen zu verhindern.¹⁰

Bisher werden die ehemaligen vier Regierungsbezirke des Landes als Versorgungsgebiete definiert. Allerdings wählen Patienten bei elektiven Behandlungen heute ihren Be-

⁷ [www.http://cdl.niedersachsen.de/blob/images/C55207228_L20.pdf](http://cdl.niedersachsen.de/blob/images/C55207228_L20.pdf)

⁸ Enquetekommission „Demografischer Wandel - Herausforderung an ein zukunftsfähiges Niedersachsen“, LT-Drs. 15/3900.

⁹ Konzept für die künftige Krankenhausstruktur in Niedersachsen, Fassung vom 08.12.2003; http://cdl.niedersachsen.de/blob/images/C2656254_L20.pdf; Hinweis auf die Tz. 67 ff. unserer Prüfungsmitteilung vom 04.01.2010.

¹⁰ Beispielsweise verweisen wir auf zwei in freigemeinnütziger Trägerschaft befindliche und unmittelbar benachbarte Krankenhäuser in Göttingen, die beide vom Land gefördert werden.

handlungsort anhand von Empfehlungen aus, die beispielsweise von Fachärzten und aus dem privaten Umfeld des Patienten gegeben werden. Ferner ist das Renommee der jeweiligen Klinik ein wesentliches Element bei der Krankenhauswahl. Folglich machen Patienten an politischen Grenzen nicht halt und sind zunehmend mobil. Gleichzeitig stellen wir fest, dass die Behandlungsangebote fachgebietsabhängig zunehmend konzentriert werden und aus unternehmerischen Gründen nicht überall in gleicher Qualität und in gleichem Umfang vorgehalten werden können. Daher ist eine sich ausschließlich an ehemaligen politischen Grenzen orientierende Einteilung nicht sachgerecht.

Als Zwischenfazit ist festzuhalten, dass die Aufteilung des Landes in vier Versorgungsgebiete weder krankenhauserplanerische Elemente noch Patientenwanderungen berücksichtigt, sondern historischen Ursprungs ist. Zweckmäßig wäre ein Zuschnitt, der das tatsächliche Verhalten der Bürger widerspiegelt. Andere Bundesländer haben auf der Grundlage ihrer Einzugsgebietestatistik die Versorgungsgebiete an das regionale Leistungsangebot und die regionale Leistungsnachfrage angepasst (z. B. Hessen; vgl. Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009, S. 22).¹¹

Wir empfehlen, diesen Weg auch für Niedersachsen zu beschreiten.

6 Rechtlicher Handlungsrahmen

Gemäß § 1 Nds. KHG obliegt den Landkreisen und kreisfreien Städten die Krankenhausversorgung der Bevölkerung als Aufgabe des eigenen Wirkungskreises, mithin als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe. Die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser werden vom Land in den Krankenhausplan eingestellt. Die Finanzierungsmittel für die nach § 3 Nds. KHG in den Krankenhausplan aufgenommenen Häuser werden überwiegend vom Land aufgebracht: Zu 60 % bei den Investitionskosten nach § 9 Abs. 1 KHG¹² und zu 66 2/3 % bei den Pauschalmitteln nach § 9 Abs. 3 KHG. Es liegt daher im Interesse des Landes, dass diese Fördermittel nur in wirtschaftlich gesicherte und für die Krankenhausversorgung der Bevölkerung regional notwendige Krankenhäuser investiert werden. Darüber hinaus trägt die Krankenhausstruktur wesentlich zur Entwicklung der Krankenkassenbeiträge und Beihilfen bei.

¹¹ www.hessen-agentur.de/mm/mm001/727_Krankenhausrahmenplan_2009.pdf

¹² Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG), BGBl. I, 1991, S. 886.

Die Wirtschaftlichkeit des Mitteleinsatzes durch das Land kann mit einer aktiven Krankenhausplanung gesteuert werden. Dieser Handlungsspielraum ergibt sich aus den Grundsätzen der Krankenhausplanung und der aktuellen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts¹³. Für die Planaufstellung und seine Umsetzung für die einzelnen Krankenhäuser sind folgende Elemente zu berücksichtigen:

- **Rechtliche Reichweite einer Krankenhauszielplanung:**
Erforderlich ist eine Krankenhauszielplanung, die im Rahmen des durch die Vorschriften des KHG begrenzten Gestaltungsspielraums die Ziele definiert, die durch den Plan erreicht werden sollen. Mittels einer Bedarfsanalyse ist die Beschreibung des zu versorgenden Bedarfs der Bevölkerung zu bestimmen. Eine Krankenhauszielplanung ist das planerische Mittel, um strukturelle Vorgaben der angestrebten Krankenhausversorgung der Bevölkerung durch Planungsentscheidungen umzusetzen. Durch die Krankenhauszielplanung soll erreicht werden, dass sich die richtigen Krankenhäuser am richtigen Ort befinden. Die Bestimmung der Ziele der Krankenhausplanung ist eine Maßnahme mit überwiegend planerischem Charakter, die die Gerichte nur hinsichtlich der Vereinbarkeit mit dem Gesetzeszweck des KHG überprüfen können.¹⁴ Aufgabe einer gestaltenden Planung ist es, aus einem - in der Regel vorhandenen - Überangebot an bedarfsgerechten Krankenhäusern die Plankrankenhäuser auszuwählen. Hier darf (und soll) das Land Versorgungskonzepte entwickeln, die Anbieter der verschiedenen Versorgungsstufen in sein Raumordnungssystem der zentralen Orte einpassen, eher Allgemeinversorger oder eher Fachkliniken bevorzugen, Versorgungsschwerpunkte bilden, Kooperationen benachbarter Kliniken fördern und ggf. besondere Strategien zur Steigerung der gesetzlich geforderten Trägervielfalt verfolgen.¹⁵
- **Berücksichtigung demografischer Faktoren:**
Im Rahmen einer Krankenhauszielplanung ist es unseres Erachtens erforderlich, die prognostizierte regionale Bevölkerungsentwicklung in die Planung mit einzubeziehen und notwendige Strukturbereinigungen und -änderungen aufzuzeigen. Die Verpflichtung der Landkreise, eigene Krankenhäuser zu errichten und zu unterhalten, ist auch durch eine Konzentration auf geeignete Standorte und die Bildung von Zweckverbänden mehrerer kommunaler Träger zum Betrieb solcher Häuser zu erreichen. Die Be-

¹³ Urteile vom 25.07.1985, BVerwGE 72, 38, und vom 14.11.1985 in Buchholz 451.74 § 8 KHG Nr. 8 S. 73.

¹⁴ Stollmann in: Huster, Kaltenborn, Krankenhausrecht, § 4 Rn. 11; Rennert, DVBl. 2010, S. 936, 937.

¹⁵ Rennert, DVBl. 2010, S. 936.

rücksichtigung kommunaler Interessen kann durch die von uns vorgeschlagene und unten beschriebene Bildung von Gesundheitsregionen sowie die Einrichtung von regionalen Gesundheitskonferenzen gewährleistet werden.

- **Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses in der Auswahlentscheidung:**
Bei der Entscheidung, ob ein Krankenhaus in den Krankenhausplan aufzunehmen ist, handelt es sich um ein zweistufiges Verfahren. Auf der ersten Entscheidungsstufe ist festzustellen, welche Krankenhäuser für die Versorgung geeignet sind. Nur diese kommen für eine Aufnahme in den Plan in Betracht. Falls die Summe der Kapazitäten dieser Häuser den notwendigen Bedarf übersteigt, ist zwischen den geeigneten Bewerbern unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung am besten gerecht wird (§ 8 Abs. 2 Satz 2 KHG). Der Planungsbehörde kommt ein Beurteilungsspielraum zu. Dabei ist die Wirtschaftlichkeit bei Auswahl- bzw. Planungsentscheidungen zwischen mehreren Krankenhäusern auf der zweiten Entscheidungsstufe zwar nicht ein zwingendes Qualifikationsmerkmal, stellt aber innerhalb einer Abwägung ein relevantes Auswahlkriterium dar.¹⁶ Entsprechende Entscheidungen bei der Krankenhausversorgung haben in der Regel Auswirkungen für einen langen Zeitraum und sollten deshalb ausreichend abgewogen und belastbar sein. Hier sehen wir für die Krankenhausplanungsbehörde die Möglichkeit gegeben, den Einsatz der Fördermittel zielgerichtet in wirtschaftlich stabile Krankenhäuser zu lenken. Wir verkennen in dem Zusammenhang nicht, dass die Krankenhäuser einen grundsätzlichen Rechtsanspruch auf Förderung nach dem KHG haben. Dieser verpflichtet das Land als bewilligende Behörde aber nicht, Haushaltsmittel in nicht zukunftsfähige Krankenhausversorgungsstrukturen zu investieren. Die obergerichtliche Rechtsprechung hat mehrfach die Bedeutung des Ziels hervorgehoben, möglichst wirtschaftliche Lösungen zu finden und staatliche „Investitionen nicht in den Sand“ zu setzen.¹⁷ Im öffentlichen Interesse liegt der möglichst wirtschaftliche Einsatz von Fördermitteln.
- **Gerichtliche Überprüfbarkeit:**
Die Auswahlentscheidung ist dann nur dahingehend gerichtlich überprüfbar, ob die Planungsbehörde vom zutreffenden und vollständig ermittelten Sachverhalt ausgegangen ist, ob sie im Rahmen der Gesetze und der damit übereinstimmenden Pla-

¹⁶ Burgi, NVwZ 2010, S. 601, 605.

¹⁷ Ebd., S. 601, 609 m. w. N.

nungsziele entschieden hat und ob keine sachfremden Erwägungen für die Entscheidung maßgeblich gewesen sind. Die Gewichtung der ermessensrelevanten Umstände gehört zum Kernbereich der Bestenauswahl und kann nur dann gerichtlich beanstandet werden, wenn sie willkürlich ist oder außerhalb des vertretbaren Rechtsempfindens liegt.¹⁸

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ergibt sich, dass der Krankenhausplanungsbehörde hinreichende Handlungsspielräume eröffnet sind: Mit einer Krankenhauszielplanung können Ziele definiert werden, die im Rahmen der rechtlich möglichen Gestaltungsspielräume durch den Krankenhausplan erreicht werden sollen. Der Krankenhauszielplan sollte die Ziele ausweisen, die das Land mit seiner Bedarfsplanung verfolgt und die die Planungsbehörde bei einer notwendigen Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern zu beachten hat.¹⁹

7 Vorschläge für einen zukunftsorientierten Krankenhausplan

Das MS weist im Krankenhausplan in einer Aufstellung die Krankenhäuser pro Landkreis bzw. kreisfreie Stadt aus. Diese Einteilung beruht auf den kommunalen Strukturen in Niedersachsen. Die auf den kommunalen Strukturen basierenden Planungsgebiete weisen erhebliche Größenunterschiede bei Bevölkerungszahlen, Flächengröße sowie Bevölkerungsdichte auf. Dieses wird durch die nachstehende Übersicht verdeutlicht:

Landkreis/Stadt	Bevölkerung (absolut zum 01.01.2009)	Prognose (absolut zum 01.01.2031)	Fläche (in qkm) rd.	Einwoh- ner je qkm (2009)
Osterode/Harz	79.335	60.053	636	123
Northeim	142.321	105.906	1.267	111
Holzwinden	75.092	59.771	692	107
Lüchow-Dannenberg	49.965	39.217	1.220	41
Region Hannover	1.129.797	1.122.754	2.291	493
Osnabrück	358.236	332.436	2.122	168
Emsland	313.824	334.710	2.881	109
Vechta	134.506	161.780	813	166
Wittmund	57.492	52.648	657	87
Niedersachsen	7.947.244	7.442.242	47.635	167

¹⁸ OVG Münster, Beschlüsse vom 25.01.2008 - 13 A 2932 u. 2933/07 -.

¹⁹ Stollmann in: Huster, Kaltenborn, Krankenhausrecht, § 4 Rn. 11.

Es ist fraglich, ob ein solcher Zuschnitt nach überkommenen politischen Grenzen den heutigen Anforderungen an eine ausreichende Versorgungsplanung genügt. Patienten machen bei der Wahl ihres behandelnden Krankenhauses bekanntermaßen an Landkreisgrenzen nicht halt; bedeutender sind andere Aspekte wie beispielsweise Empfehlungen oder die Reputation des Hauses, wie auch „Grenzen in den Köpfen“ (z. B. Flüsse, Berge, Autobahnen).

7.1 Regionalisierte Gesundheitsplanung - Bildung von Gesundheitsregionen

Angesichts der Konzentrationen auf Seiten der Anbieter von Krankenhausleistungen und des demografischen Wandels ist fraglich, ob das Land mit der bisherigen Planungsmethodik seiner Aufgabe zur angemessenen Krankenhausversorgung gerecht werden kann. Die derzeitige Krankenhausplanung fußt nicht auf regionalisierten Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung und kann daher nicht zu wirtschaftlichen Förderentscheidungen beitragen.

Angesichts der Vielzahl der Herausforderungen, denen sich die Gesundheitsversorgung stellen muss, halten wir eine Regionalisierung und sektorübergreifende Planungsmethodik für erforderlich. Ein geeignetes Modell könnte der ab 2011 in Hessen gewählte Weg sein. Der Hessische Gesetzgeber hat durch § 21 des HKHG 2011²⁰ bestimmt, dass für jedes Versorgungsgebiet²¹ eine Gesundheitskonferenz unter Vorsitz kommunaler Vertreter gebildet wird. Sie hat nach § 21 Abs. 1 HKHG die Aufgabe,

- die regionalen Versorgungsstrukturen zu beobachten und mit den an der Gesundheitsversorgung Beteiligten einen intensiven Dialog zu führen, insbesondere soll sie drohende Unterversorgung erkennen, Qualitätsdefizite aufdecken, Vorschläge zur Optimierung der Versorgung machen, die Bildung von Kooperationen und Versorgungsnetzwerken unterstützen und moderieren und jährlich über die Entwicklung der regionalen Versorgung dem Ministerium zu berichten,
- Vorschläge für die Durchführung und Weiterentwicklung des Krankenhausplans zu machen und entsprechende Anträge der Krankenhausträger zu beurteilen,

²⁰ Zweites Gesetz zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen (Hessisches Krankenhausgesetz 2011 - HKHG 2011) vom 21.12.2010, Hess. GVBl. Nr. 23/2010, S. 587.

²¹ Hessen ist vom Verwaltungsaufbau her in drei Regierungsbezirke gegliedert und, davon unabhängig, krankenhauplanerisch in sechs Versorgungsgebiete unterteilt.

- die Entwürfe der Krankenhausbauprogramme zu beraten und dem Ministerium eigene Vorschläge für die Entscheidung über Baumaßnahmen von Krankenhäusern vorzulegen.

Nach § 21 Abs. 2 HKHG werden an den Aufgabenstellungen der Gesundheitskonferenzen die Träger der Krankenhäuser sowie die Landkreise und kreisfreien Städte im Versorgungsgebiet, die Hessische Krankenhausgesellschaft, die Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, die Landesärztekammer und die Patientenorganisationen als Mitglieder beteiligt.

Durch die erweiterte Aufgabenstellung und den erweiterten Mitgliederkreis soll erreicht werden, dass sich die Gesundheitskonferenzen zu einem „regionalen Gesundheitsgremium“ entwickeln.

Mit diesem Ansatz ist es möglich, Fördermittel effizienter einzusetzen: Durch die Einbeziehung der Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung kann erreicht werden, dass alle wesentlichen, im Gesundheitssektor Beteiligten ihr Wissen einbringen, über Schwachstellen diskutieren und zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung insgesamt beitragen können. Die Beteiligung der Ärzteschaft kann helfen, sektorale Grenzen der Versorgung zu überwinden und die Bildung regionaler Netzwerke zu unterstützen. Die Festlegung des Vorsitzes auf ein Mitglied der kommunalen Vertreter macht dabei auch deutlich, dass die Landkreise und kreisfreien Städte mit dem Sicherstellungsauftrag Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung zu übernehmen haben.

Die Aufgaben und Erwartungen, die an die Gesundheitskonferenzen in Hessen gestellt werden, sind für Niedersachsen nicht neu. Bereits 1995 hatte das damalige MS z. B. flächendeckende Strukturgespräche durchgeführt mit dem Ziel, das Bewusstsein für notwendige sektorenübergreifende Kooperationen bei den Leistungserbringern zu stärken und strukturelle Verbesserungen in der Krankenhauslandschaft zu erreichen. Der vom MFAS 2001 aufgezeigte Weg „Kooperative Regionalisierung der Krankenversorgung in Niedersachsen“²² sollte weiterverfolgt werden. Die dort bereits beschriebenen Folgen der Einführung einheitlicher, pauschalierter Leistungsentgelte werden deutlich spürbarer. Krankenhäuser geraten zunehmend in wirtschaftliche Schwierigkeiten, wechseln den

²² Kooperative Regionalisierung der Krankenversorgung in Niedersachsen - Arbeitsunterlagen für sektorenübergreifende Strukturgespräche 2001, MFAS, Referat 404, Dr. E. Bruckenberg, P.-M. Winkler, März 2001.

Träger oder den bestimmenden Gesellschafter und versuchen, durch Änderung oder Erweiterung ihres Leistungsangebots höhere Einnahmen zu generieren. Umso schwieriger macht es die sich regional unterschiedlich entwickelnde Bevölkerung, auch künftig ein ausreichendes Angebot an gesundheitlichen Leistungen in der Fläche vorzuhalten. Wir sehen uns bestätigt u. a. durch eine Untersuchung der Hochschule Fulda²³, wonach Versorgungskonzepte künftig stärker als bisher die einzelnen Regionen mit ihren speziellen Anforderungen berücksichtigen müssen.

Die Initiative des MS mit dem Modellprojekt „Zukunftsregionen Gesundheit - kommunale Gesundheitslandschaften“²⁴ enthält zwar richtungweisende Planungselemente. Allerdings beschränkt sich die Initiative auf die Landkreisebene. Vielmehr sollten landkreisüberschreitende Planungsregionen geschaffen werden, die wie in Hessen eine bedarfsgerechte, flächendeckende, sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene ermöglichen. Dabei sollten Kriterien, wie die Patientenwanderungen, die demografische Entwicklung und die vorhandene Krankenhausstruktur berücksichtigt werden.

7.2 Krankenhaus- und Notfallversorgung

Aus dem politischen Raum wird häufig die Forderung nach wohnortnaher Versorgung erhoben. Allerdings hat selbst die Bundesregierung bisher vermieden, die Begrifflichkeit der flächendeckenden Versorgung inhaltlich zu konkretisieren - eine Definition der flächendeckenden Versorgung im Gesundheitswesen in Deutschland existiert nicht.

Um den genannten Begriff der wohnortnahen Versorgung zu definieren bzw. um für die Krankenhausplanung brauchbare Parameter zu entwickeln, ist es erforderlich, aussagefähige Versorgungsindikatoren zu bestimmen, die landesweite Gültigkeit haben. Dazu bietet sich z. B. die Erreichbarkeit an, die - ähnlich wie die Hilfezeit im Rettungswesen²⁵ - als die Zeit definiert wird, die ein Patient aufwenden muss, um ein Angebot der stationären Grundversorgung zu erreichen. Dieser Indikator könnte auch für fachärztliche Angebote entwickelt werden.

²³ Hochschule Fulda, „Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land - Ein Zukunftskonzept“, Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung, Februar 2011.

²⁴ http://www.ms.niedersachsen.de/live/live.php?navigation_id=4972&article_id=91965&psmand=17; Unterrichtung durch StS Pott, Protokoll des AfSFFGuI, 87. Sitzung am 24.11.2010.

²⁵ In Niedersachsen ist die Vorgabe, dass in 95 % aller Fälle der Patient innerhalb von 15 Minuten durch den Rettungsdienst erreicht werden soll.

Dem voraus geht jedoch u. E. eine Differenzierung nach Notfällen und elektiven Behandlungen. Insoweit ist auch die Verpflichtung des Staates zur Daseinsvorsorge differenziert zu betrachten. Die knappen Mittel der Krankenhausförderung sollten nicht mehr für jedwede Krankenhausbehandlung in unmittelbarer Wohnortnähe eingesetzt oder eingeplant werden.

Dies ist auch unter fachlichen Gesichtspunkten nicht mehr angezeigt. Gespräche mit Fachleuten haben uns verdeutlicht, dass die Entfernung bis zum nächsten Krankenhaus heute kein geeignetes Planungsinstrument mehr ist. Abgesehen davon, dass sich die Experten einig sind, dass nicht das nächste, sondern vielmehr das richtige Krankenhaus (mit dem erforderlichen Leistungsspektrum) betrachtet werden muss, ist heute die zeitliche Komponente und damit die Wegezeit zum richtigen Krankenhaus der entscheidende Faktor.

Bei geplanten Eingriffen ist schon jetzt eine erhöhte Patientenmobilität zu beobachten. Es ist erkennbar, dass der „aufgeklärte Kunde Patient“ sich im Vorwege über das Krankenhaus seiner Wahl und mögliche Alternativen informiert. Er wählt das behandelnde Krankenhaus nicht primär nach der Entfernung vom Wohnort, sondern nach anderen Kriterien aus. Kriterien sind z. B. Renommee des Chefarztes, Empfehlungen von Verwandten, Freunden und Bekannten, Ruf von Pflege und Betreuung, positive Behandlungsergebnisse anderer.²⁶ Durch das Internet werden zusätzlich auch „Kundenfeedbacks“ aus einem weiteren Patientenkreis zugänglich und fließen in die Entscheidung mit ein. Soweit Patienten planbare Behandlungen nachfragen, können ihnen daher weitere Wege zum Krankenhaus zugemutet werden.

Anders ist die Situation in Notfällen, bei denen u. U. sogar ein Rettungseinsatz erforderlich ist; dies ist bei etwas mehr als jeder dritten Aufnahme im Krankenhaus der Fall.²⁷ Im Rettungswesen und der Notfallmedizin gilt die sog. „golden hour“, innerhalb der der Patient die klinische Behandlung erreicht haben sollte, um bei lebensbedrohenden Ereignissen eine möglichst große Überlebenschance zu haben.

Daraus leiten wir ab, dass es eine vorrangige Aufgabe der Krankenhausplanung ist, die ausreichende stationäre Notfallversorgung zu gewährleisten. Dazu ist zu entscheiden,

²⁶ Vgl. Sobhani/Bär in: Das Krankenhaus 2010, S. 427 ff.; nach dem Ergebnis einer Studie über das Verhalten von Patienten bei der Krankenhauswahl verlässt sich etwa ein Viertel der Patienten auf das soziale Umfeld und ein weiteres Viertel zieht Ratgeberliteratur und Informationen aus dem Internet zur Entscheidungsfindung heran.

²⁷ Im Jahr 2008 war bei 37,3 % der Aufnahmeanlass ein Notfall; vgl. AOK Krankenhaus-Report 2011, S. 353.

wo und in welcher Anzahl Notfallkrankenhäuser vorhanden sein sollen. Diese müssen in der Lage sein, für die qualifizierte klinische Notfallversorgung eine ausreichende dauerhafte Versorgung bereitzustellen und sowohl über das geeignete ärztliche und pflegerische Personal sowie die erforderliche apparative Ausstattung verfügen. Das Saarland hat dies in seinem KHG ausdrücklich festgelegt.²⁸ Eine Differenzierung nach Krankheitsbildern bzw. Notfällen ist dabei nicht nur zulässig, sondern auch sinnvoll. Dabei sollte sich die Planung vorrangig an den häufigsten Notfällen und Krankheitsbildern orientieren. Zudem ist es zulässig, die Versorgung seltener Krankheitsfälle, wie z. B. Schwerstverbrannteneinheiten erst in größerer Entfernung vorzusehen.

Wir empfehlen, dass das Land im Krankenhausplan im Rahmen der Daseinsvorsorge die an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser benennt und darüber hinaus auch die Anforderungen festlegt und veröffentlicht, die erfüllt sein müssen, damit Krankenhäuser an der Notfallversorgung teilnehmen können.²⁹

Die rund um die Uhr an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser sollte die Krankenhausplanungsbehörde in Einzelfällen bei Planungs- und Förderentscheidungen bevorzugen und dies bei der Krankenhauszielplanung und im Krankenhausplan festlegen³⁰. Die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) hat sich in ihrem Konzept vom 16.11.2007 zur „Zukunft der Krankenhausversorgung“ ebenfalls dafür ausgesprochen, in der Krankenhausplanung die Anforderung der Notfallversorgung zu berücksichtigen.³¹

Der Anteil, den die Krankenhäuser - neben der stationären Notfallversorgung - an der ambulanten Notfallversorgung der Bevölkerung leisten, ist ebenfalls erheblich. Dies wird daran deutlich, dass auf 100 stationäre Behandlungsfälle in den Krankenhäusern etwa 63 ambulante Notfälle entfallen (im Jahr 2009 bundesweit in mehr als 10 Mio. Fällen).³² Auch wenn es sich dabei um nichtstationäre Leistungen handelt, halten wir es im Sinne der Erfüllung der Aufgabe der Daseinsvorsorge des Staates und zur Optimierung des Ressourceneinsatzes für erforderlich und sachgerecht, die - auch sektorenübergreifen-

²⁸ § 10 Abs. 1 Satz 2 Saarländisches Krankenhausgesetz vom 13.07.2005, Amtsbl. S. 1290 ff.

²⁹ So verfahren Baden-Württemberg, Hessen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein; Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG); Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Stand: September 2010; Anlage zum DKG-Rundschreiben 275/2010 vom 16.09.2010, S. 44 f. http://www.dkgv.de/dkg.php/cat/52/aid/7462/title/Bestandsaufnahme_zur_Krankenhausplanung_und_Investitionsfinanzierung_in_den_Bundeslaendern_%28Stand%3A_September_2010%29.

³⁰ Eine durchgehende, mithin strukturelle Bevorzugung von Häusern, die eine flächendeckende Not- und Unfallversorgung sicherstellen, dürfte nicht zulässig sein; BVerfG, NJW 1990, S. 1648 Rn. 34.

³¹ www.gmkonline.de/_.../80-GMK_Umlaufbeschluss_Dez2007_Konzept_ZukunftDerKrankenhausversorgung.pdf

³² Deutsches Krankenhaus Institut (DKI), Krankenhaus-Barometer 2010, S. 86.

de - Notfallversorgung durch die Krankenhäuser verstärkt in die Überlegungen zur Krankenhausplanung des Landes einzubeziehen.

7.2.1 Bedarfsorientierte Krankenhausfachplanung

Bisher strebt das MS als Krankenhausplanungsbehörde in Niedersachsen an, in jedem Landkreis als Planungsbezirk im Rahmen der Grund- und Regelversorgung mindestens eine Fachabteilung für Innere Medizin und Chirurgie vorzuhalten. Daneben ist es auch Ziel des MS, in jedem Landkreis eine Fachabteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe vorzuhalten.

Die nachfolgende Tabelle zeigt den prognostizierten Rückgang der Geburtenzahlen in einigen Bereichen Südniedersachsens und im Vergleich dazu die gegensätzliche Prognose für die Landkreise Vechta und Cloppenburg sowie die prognostizierte Entwicklung für ganz Niedersachsen:

Landkreis	Bevölkerung 01.01.2009	Bevölkerung 01.01.2031	Bevölkerungsveränderung bis 2031 in %	Lebendgeborene 2009 bis 2030	Lebendgeborene (in % der Bev. zu 2009)
Goslar	146.187	108.691	./ 25,6	15.410	10,5
Northeim	142.231	105.906	./ 25,6	17.660	12,4
Osterode/Harz	79.355	60.053	./ 24,3	9.099	11,5
Holzminden	75.092	59.771	./ 20,4	10.359	13,8
Vechta	134.506	161.780	+ 20,3	32.497	24,2
Cloppenburg	157.268	177.624	+ 12,9	38.579	24,5
Niedersachsen	7.947.244	7.442.242	./ 6,4	1.330.859	16,7

Aufgrund der geringen Größe und niedrigen Bevölkerungszahl einiger Landkreise in Niedersachsen, insbesondere unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung, erachten wir jedoch das oben stehende Planungsziel des MS als generelle Vorgabe hinsichtlich der Abteilungen für Geburtshilfe für überholt. Überdies wird daran nochmals deutlich, dass aufgrund der erheblichen strukturellen Unterschiede eine regional differenzierte Betrachtung und damit eine an die jeweiligen lokalen Gegebenheiten angepasste Krankenhausplanung geboten ist.

7.3 **Abkehr vom Bett als Planungsgröße**

Die Krankenhausplanung in Niedersachsen sollte weiterhin als Rahmenplanung durchgeführt werden, wobei wir diesen Begriff jedoch inhaltlich anders als das MS bestimmen. Wir befürworten die Abkehr vom Bett als Planungsgröße, weil dieses aus folgenden Gründen immer weniger Bedeutung für die Krankenhausplanung hat:

- Einführung leistungsorientierter und pauschalierender fallbezogener Vergütungssysteme (DRG's³³),
- Budgetverhandlungen der Krankenhausträger mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich über Leistungen unabhängig von der Bettenzahl („Geld folgt der Leistung“),
- Zunahme ambulanter Versorgung durch Krankenhäuser, wie z. B. vor- und nachstationäre (§ 115 a SGB V) oder auch teilstationäre Behandlung (§ 39 SGB V), ambulantes Operieren (§ 115 b SGB V), Behandlung von seltenen Krankheiten und solchen mit besonderem Verlauf (§ 116 b Abs. 2 bis 4 SGB V), Ermächtigungen inklusive Notfallbehandlungen (§ 116 ff. SGB V), Behandlungen im Rahmen sektorenübergreifender Programme wie Disease Management (§ 116 b Abs. 1 SGB V) und integrierte Versorgung (§ 140 a ff. SGB V) und
- immer stärkere Verkürzung der Verweildauer durch innovative Behandlungsverfahren.

Besondere Bedeutung kommt der Planbettenzahl nicht zu. Sie weicht in der Regel deutlich von der Zahl der tatsächlich aufgestellten Betten in einem Krankenhaus ab. Letztlich bleibt es den selbstständig wirtschaftenden Krankenhäusern überlassen, wie viele Betten sie in den einzelnen Fachabteilungen aufstellen. Hinzu kommt, dass Patienten zunehmend interdisziplinär, also fachgebietsübergreifend behandelt werden und eine Zuordnung zu einzelnen Fachgebieten wenig zielführend ist. Bei Verzicht auf die Angabe einer Gesamtbettenzahl dürfte die Zahl der Planbetten dann aber - wie es derzeit noch

³³ Diagnosis Related Groups (kurz: DRG, deutsch: Diagnosebezogene Fallgruppen) sind ein ökonomisch-medizinisches Klassifikationssystem, bei dem Patienten anhand ihrer Diagnosen und der durchgeführten Behandlungen in Fallgruppen klassifiziert werden, die nach dem für die Behandlung erforderlichen ökonomischen Aufwand unterteilt und bewertet sind.

in Niedersachsen der Fall ist - nicht mehr Bemessungsgrundlage für Förderungen sein (z. B. für die Förderung nach § 9 Abs. 3 KHG). Die zukünftige Pauschalförderung der Krankenhäuser müsste sich einerseits nach der Anzahl der behandelten Fälle und andererseits nach deren Schwere ausrichten. Für eine Übergangszeit sollten Ausnahmen für die psychiatrischen Fachbereiche erwogen werden, die nicht unter das KHEntgG fallen und für die die Entgelte bisher nicht nach den DRG's berechnet werden.

In ähnlicher Weise verfahren inzwischen die Krankenhausplanungsbehörden in Baden-Württemberg (Ausweis Gesamtbettenzahl, Option: Ausweis der Zahl der Planbetten je Fachgebiet)³⁴, Sachsen-Anhalt (keine Bettenzahl ausgewiesen)³⁵, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein (Ausweis nur der Gesamtbettenzahl).³⁶ Auch Hessen hat sich dem (ab 2011) angeschlossen (keine Bettenzahl ausgewiesen).³⁷ Wir versprechen uns dadurch eine nicht unerhebliche Reduzierung des Verwaltungsaufwands (z. B. durch Wegfall des Anhörungsverfahrens bei beabsichtigten Bettenreduzierungen, Reduzierung von Klageverfahren wegen der Bettenzahl und des Überwachungsaufwands im MS). Die von uns befürwortete Abkehr von der Detailplanung zur Rahmenplanung entspricht auch den Vorstellungen der AOLG. Im Konzept vom 16.11.2007 zur „Zukunft der Krankenhausversorgung“ haben die Vertreter der Bundesländer sich dafür ausgesprochen, „die Krankenhausplanung der Länder mit Planung der Fachrichtungen und der den Fachrichtungen zuzuordnenden Bettenzahlen zugunsten einer Rahmenplanung, die die Kriterien der Qualität verstärkt berücksichtigt, weiter zu entwickeln“.³⁸

7.4 Konzentration von Behandlungsangeboten und -orten

In einem neuen Krankenhauszielplan für Niedersachsen sollte eine Konzentration bestimmter Behandlungen in geeigneten Krankenhäusern angestrebt und festgelegt werden. Dabei handelt es sich um die Bildung von Kompetenzzentren, die sich auf die Behandlung bestimmter Krankheitsbilder oder auf bestimmte Behandlungen konzentrieren. Eine gewisse Konzentration (und damit Spezialisierung) sichert und verbessert die Versorgungsqualität.³⁹ In Zentren erwarten die potenziellen Patienten eine qualitativ hoch-

³⁴ § 6 Abs. 1 Sätze 5 und 6 Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg, GVBl. 2008, S. 13.

³⁵ DKG; Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Stand: September 2010; S. 41.

³⁶ DKG; Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Stand: September 2010, S. 35 und 42.

³⁷ Hinweis auf § 19 Abs. 4 HKHG 2011, Gesetz- und Verordnungsblatt des Landes Hessen 2010, S. 587 ff.

³⁸ www.gmkonline.de/.../80-GMK_Umlaufbeschluss_Dez2007_Konzept_ZukunftDerKrankenhausversorgung.pdf

³⁹ RWI, Krankenhaus Rating Report 2011, Executive Summary, 2011, Heft 67, S. 16.

wertigere Behandlung. Es spricht einiges dafür, dass bei einer höheren Zahl von Behandlungen gleicher Art im Durchschnitt eine höhere Ergebnisqualität erzielt wird.⁴⁰ Auf dieser Erkenntnis beruht letztendlich auch der Ansatz des Gesetzgebers, indem er dem Gemeinsamen Bundesausschuss⁴¹ (G-BA) die Möglichkeit eingeräumt hat, mengenmäßige Vorgaben (Mindestzahlen) für einzelne Krankenhausbehandlungen festzulegen (§ 137 Abs. 3 Nr. 2 SGB V, „... bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist ...“). Zudem ist es unwirtschaftlich, wenn „alle alles machen“. Ein Krankenhaus mit einer geringen Behandlungs- bzw. Fallzahl und einem breiten Leistungsspektrum und dadurch mit einer relativ großen Streuung an Behandlungen dürfte in den wenigsten Fällen zukunftsfähig sein. Ressourcen werden zersplittert und führen häufig zu wirtschaftlich nicht tragbaren Folgen.

Im Zusammenhang mit der vorgeschlagenen Weiterentwicklung der niedersächsischen Krankenhausplanung empfehlen wir, im niedersächsischen Krankenhausrecht explizit die Möglichkeit zu schaffen, ein Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen. Eine solche gesetzliche Regelung würde für die Krankenhausplanungsbehörde mehr Rechtssicherheit schaffen, um Kapazitäten oder Krankenhäuser, die nicht mehr den Voraussetzungen für eine Aufnahme in den Krankenhausplan genügen oder nicht der Krankenhauszielplanung des Landes entsprechen, durch einen spezialgesetzlich verankerten Widerrufsbescheid in der Konsequenz aus der Förderung herauszulösen. Dadurch können Mittel eingespart oder für andere, bedarfsgerechte, wirtschaftliche und leistungsfähige Häuser eingesetzt werden.⁴² Andere Bundesländer haben entsprechende Regelungen in ihre Krankenhausgesetze bereits aufgenommen.⁴³ Zum Schutze bereits getätigter Investitionen und zur Berücksichtigung von Versorgungsgesichtspunkten schlagen wir eine mittelfristige Umsteuerung vor, indem die Pauschalförderungen für einen mehrjährigen Zeitraum degressiv noch erhalten bleiben.

⁴⁰ Vgl. von Eiff, Risikomanagement, Schriftenreihe Gesundheitswirtschaft, Münster 2007, S. 22 ff.

⁴¹ Vgl. § 91 ff. SGB V.

⁴² Vgl. zum Diskussionsstand Stollmann/Hermanns, Die jüngere Rechtsprechung zum Krankenhausrecht; DVBl. 2011, S. 599, 602; Vitkas, Die (Teil-)Herausnahme aus dem Krankenhausplan, MedR 2010; S. 539 ff.; Stollmann in: Huster, Kaltenborn, Krankenhausrecht; § 4 Krankenhausplanung, Rn. 59.

⁴³ Siehe die Regelungen in Bayern (Art. 5 Abs. 2 Satz 2 BayKrG), Hessen (§ 19 Abs. 1 HessKHG), Sachsen (§ 7 Abs. 3 SächsKHG) und Thüringen (§ 4 Abs. 4 Satz 2 ThürKHG).

7.5 Qualitätskriterien als Planungselement

Die regional unterschiedliche demografische Entwicklung in Niedersachsen, insbesondere die zunehmende Multimorbidität der Bevölkerung in den südlichen und östlichen Regionen sollte dazu führen, verstärkt Qualitätsanforderungen in einer Krankenhauszielplanung zu verankern bzw. in einen künftigen niedersächsischen Krankenhausplan einfließen zu lassen. Aspekte einer verbesserten Patientenversorgung und die Wirtschaftlichkeit der eingesetzten Mittel sprechen dafür. Das Land sollte deshalb von der in § 137 Abs. 3 letzter Satz SGB V eingeräumten Möglichkeit Gebrauch machen, ergänzende Qualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung vorzusehen.⁴⁴

Auf folgende Beispiele weisen wir hin:

- Sachsen-Anhalt regelt z. B. durch seine Rahmenvorgaben zur Krankenhausplanung, welche Kriterien erfüllt sein müssen, damit eine krankenhauserbringende Anerkennung einer Leistungserbringung zur Aufnahme der entsprechenden Fachabteilung in den Krankenhausplan führt.⁴⁵ Danach müssen grundsätzlich in allen Fachgebieten u. a. zwei Fachärzte arbeitsvertraglich zusammen mindestens 60 Stunden pro Arbeitswoche gebunden sein.⁴⁶
- Der Berliner Krankenhausplan beschreibt Versorgungskonzepte (z. B. Kardiologie) und Versorgungsschwerpunkte (z. B. Tumormedizin). Berlin hat für die kardiologische Krankenhausversorgung ein Konzept erstellt, das Behandlungsindikationen festlegt und Qualitätsanforderungen stellt. Diese umfassen Forderungen zur Personal- und medizinisch-technischen Ausstattung (Strukturqualität) sowie zur Prozess- und Ergebnisqualität, die in die Krankenhausplanung Eingang gefunden haben.⁴⁷

⁴⁴ DKG, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Stand: September 2010, S. 45 ff.

⁴⁵ Rahmenvorgaben für Versorgung und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (2) KHG LSA, S. 16; <http://www.sachsen-anhalt.de/LPSA/fileadmin/Elementbibliothek/Master-Bibliothek/Gesundheit/2008/KKH2008/Rahmenvorgaben.pdf>.

⁴⁶ In den einzelnen Gebieten gibt es zusätzliche Anforderungen, die erfüllt sein müssen: Z. B. muss im Bereich der geburtshilflichen Grundversorgung eine Schnittentbindung im Notfall innerhalb von 20 Minuten jederzeit durchführbar sein.

⁴⁷ DKG, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Stand: September 2010, S. 46.

- Hessen hat im Krankenhausplan 2009 u. a. für die Bereiche der Notfall- und intensivmedizinischen Versorgung aber auch für die Chirurgie, die Innere Medizin, die Frauenheilkunde/Geburtshilfe und die Pädiatrie umfangreiche medizinisch-fachliche und organisatorische Kriterien festgelegt.⁴⁸
- Der Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern enthält für eine Vielzahl von Bereichen Qualitätsanforderungen. Diese betreffen z. B. bei onkologischen Zentren sowohl die Struktur- als auch die Prozessqualität. Bei perinatal-medizinischen Zentren existiert ein umfangreicher Katalog insbesondere hinsichtlich der erforderlichen Zusatzqualifikationen von Pädiatern und für eine überregionale Stroke-Unit⁴⁹ müssen ebenfalls bestimmte Voraussetzungen wie die ununterbrochene Präsenz von Fachärzten oder eine apparative Ausstattung usw. vorliegen.⁵⁰
- Nordrhein-Westfalen führt z. B. im Bereich der Perinatalzentren und Schlaganfallstationen durch Schwerpunktfestlegungen mit konkreten Anforderungen an die Strukturqualität Qualitätselemente in die Krankenhausplanung ein.⁵¹
- Der Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz enthält umfangreiche Strukturvorgaben für Stroke-Units, Brustzentren und besondere diabetesspezifische Versorgungsstrukturen.⁵²
- Schleswig-Holstein fordert für die Einrichtung u. a. folgender Bereiche Mindestvoraussetzungen: Perinatalzentren, Traumazentren, Dialysezentren am Krankenhaus, Palliativzentren, onkologische Zentren, Brustzentren und diabetologische Zentren.⁵³

Wir schlagen vor, dass Niedersachsen dem Beispiel anderer Bundesländer, die im Rahmen ihrer Krankenhausplanung inzwischen von der Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, Leistungs- und Qualitätsanforderungen festzulegen, folgt.

⁴⁸ Zu Einzelheiten: Hinweis auf den Hessischen Krankenhausrahmenplan 2009 - Allgemeiner Teil, S. 31 ff.

⁴⁹ Spezialstation für Schlaganfallpatienten.

⁵⁰ Zu Einzelheiten: Hinweis auf DKG 2010, S. 48 ff.

⁵¹ DKG, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Stand: September 2010, S. 50.

⁵² Ebd., S. 50 ff.

⁵³ Ebd., S. 53 ff.

7.6 Erfüllung des Versorgungsauftrags

Im Rahmen des Versorgungsauftrags und der darin enthaltenen Fachgebiete haben die Krankenhäuser in der Regel sämtliche Leistungen des betreffenden Fachgebiets abzudecken. Nach unseren Prüfungserkenntnissen verleitet die unterschiedliche Ertragswirksamkeit der DRG-Entgelte dazu, ein Schwergewicht auf die ertragsstärksten Behandlungen zu legen. Dies ist jedoch nicht zulässig, weil der Versorgungsauftrag sich grundsätzlich auf das gesamte in der Weiterbildungsordnung für Ärzte dem jeweiligen Fachgebiet zugeordnete Leistungsspektrum bezieht.

Wir regen an, nicht nur gesetzlich vorzugeben, dass die Krankenhäuser grundsätzlich verpflichtet sind, den ihnen erteilten Versorgungsauftrag umfassend zu erfüllen, sondern Verstöße auch zu sanktionieren. Hierfür kommt z. B. die Beschränkung des Versorgungsauftrags oder die Herausnahme aus dem Krankenhausplan in Betracht.⁵⁴

7.7 Einbeziehung der Hochschulkliniken in die Krankenhausplanung

Die beiden Universitätskliniken in Niedersachsen, Medizinische Hochschule Hannover - MHH - und die Universitätsmedizin Göttingen - UMG -, erbringen - neben ihrer grundsätzlichen überregionalen Bedeutung - in ihrem Einzugsgebiet einen erheblichen Teil der stationären Krankenhausversorgung der Bevölkerung. Sie stehen damit im Wettbewerb mit den im Umfeld vorhandenen Plankrankenhäusern, ohne dass sie den gleichen rechtlichen Rahmenbedingungen unterliegen. Andererseits erfüllen sie im Rahmen der staatlichen Daseinsvorsorge Versorgungsfunktionen insbesondere der Region Hannover bzw. der Stadt und des Landkreises Göttingen.

Hinzu kommt die erhebliche Bedeutung der Hochschulen für die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung. In fast allen Krankenhäusern entfällt heute ein bedeutender Anteil der Patienten auf den ambulanten Bereich. Das Ausmaß dieser ambulanten Leistungen wird daran deutlich, dass im Jahr 2009 im Bundesdurchschnitt auf 100 stationäre Fälle in den Hochschulkliniken 170 ambulante Poliklinikfälle kamen.

⁵⁴ Hinweis auf eine entsprechende Regelung in § 19 Abs. 1 Satz 4 HKHG.

Die beiden niedersächsischen Universitätskliniken übertreffen sogar den Bundesdurchschnitt noch deutlich. In ihren Berichten für das Jahr 2008 verzeichnet die MHH rd. 196.000 ambulante und 53.000 stationäre Behandlungsfälle, die UMG 158.000 ambulante und rd. 45.000 stationäre Behandlungsfälle.

Wegen der Bedeutung der Universitätskliniken für die Gesundheitsversorgung wesentlicher Teile der niedersächsischen Bevölkerung halten wir eine stärkere Konsultation der beiden Universitätskliniken bei der Krankenhausplanung für unerlässlich. Dies gilt erst recht im Rahmen einer umfassenden sektorenübergreifenden Gesundheitsplanung, weil die Entscheidungen des Niedersächsischen Ministeriums für Wissenschaft und Kultur bzw. der Unikliniken im Planungsbereich strukturelle Auswirkungen haben. Dies gilt zum einen für die Schaffung von zusätzlichen Planbettenkapazitäten ohne vorherige Bedarfsabgleichung oder anderweitige Abstimmung mit dem MS, aber auch, wenn strukturelle Entscheidungen getroffen werden, z. B. durch die Verschiebung von Behandlungsschwerpunkten (z. B. bei der MHH im Jahr 2009: Reduzierung von Planbetten im Bereich Chirurgie, Aufbau von zusätzlichen Betten in der Herzchirurgie). Solche Planungsentscheidungen haben auch Auswirkungen für andere Plankrankenhäuser mit ähnlichem Behandlungsangebot.

Denkbar ist allerdings auch die umgekehrte Konstellation: Planungsentscheidungen des MS für andere Krankenhäuser können genauso gut entsprechende Auswirkungen auf die Planbettenkapazitäten der Universitätskliniken haben.

Aufgrund der Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen der Krankenversorgung einerseits und den Belangen von Lehre und Forschung andererseits sowie der damit verbundenen rechtlichen Problemstellungen, ist uns zu diesem Zeitpunkt noch keine abschließende Beurteilung möglich. Daher werden wir uns zu diesen Fragen in einem gesonderten Prüfungsverfahren äußern.

8 Weitere Vorschläge zur Modernisierung des Niedersächsischen Krankenhausrechts

8.1 Erweiterung des Auskunftsanspruchs

Allen Planungs- und Förderentscheidungen des MS sollte eine umfassende Krankenhausanalyse vorausgehen. Wir sehen eine solche Krankenhausanalyse, die sich mit der wirtschaftlichen und finanziellen Lage der Häuser befasst, als Kriterien für die künftige Wirtschaftlichkeit, die die Krankenhausplanungsbehörde sowohl bei Planungs- als auch bei Förderentscheidungen angemessen berücksichtigen sollte.

Die zuständige Planungsbehörde muss ein zuverlässiges Bild von der wirtschaftlichen und finanziellen Situation der Krankenhäuser bzw. der Krankenhausträger besitzen. Dazu dient insbesondere die Vorlage der Jahresabschlüsse, Lageberichte und der strategischen Zielplanung. Nur so kann eine ausreichende Analyse erfolgen und die wirtschaftliche, finanzielle und Marktsituation des Krankenhauses möglichst zutreffend beurteilt werden. Dadurch kann die Gefahr verringert werden, dass Krankenhausfördermittel gemäß § 9 Abs. 1 KHG in Krankenhäuser fließen, die nicht zukunftsfähig sind.⁵⁵

Wir regen daher an, die Krankenhäuser gesetzlich zu verpflichten, dem MS die erforderlichen Auskünfte zu erteilen, die zur Beurteilung der sparsamen und wirtschaftlichen Betriebsführung, für die Belange der Krankenhausplanung und zur Erstellung der Krankenhausinvestitionsprogramme notwendig sind (vgl. § 11 Abs. 1 HKHG).

8.2 Prüfungsrecht des Landesrechnungshofs

Gemäß § 12 Abs. 4 Nds. KHG sind wir berechtigt, die von den Krankenhausträgern zu erbringenden Nachweise, die für die Höhe der Fördermittel maßgebend sind, sowie die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel an Ort und Stelle zu prüfen, die Unterlagen einzusehen und Auskünfte einzuholen.

⁵⁵ Ggf. können diese Unterlagen auch dem elektronischen Bundesanzeiger entnommen werden. Soweit Kommunen Träger von Krankenhäusern sind, haben sie entsprechende Unterlagen der Kommunalaufsicht vorzulegen. In diesen Fällen bietet sich eine Zusammenarbeit der Planungsbehörde mit der Kommunalaufsicht an.

Nur solche Nachweise, Unterlagen und Auskünfte, die wir zu diesem Zweck einholen, sind von der materiellen Reichweite des Prüfungsrechts nach § 12 Abs. 4 Nds. KHG umfasst. Um die haushalterisch bedeutsamere Frage prüfen zu können, inwieweit das Land Fördermittel für wirtschaftlich stabile und lebensfähige Krankenhäuser einsetzt, reicht die derzeitige gesetzliche Grundlage nicht aus.

Wir regen daher an, die Krankenhäuser gesetzlich zu verpflichten, uns die erforderlichen Auskünfte analog zu den vorstehend vorgeschlagenen Rechten des MS erteilen zu müssen.

8.3 Konkurrentenklagen

Im Bereich des Krankenhausplanungsrechts sind Konkurrentenklagen zulässig.⁵⁶ Durch die aufschiebende Wirkung von Rechtsmitteln (auch bei Verwaltungsakten mit Drittwirkung, vgl. dazu § 80 a VwGO) gilt dies auch für planungsrechtliche Feststellungsbescheide. Dadurch können förderrechtliche Entscheidungen, die an den Feststellungsbescheid anknüpfen, über Jahre hinweg blockiert werden, was die Durchsetzung einer wirtschaftlichen Krankenhausversorgung gefährden könnte. Dem kann durch eine gesetzliche Regelung, mit der die aufschiebende Wirkung von Konkurrentenklagen verneint wird, begegnet werden. Entsprechende Bestimmungen enthalten z. B. die Krankenhausgesetze von Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Hessen.⁵⁷

Wir regen an, eine entsprechende Regelung in das Nds. KHG aufzunehmen.

8.4 Trägerwechsel bzw. Übernahme von Krankenhäusern

Die bisherige Verfahrensweise des MS führte nur im Fall eines Trägerwechsels i. S. des KHG zum Ausscheiden eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan. Dabei bleibt die Ausnahme des freiwilligen Ausscheidens eines Krankenhauses oder die Zusammenlegung mehrerer Krankenhäuser außer Betracht. Anlässlich eines Trägerwechsels kann die Planungsbehörde die Voraussetzungen für die Planaufnahme des neuen Trägers (einschließlich des Bedarfs) erneut prüfen. Beim Trägerwechsel schied bisher das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan aus und das MS hatte über die erneute Aufnahme zu entscheiden.

⁵⁶ Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 14.01.2004, Az.: 1 BvR 506/03, DVBl. 2004, S. 431.

⁵⁷ § 19 Abs. 5 HKHG (Hessen), § 7 Abs. 1 Satz 4 LKHG Baden-Württemberg, § 16 Abs. 3 KHGG NRW.

Ein Trägerwechsel i. S. des KHG liegt jedoch nur vor, wenn sich die rechtliche Identität des Trägers ändert.⁵⁸ Der Träger ist dabei die natürliche oder juristische Person, die das Krankenhaus betreibt. Als Träger des Krankenhauses gelten somit nicht die Gesellschafter des Trägers, selbst wenn sie Mehrheits- oder Alleingesellschafter sind. Träger ist, wer im eigenen Namen Krankenhausleistungen erbringt; eine ausschließlich gesellschaftsrechtliche Position (Mehrheits- oder Alleingesellschafter) verleiht noch nicht den Charakter eines Trägers oder Betreibers.⁵⁹ Eine bloße Veränderung in der Trägerstruktur, insbesondere bei Änderung der Mehrheitsverhältnisse (sog. Share Deal), lässt die rechtliche Identität des Trägers danach unangetastet bzw. erfüllt nicht die Voraussetzungen eines Trägerwechsels.⁶⁰

In der Praxis findet der Verkauf eines Krankenhauses häufig ohne einen Trägerwechsel i. S. des KHG statt. So können beispielsweise von der bisherigen Gesellschaft alle oder die Mehrheit der Gesellschafts- oder Stimmrechtsanteile an einen neuen Gesellschafter veräußert werden (z. B. einen privaten Investor). Dadurch, dass ein Trägerwechsel nur bei Änderung der Identität des Trägers angenommen wird, ist es dem MS als zuständige Krankenhausplanungsbehörde in einem solchen Fall grundsätzlich verwehrt, ein Krankenhaus aus dem Plan herauszunehmen. Ähnliches gilt im Fall der „Vermietung“ eines Krankenhauses.

Das Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg (LKHG)⁶¹ enthält hierzu eine eindeutige Regelung: § 25 Abs. 1 Satz 1 LKHG bestimmt, dass bei einem Trägerwechsel der neue Träger eines neuen Feststellungsbescheids bedarf. Darüber hinaus bestimmt § 2 a den Betreiber eines Krankenhauses als Krankenhausträger und führt aus, dass Betreiber und Eigentümer eines Krankenhauses auch auseinanderfallen können. In der Gesetzesbegründung des zum Ende 2007 eingefügten § 2 a wird dargelegt, dass bei den Krankenhäusern aufgrund wirtschaftlicher Umstände und steuerrechtlicher Anreize immer mehr komplizierte und unübersichtliche Trägerstrukturen zu verzeichnen seien.⁶² Deshalb werde zukünftig der Betreiber als Träger definiert. Dies ist derjenige, „der mit rechtlichen und immateriellen Mitteln unter Einsatz menschlicher Arbeitskraft einen bestimmten arbeitstechnischen Zweck unmittelbar verfolgt. Dies ist insbesondere dann der

⁵⁸ Lambrecht/Vollmöller in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, § 14 Rn. 20.

⁵⁹ VG Gera, Urteil vom 26.09.2001 - 1 K 846/99 GE -, S. 19.

⁶⁰ Diese Auffassung ist nicht unumstritten; die gegenteilige Ansicht vertritt Lenz, in ders./Dettling/Kieser (Hrsg.), Krankenhausrecht, 2007, S. 27 m. w. N.

⁶¹ Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg i. d. F. vom 29.11.2007, GVBl. 2008, S. 13 ff.

⁶² LT-Drs. 14/1516, S. 17.

Fall, wenn in eigenem Namen und auf eigene Rechnung gehandelt wird.“⁶³ Die Gesetzesbegründung geht auch auf die Fälle der Verpachtung eines Krankenhauses ein und regelt, dass in solchen Fällen der Pächter als Betreiber und somit als Krankenhausträger anzusehen ist. Damit wird Umgehungsmöglichkeiten vorgebeugt.

Ohne entsprechende landesgesetzliche Regelungen sehen wir in Bezug auf die Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenhausplanungsbehörde erhebliche Beschränkungen. Im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung des Krankenhausrechts sollte Niedersachsen den oben dargestellten Regelungen vergleichbare Bestimmungen in das Nds. KHG aufnehmen. Hier bietet sich die Regelung aus Baden-Württemberg an. Dadurch soll in solchen Fällen eine wirtschaftliche Betrachtungsweise ermöglicht werden, die erlaubt, bei faktischem Betreiberwechsel erneut über die Aufnahme in den Krankenhausplan zu entscheiden.

8.5 *Änderung der Zusammensetzung des Planungsausschusses*

Der Bundesgesetzgeber fordert in § 7 Abs. 1 KHG eine enge Zusammenarbeit der Landesbehörden mit den Beteiligten an der Krankenhausversorgung. Diese findet im Krankenhausplanungsausschuss statt. Mit den unmittelbar Beteiligten sind bei der Planung und Aufstellung von Investitionsprogrammen einvernehmliche Regelungen anzustreben.

Zwischen Beteiligten und unmittelbar Beteiligten ist nach ihrer Berührtheit bei Durchführung des Gesetzes zu unterscheiden.⁶⁴ Wer unmittelbar Beteiligter ist, regelt der Bund nicht. § 7 Abs. 2 KHG lässt insoweit eine weitreichende Bestimmung durch Landesrecht zu; allein die Länder legen fest, wer Beteiligter und wer unmittelbar Beteiligter ist.⁶⁵ Einige Länder machen alle Beteiligten zu unmittelbar Beteiligten.⁶⁶

§ 9 Abs. 3 des Nds. KHG sieht die Ärztekammer Niedersachsen und die Kassenärztliche Vereinigung bislang lediglich als Beteiligte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 KHG vor.

- Wir regen an, die Ärztekammer künftig als unmittelbar Beteiligte i. S. des § 9 Abs. 1 Nds. KHG in den Planungsausschuss aufzunehmen. Dadurch dürfte es möglich sein, den medizinischen Sachverstand sowohl der niedergelassenen als auch der Krankenhausärzte in die Krankenhausplanung einzubringen. Dies erscheint uns ange-

⁶³ A. a. O.

⁶⁴ Dietz/Bofinger, Kommentar zum KHG, § 7 Anm. 2.

⁶⁵ Dietz/Bofinger, Kommentar zum KHG, § 7 Anm. 2 und 5.

⁶⁶ Bayern: Art. 7 BayKrG; Baden-Württemberg: § 9 Abs. 2 BW LKHG; Sachsen: § 5 SächsKHG.

sichts der zunehmenden Bedeutung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit nicht nur geboten, sondern im Sinne einer effizienten Ressourcennutzung sinnvoll. So verfahren bereits mehrere andere Bundesländer.⁶⁷ Weiterhin würde die vorgeschlagene Erweiterung des Planungsausschusses den Bestrebungen des Gesetzgebers entgegenkommen, Krankenhäuser vermehrt für ambulante oder besondere Behandlungsformen zu öffnen.⁶⁸

- Wir schlagen weiterhin vor, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen ebenfalls als unmittelbar Beteiligte in den Planungsausschuss aufzunehmen. Auch hier gelten die Ausführungen zur Ärztekammer entsprechend. Andere Länder verfahren ebenso.⁶⁹ Darüber hinaus verweisen wir auf die Bemühungen der Niedersächsischen Landesregierung auf Bundesebene, das Nebeneinander von stationären und ambulanten Leistungen mit dem Ziel einer sektorenübergreifenden Planung zu überwinden.⁷⁰ In diesem Zusammenhang verweisen wir auch auf das Modellprojekt „Zukunftsregionen Gesundheit“⁷¹, an dem - neben der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft - auch die Ärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen maßgeblich beteiligt sind.

H ö p t n e r

M ü l l e r

H o n é

B a r d e l l e

V o l l m e r

⁶⁷ Sachsen: § 5 Abs. 1 Nr. 8 SächsKHG, Bayern: Art. 7 Abs. 1 Nr. 10 BayKrG; Baden-Württemberg: § 9 Abs. 1 Nr. 4 BW LKHG; Rheinland-Pfalz: § 5 Abs. 1 Nr. 3 LKG; Nordrhein-Westfalen: § 15 Abs. 1 Nr. 5 KHGG NRW; Thüringen: § 5 Abs. 1 Nr. 9 ThürKHG.

⁶⁸ In Nordrhein-Westfalen ist die Ärztekammer im Planungsausschuss vertreten; DKG, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Stand: September 2010, S. 35.

⁶⁹ Sachsen: § 5 Abs. 1 Nr. 9 SächsKHG, Baden-Württemberg: § 9 Abs. 1 Nr. 4 BW LKHG.

⁷⁰ TOP 3 der 87. Sitzung des Ausschusses für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration am 24.11.2010: Unterrichtung durch den Staatssekretär des MS über die Einrichtung von Zukunftsregionen für Gesundheit in Niedersachsen, S. 13 des Protokolls; Beschluss des LT vom 12.11.2010, S. 11283, 11290 des Plenarprotokolls zur LT-Drs. 16/2985; Beschluss der 83. GMK vom 01.07.2010 (TOP 5.1).

⁷¹ Ebd.