

**Zum Ausbau der grenzüberschreitenden
Zusammenarbeit im Gesundheitswesen
im bayerisch-tschechischen Teil
der Euregio Egrensis**

Der Krankenhausbereich

Prof. Dr. Hanjo Allinger
Prof. Dr. Holger Lüdeke
Dipl.-Kult. Andreas Siebenschuh
Dipl.-Kffr. Stephanie Berndl
Christiane Lübke
Mgr. Marcela Müllerová
M.A. Danijel Skrelja

September 2011

Gefördert aus dem Ziel 3-Programm Freistaat Bayern - Tschechische Republik
2007-2013 (INTERREG IV A)



Europäische Union
„Investition in Ihre Zukunft“
Europäischer Fonds für
regionale Entwicklung



Eine Untersuchung im Auftrag der
EUREGIO EGRENSIS, Arbeitsgemeinschaft Bayern

INWISO
Institut für empirische
Wirtschafts- und Sozialforschung

Imhofstraße 3
D-80805 München

www.inwiso.de
mail@inwiso.de

Gliederung

1	Der stationäre Sektor in Deutschland	7
2	Der stationäre Sektor in der Tschechischen Republik.....	34
3	Versorgungsstruktur im bayerisch-tschechischen Teil der Euregio Egrensis	45
4	Berufsrechtliche Voraussetzungen einer ärztlichen Tätigkeit im Nachbarland	56
5	EU-Rechtsvorschriften zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung	64
6	Mehrkosten und Fehlbelastungen für die Versichertengemeinschaft bzw. den Steuerzahler	74
7	Möglichkeiten der grenzübergreifenden Kooperation	76
8	Zusammenfassung	84

Inhaltsverzeichnis

1	Der stationäre Sektor in Deutschland	7
1.1	Krankenhausplanung.....	7
1.1.1	Rechtliche Grundlagen.....	7
1.1.2	Planungsgrundsätze	9
1.2	Investitionskostenfinanzierung	10
1.2.1	Einzelförderung	10
1.2.2	Pauschalförderung	11
1.2.3	Weitere Fördertatbestände	13
1.3	Finanzierung der laufenden Kosten.....	14
1.3.1	Vergütung voll- und teilstationärer Leistungen.....	17
1.3.1.1	Kurzbeschreibung des DRG-Systems und Zuständigkeiten.....	17
1.3.1.2	Zu- und Abschläge bei Verweildauerausreißern und Verlegungen	20
1.3.1.3	Zusatzentgelte und sonstige Entgelte	21
1.3.1.4	Zu- und Abschläge	25
1.3.1.5	Erlösbudget, Erlössumme und der Ausgleich von Mehr- und Mindererlösen	29
1.3.2	Vergütung vor- und nachstationärer Leistungen nach § 115a SGB V	30
1.3.3	Vergütung ambulanter Leistungen	31
1.3.3.1	Vergütung ambulanter Operationen nach § 115b SGB V.....	31

1.3.3.2	Vergütung ambulanter Leistungen nach § 116b SGB V	32
2	Der stationäre Sektor in der Tschechischen Republik	34
2.1	Das Krankenversicherungssystem	34
2.2	Investitionskostenfinanzierung	35
2.3	Die Finanzierung der laufenden Kosten	36
2.3.1	Die Vergütungsverordnung	37
2.3.2	Die Vergütung medizinischer Leistungen	38
2.3.3	Behandlungstage und Patientenkategorien	40
2.3.4	Regiekosten	42
2.3.5	Regulierungsgebühren	44
3	Versorgungsstruktur im bayerisch-tschechischen Teil der Euregio Egrensis	45
4	Berufsrechtliche Voraussetzungen einer ärztlichen Tätigkeit im Nachbarland	56
4.1	Anerkennung ausländischer ärztlicher Qualifikationen in Deutschland	57
4.2	Anerkennung ausländischer ärztlicher Qualifikationen in der Tschechischen Republik	60
5	EU-Rechtsvorschriften zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung	64
5.1	Die Verordnung (EG) Nr. 883/2004	64
5.2	Die Richtlinie 2011/24/EU (Patientenrichtlinie)	66
5.3	Umsetzung der Richtlinie in Deutschland	70
5.4	Umsetzung der Richtlinie in der Tschechischen Republik	71
5.5	Verhältnis zwischen der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 und der Richtlinie 2011/24/EU (Patientenrichtlinie)	71
5.6	Zusammenarbeit bei der Gesundheitsversorgung	72
6	Mehrkosten und Fehlbelastungen für die Versichertengemeinschaft bzw. den Steuerzahler	74
7	Möglichkeiten der grenzübergreifenden Kooperation	76
7.1	Koordinierung von Krankenhausplanung und –betrieb	76
7.2	Attrahierung bestimmter Patientengruppen	77
7.3	Gemeinsame Beschäftigung medizinischen Personals	78
7.4	Wechselseitige Hospitationen	79
7.5	Kooperation bei der Nutzung medizinischer Großgeräte	80
7.6	Fallweise Kooperation zum Ausgleich von Bedarfsspitzen	81
7.7	Fallweise Überweisung von medizinischen Problemfällen an spezialisierte Krankenhäuser im Nachbarland	81

7.8	Regelmäßige Visiten in Nachbarkrankenhäusern für inländische Versicherungsausländer	82
8	Zusammenfassung	84

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verteilung der Versicherten auf die einzelnen Krankenkassen im Bezirk Karlsbad	35
Tabelle 2: Patientenkategorien.....	42
Tabelle 3: Leistungsangebot der Kliniken im bayerischen Teil der Euregio Egrensis	46
Tabelle 4: Leistungsangebot der Kliniken im tschechischen Teil der Euregio Egrensis ...	48
Tabelle 5: Versorgungsdichte im stationären Sektor (Anzahl akutstationärer Betten pro 1.000 Einwohner) in den bayerischen Landkreisen und kreisfreien Städten der Euregio Egrensis	49
Tabelle 6: Versorgungsdichte im stationären Sektor (Anzahl akutstationärer Betten pro 1.000 Einwohner) in den tschechischen Kreisen der Euregio Egrensis ...	50
Tabelle 7: Medizinisch-technische Großgeräte im bayerischen Teil der Euregio Egrensis	52
Tabelle 8: Medizinisch-technische Großgeräte im tschechischen Teil der Euregio Egrensis.....	55
Tabelle 9: Regelungen zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen gemäß der Verordnung (EG) Nr. 883/2004	65
Tabelle 10: Unterschiede zwischen der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 und der Richtlinie 2011/24/EU (Patientenrichtlinie).....	71

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Krankenhausplanung im Freistaat Bayern.....	8
Abbildung 2: DRG-Systematik.....	18
Abbildung 3: Abrechnungsbeispiel	21
Abbildung 4: Abrechnungsbeispiel 1	39
Abbildung 5: Abrechnungsbeispiel 2	41
Abbildung 6: Geographische Verteilung der Kliniken im bayerisch-tschechischen Teil der Euregio Egrensis	45
Abbildung 7: Versorgungsdichte im stationären Sektor (Anzahl akutstationärer Betten pro 1.000 Einwohner) in der Euregio Egrensis	51
Abbildung 8: Vorschriften der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	66
Abbildung 9: Erstattung der Behandlungskosten gemäß der Richtlinie 2011/24/EU (Patientenrichtlinie)	68
Abbildung 10: Vorschriften der Richtlinie 2011/24/EU (Patientenrichtlinie) zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen.....	70
Abbildung 11: Wohnortnahe Behandlung durch ausländischer Ärzte.....	82

1 Der stationäre Sektor in Deutschland

Mit dem *Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)* wurde 1972 das Prinzip der dualen Finanzierung von Krankenhausleistungen eingeführt: Die Investitionskosten werden von der öffentlichen Hand getragen, die laufenden Kosten werden von den Krankenversicherungen übernommen.

Mit der Finanzierungsverantwortung des Staates ist die Kompetenz zur Krankenhausplanung eng verbunden. Gemäß § 8 Abs. 1 S. 1 KHG¹ haben Krankenhäuser nur dann einen Anspruch auf staatliche Investitionskostenförderung, wenn sie in den Krankenhausplan eines Bundeslandes aufgenommen wurden.

1.1 Krankenhausplanung

1.1.1 Rechtliche Grundlagen

Die Krankenhausplanung fällt in den Kompetenzbereich der Bundesländer.² Gemäß Art. 3 Abs. 1 *Bayerisches Krankenhausgesetz (BayKrG)*³ wird für Bayern ein Krankenhausplan aufgestellt, um „[...] eine bedarfsgerechte stationäre Versorgung [...] durch ein funktional abgestuftes und effizient strukturiertes Netz einander ergänzender Krankenhäuser [...]“⁴ sicherzustellen. Die Krankenhausplanung soll auf wirtschaftliche Strukturen hinwirken und die Zusammenarbeit der Krankenhäuser in regionalen Behandlungsschwerpunkten unterstützen.⁵ Die Krankenhausplanung wird mit der Hochschulklinikplanung abgestimmt.⁶ Im Planungsprozess werden auch die Krankenhäuser berücksichtigt, die weder Plankrankenhaus, noch Hochschulklinik sind, jedoch über einen Versorgungsvertrag verfügen.⁷ Auch alle übrigen Kooperationspartner der Kliniken im ambulanten und stationären Bereich wie beispielsweise niedergelassene Ärzte, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen werden in die Planung mit einbezogen.⁸

Im Krankenhausplan werden die für die bedarfsgerechte Versorgung erforderlichen Krankenhäuser nach Standort, Bettenzahlen, teilstationären Plätzen, Fachrichtungen und Versorgungsstufen dargestellt.⁹ Ein Krankenhaus gilt als bedarfsgerecht, wenn es zur Deckung des in seinem Einzugsgebiet vorhandenen Bedarfs an akutstationärer Versorgung notwendig und hierzu auch geeignet ist.¹⁰ Geeignet ist ein Krankenhaus dann, wenn es sicherstellen kann, dass es die ihm zugeordnete Aufgabe medizinisch leistungsfähig und wirtschaftlich wahrnehmen kann.¹¹ Ob ein Krankenhaus in den Krankenhausplan auf-

¹ Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (*Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG*) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534)

² Vgl. § 6 Abs. 1 KHG

³ *Bayerisches Krankenhausgesetz (BayKrG)* in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. März 2007 (GVBl. S. 288), zuletzt geändert durch das Nachtragshaushaltsgesetz 2008 vom 23. April 2008 (GVBl. S. 139)

⁴ Art. 1 S. 1 BayKrG

⁵ Vgl. Art. 3 Abs. 2 BayKrG

⁶ Vgl. Art. 3 Abs. 4 S. 1 BayKrG

⁷ Vgl. Art. 3 Abs. 4 S. 2 BayKrG

⁸ Vgl. Art. 3 Abs. 3 BayKrG

⁹ Vgl. Art. 4 Abs. 1 S. 1 BayKrG

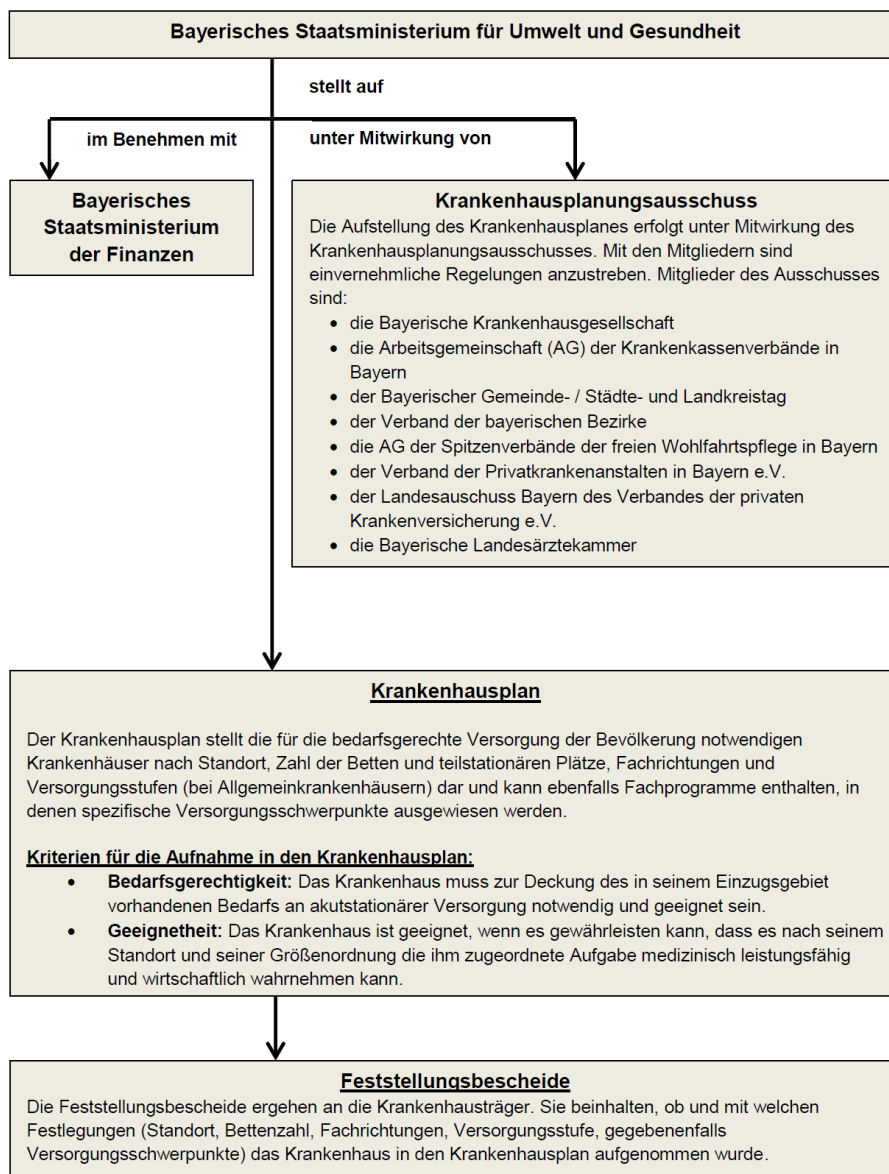
¹⁰ Vgl. Art. 5 Abs. 1 S. 1 BayKrG

¹¹ Vgl. Art. 5 Abs. 1 S. 2 BayKrG

genommen wird, wird dem Krankenhausträger per Feststellungsbescheid mitgeteilt.¹² Sind die Voraussetzungen für die Aufnahme in den Plan dauerhaft nicht mehr erfüllt, kann dieser Bescheid ganz oder teilweise widerrufen werden.¹³

Der Krankenhausplan wird in Bayern vom Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit¹⁴ im Benehmen mit dem Staatsministerium der Finanzen aufgestellt.¹⁵ Die Aufstellung erfolgt unter Mitwirkung des sogenannten Krankenhausplanungsausschusses.¹⁶ Bei der Krankenhausplanung sind einvernehmliche Regelungen mit den Mitgliedern dieses Ausschusses anzustreben.¹⁷ Abbildung 1 liefert einen Überblick über den Ablauf der Krankenhausplanung im Freistaat Bayern.

Abbildung 1: Krankenhausplanung im Freistaat Bayern



Quelle: eigene Darstellung

¹² Vgl. Art. 5 Abs. 2 S. 1 BayKrG

¹³ Vgl. Art. 5 Abs. 2 S. 2 BayKrG

¹⁴ Bis zum 29. Oktober 2008 lag die Zuständigkeit beim Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen.

¹⁵ Vgl. Art. 22 Abs. 4 S. 1 BayKrG

¹⁶ Vgl. Art. 22 Abs. 4 S. 1 BayKrG

¹⁷ Vgl. Art. 7 Abs. 2 BayKrG

Der *Krankenhausplan des Freistaates Bayern*¹⁸ wird derzeit durch folgende Fachprogramme ergänzt:

- Stationäre Versorgung von Risiko-Neugeborenen
- Palliativversorgung in Krankenhäusern
- Akutgeriatrie

Im Anhang zum Krankenhausplan sind zudem alle Kliniken aufgeführt, die nach KHG nicht gefördert werden, mit denen die Kranken- und Ersatzkassen aber einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben, sowie die an Hochschulkliniken vorgehaltenen Betten und Plätze.

1.1.2 Planungsgrundsätze

Der Krankenhausplan legt Allgemeinkrankenhäuser in drei Versorgungsstufen und Fachkrankenhäuser fest:¹⁹

- Krankenhäuser der Versorgungsstufe I
Krankenhäuser der ersten Versorgungsstufe sollen den Bedarf an akutstationärer Grundversorgung der Bevölkerung sicherstellen. Sie sollen in Oberzentren, möglichen Oberzentren und Mittelzentren zur Verfügung gestellt werden. Planungsregion ist in der Regel das Gebiet eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt.
- Krankenhäuser der Versorgungsstufe II
Krankenhäuser der zweiten Versorgungsstufe erfüllen in Diagnose und Therapie überörtliche Schwerpunktaufgaben. Sie sollen in Oberzentren eingerichtet werden. Planungsregion ist regelmäßig ein zusammenhängendes, sozioökonomisch verflochtenes Gebiet mehrerer Landkreise und kreisfreier Städte.
- Krankenhäuser der Versorgungsstufe III²⁰
Krankenhäuser der dritten Versorgungsstufe halten ein umfassendes und differenziertes Leistungsangebot und entsprechende medizinisch-technische Einrichtungen vor. Sie sollen je nach Bedarf in Oberzentren zur Verfügung gestellt werden. Planungsregion ist üblicherweise das Gebiet eines Regierungsbezirkes. Langfristig sollte jeder Regierungsbezirk über ein Krankenhaus der Versorgungsstufe III verfügen.
- Fachkrankenhäuser
Fachkrankenhäuser nehmen nur Kranke mit bestimmten Krankheiten oder in besonderen Altersgruppen auf und werden keiner der oben genannten Versorgungsstufen zugeordnet.

Die Zuordnung der Allgemeinkrankenhäuser zu Versorgungsstufen dient der Festlegung des Versorgungsauftrages, den der jeweilige Krankenhausträger zu erfüllen hat. Die

¹⁸ *Krankenhausplan des Freistaates Bayern*, 36. Fortschreibung, Stand: 1. Januar 2011; abrufbar unter: http://www.stmug.bayern.de/gesundheitsministerium/krankenhäuser/krankenhäuserplanung/doc/krankenhäuserplanung_2011.pdf (Zugriff am 10. Februar 2011)

¹⁹ Vgl. Art. 4 Abs. 2 BayKrG und zu den Grundsätzen und Leitlinien der Krankenhausplanung: *Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2011*, Teil I, Punkt 5

²⁰ Hochschulkliniken sind der Versorgungsstufe III zuzuordnen.

Ermittlung des Bettenbedarfs erfolgt unter Berücksichtigung der Einwohnerzahl, der Krankenhaushäufigkeit, der Verweildauer und der Bettennutzung.²¹

1.2 Investitionskostenfinanzierung

Gemäß § 4 Nr. 1 KHG werden die Investitionskosten von Krankenhäusern durch die öffentliche Hand übernommen. Dabei wird zwischen der Einzel- und der Pauschalförderung unterschieden.

Im Rahmen der Einzelförderung fördern die Länder Investitionskosten für die Errichtung von Kliniken (inklusive der Erstausrüstung mit den notwendigen Anlagegütern) und für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer mittleren Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren.²² Die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter und kleine bauliche Maßnahmen werden durch feste jährliche Beträge gefördert (Pauschalförderung).²³

Das KHG gibt einen rechtlichen Rahmen vor, der durch die Gesetzgebung der Bundesländer ausgefüllt wird.²⁴ Die rechtlichen Grundlagen bilden in Bayern das *Bayerische Krankenhausgesetz (BayKrG)* und die *Verordnung zur Durchführung des Bayerischen Krankenhausgesetzes (DVBayKrG)*.²⁵ Artikel 9 BayKrG legt die Grundsätze der Investitionsförderung fest. Die Fördermittel für Investitionskosten sind so festzulegen, dass die Kosten, die nach der Aufgabenstellung der Klinik und den Grundsätzen von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit notwendig sind, gedeckt werden. Voraussetzung für die Gewährung von Fördermitteln ist die Aufnahme der Klinik in den Krankenhausplan.

1.2.1 Einzelförderung

Im Rahmen der Einzelförderung werden folgende Investitionskosten öffentlich gefördert, sofern die Kosten für das einzelne Vorhaben (inkl. Umsatzsteuer) ein Fünftel der Jahrespauschale des Krankenhauses übersteigen:²⁶

- die Errichtung von Kliniken (Um- / Erweiterungs- / Neubau) inklusive der für den Krankenhausbetrieb notwendigen Erstausrüstung mit Anlagegütern,
- die Wieder- und Ersatzbeschaffung von Anlagegütern mit einer mittleren Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren und
- die Ergänzungsbeschaffung von Anlagegütern mit einer mittleren Nutzungsdauer von mehr als drei und bis zu fünfzehn Jahren.²⁷

Das Staatsministerium der Finanzen stellt mit dem Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit jedes Jahr ein Investitionsprogramm (*Jahreskrankenhausbauprogramm*²⁸) für

²¹ Die Krankenhaushäufigkeit gibt Aufschluss über die Anzahl der Krankenhausaufenthalte bezogen auf die Einwohnerzahl. Die Verweildauer entspricht der durchschnittlichen Anzahl der Tage, die ein Patient stationär im Krankenhaus verbringt. Die Bettennutzung spiegelt den Auslastungsgrad eines Klinikums wider. Für die Akutversorgung wird von einem anzustrebenden Auslastungsgrad von 85 Prozent ausgegangen (zu den Grundlagen der Krankenhausplanung in Bayern vgl. Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2011, Teil I, Punkt 6).

²² Vgl. § 9 Abs. 1 KHG

²³ Vgl. § 9 Abs. 3 S. 1 KHG

²⁴ Vgl. § 11 S. 1 KHG

²⁵ *Verordnung zur Durchführung des Bayerischen Krankenhausgesetzes (DVBayKrG)* vom 14. Dezember 2007, geändert durch Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Durchführung des Bayerischen Krankenhausgesetzes vom 14. Oktober 2009 (GVBl. S. 538)

²⁶ Vgl. Art. 11 Abs. 1 BayKrG

²⁷ Eine Förderung erfolgt nur, sofern die Ergänzung über die übliche Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht.

das Folgejahr auf.²⁹ Darin wird die vorgesehene Verwendung der Fördermittel für die oben genannten Investitionen dargestellt.³⁰ Bei der Aufstellung des Jahreskrankenhausbauprogrammes sind einvernehmliche Regelungen mit den Mitgliedern des Krankenhausplanungsausschusses anzustreben.³¹ Mit der Aufnahme in das Jahreskrankenhausbauprogramm ist noch kein Rechtsanspruch auf Fördermittel verbunden. Vor der Bewilligung der Fördermittel durch die Regierung prüft das Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit,

- ob das Vorhaben im Sinne der Krankenhausplanung bedarfsgerecht ist,
- ob und inwiefern das Vorhaben unter Berücksichtigung der Betriebskosten den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit entspricht und
- ob die Gesamtfinanzierung gesichert ist.³²

Dieses Verfahren ist Grundlage für die Eingrenzung von Art und Umfang des geförderten Vorhabens und die Festlegung der Höhe der Förderung.³³ Das fachliche Prüfungsverfahren wird mit der sogenannten *fachlichen Billigung*³⁴ abgeschlossen.³⁵

Die Förderung der Investitionskosten erfolgt durch einen Festbetrag.³⁶ Der Krankenhausträger kann im Rahmen dieses Betrags eigenverantwortlich über die Art und Weise der Durchführung der Maßnahmen entscheiden.³⁷ Unterschreiten die nachgewiesenen Kosten für die geförderten Maßnahmen den Förderbetrag, muss die Differenz zurückerstattet werden.³⁸ Werden fachlich gebilligte Maßnahmen nicht durchgeführt, wird der Festbetrag entsprechend gekürzt.³⁹ Nach der Beendigung einer Maßnahme ist die sachgemäße Verwendung der Fördermittel nachzuweisen.⁴⁰

1.2.2 Pauschalförderung

Die Wieder- und Ergänzungsbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern werden durch feste jährliche Beträge (Jahrespauschalen) gefördert.⁴¹ Über diese Pauschalen werden auch Investitionen gefördert, die im Rahmen der Einzelförderung förderfähig sind, sofern die Kosten (inklusive Umsatzsteuer) für das einzelne Vorhaben ein Fünftel der Jahrespauschale der Klinik nicht übersteigen.⁴² Die Höhe der Jahrespauschale orientiert sich an der medizinischen Aufgabenstellung des Krankenhauses im Krankenhausplan und den

²⁸ Das 37. Jahreskrankenhausbauprogramm 2011 des Freistaates Bayern ist abrufbar unter <https://www.verkuendung-bayern.de/fmbl/jahrgang:2011/heftnummer:5/seite:241> (Zugriff am 6. September 2011)

²⁹ Vgl. Art. 22 Abs. 4 S. 2 BayKrG

³⁰ Vgl. Art. 10 Abs. 1 S. 1 BayKrG

³¹ Vgl. Art. 7 Abs. 2 BayKrG

³² Vgl. Art. 11 Abs. 2 S. 1 BayKrG

³³ Vgl. Art. 11 Abs. 2 S. 2 BayKrG

³⁴ Darin stellt die Regierung gegenüber dem Krankenhausträger fest, ob die Bau- und Ausstattungsplanung die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erfüllt und legt den Förderbetrag fest (Vgl. § 1 Abs. 4 S. 3 i.V.m. § 20 Abs. 1 Nr. 2 DVBayKrG). Bei einem positiven Prüfergebnis werden die Fördermittel von der Regierung bewilligt, sofern die Aufnahme des Verfahrens im Jahreskrankenhausbauprogramm festgestellt ist und in diesem die Fördermittel bereitgestellt sind (Vgl. Art 11 Abs. 3 S. 1 BayKrG und § 20 Abs. 1 Nr. 6 DVBayKrG).

³⁵ Vgl. Art. 11 Abs. 2 S. 3 BayKrG

³⁶ Vgl. Art. 11 Abs. 4 S. 1 BayKrG

³⁷ Vgl. Art. 11 Abs. 4 S. 4 BayKrG

³⁸ Vgl. Art. 11 Abs. 4 S. 6 BayKrG

³⁹ Vgl. Art. 11 Abs. 4 S. 7 BayKrG

⁴⁰ Vgl. § 5 Abs. 1 S. 1 DVBayKrG

⁴¹ Vgl. Art. 12 Abs. 1 Nr. 1 BayKrG

⁴² Vgl. Art. 12 Abs. 1 Nr. 2 BayKrG

Leistungen der Klinik.⁴³ Mit der Jahrespauschale können die Krankenhausträger eigenverantwortlich wirtschaften, wobei der Krankenhausplan und die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit beachtet werden müssen.⁴⁴ Die Jahrespauschalen können ab dem Zeitpunkt der Aufnahme der Klinik in den Krankenhausplan gewährt werden.⁴⁵ Für die Bewilligung und Auszahlung der Jahrespauschalen ist die Regierung zuständig.⁴⁶ Die Jahrespauschale ist nach Ablauf von drei Jahren an die Kostenentwicklung anzupassen.⁴⁷ Der Krankenhausträger muss in regelmäßigen Abständen eine Erklärung über die sachgemäße Verwendung der Jahrespauschalen abgeben.⁴⁸ Die pauschale Förderleistung setzt sich aus einem leistungs- und einem aufgabenbezogenen Teilbetrag zusammen, wobei die Fördermittel im Verhältnis 60:40 zu verteilen sind.⁴⁹

- **Leistungsbezogene Pauschalförderung**

Zur Festlegung des leistungsbezogenen Anteils der Jahrespauschale werden die nach durchschnittlicher Fallschwere gewichteten Fallzahlen des Krankenhauses herangezogen.⁵⁰ Es wird die Summe aus

- der Anzahl der über Fallpauschalen vergüteten vollstationären somatischen Fälle, multipliziert mit dem Case-Mix-Index⁵¹,
- der Anzahl der vergüteten vollstationären somatischen Fälle in besonderen Einrichtungen (§ 17b Abs. 1 S. 15 KHG), multipliziert mit dem Verhältnis des durchschnittlich erzielten Fallerlöses zum landesweiten Basisfallwert und
- der Zahl der voll- und teilstationären Fälle der Fachrichtungen Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik, multipliziert mit dem Gewichtungsfaktor 0,7

gebildet und mit dem Förderbetrag pro Fall (*fallanteiliger Förderbetrag*) multipliziert, der jährlich festgelegt wird.⁵² Der *fallanteilige Förderbetrag* wird gemeinsam durch das Staatsministerium der Finanzen und das Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit festgelegt.⁵³

Zur Bestimmung des leistungsbezogenen Anteils der Pauschalförderung werden die Krankenhausdaten des Vorjahres herangezogen.⁵⁴ Wird eine Klinik neu in den Krankenhausplan aufgenommen und liegen noch keine statistischen Daten vor, erfolgt eine vorläufige Einstufung der Fallzahlen und der durchschnittlichen Fallschwere.⁵⁵

⁴³ Vgl. Art. 12 Abs. 2 S. 1 BayKrg

⁴⁴ Vgl. Art. 12 Abs. 3 S. 1 BayKrg

⁴⁵ Vgl. § 6 Abs. 1 S. 1 DVBayKrg

⁴⁶ Vgl. § 20 Abs. 1 Nr. 6 DVBayKrg

⁴⁷ Vgl. § 8 DVBayKrg

⁴⁸ Vgl. § 11 Abs. 1 S. 1 DVBayKrg

⁴⁹ Vgl. § 6 Abs. 2 DVBayKrg

⁵⁰ Vgl. § 6 Abs. 3 S. 1 DVBayKrg

⁵¹ Der Case-Mix-Index entspricht dem Verhältnis der Summe der DRG-Bewertungsrelationen zur Fallmenge.

⁵² Vgl. § 6 Abs. 3 S. 2 DVBayKrg

⁵³ Vgl. § 20 Abs. 2 DVBayKrg

⁵⁴ Vgl. § 6 Abs. 3 S. 3 DVBayKrg

⁵⁵ Vgl. § 6 Abs. 3 S. 5 DVBayKrg

- **Aufgabenbezogene Pauschalförderung**

Der aufgabenbezogene Teilbetrag der pauschalen Förderung orientiert sich an den im Krankenhausplan ausgewiesenen Kapazitäten an teil- und vollstationären Behandlungsplätzen.⁵⁶ Diese werden nach dem gruppenspezifischen Investitionsbedarf gewichtet⁵⁷ und mit einem Förderbetrag multipliziert, der ebenfalls jedes Jahr gemeinsam durch das Staatsministerium der Finanzen und das Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit festgelegt wird.⁵⁸

1.2.3 Weitere Fördertatbestände

Das BayKrG sieht neben der Einzel- und Pauschalförderung folgende weitere Fördertatbestände vor:

- **Förderung von Nutzungsentgelten nach Art. 13 BayKrG**

An Stelle der Einzelförderung von Investitionen können Entgelte, die für die Nutzung von förderfähigen fremden Anlagegütern entrichtet werden müssen, gefördert werden. Voraussetzung ist zum einen, dass eine Errichtung oder Beschaffung dieser Anlagegüter entweder nicht möglich oder weniger wirtschaftlich ist. Zum anderen muss die zuständige Behörde⁵⁹ dem Abschluss der Nutzungsvereinbarung zugestimmt haben. Die Finanzierung von Nutzungsentgelten fremder Anlagegüter darf generell auch durch die oben erörterten Jahrespauschalen erfolgen, sofern die Herstellung oder Beschaffung der Anlagegüter ansonsten durch diese Pauschalen finanziert werden müsste.⁶⁰

- **Förderung von Anlauf-, Umstellungs- und Grundstückskosten nach Art. 14 BayKrG**

Auch Anlauf- oder Umstellungskosten (bei innerbetrieblichen Änderungen) und Kosten für den Erwerb, die Erschließung, die Miete und die Pacht von Grundstücken können gefördert werden, sofern der Krankenhausbetrieb ohne die Förderung gefährdet wäre (Betriebsgefährdung).⁶¹ Die Fördermittel dürfen nur gewährt werden, sofern die Betriebsgefährdung dadurch nicht nur vorübergehend beseitigt werden kann.

- **Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen nach Art. 15 BayKrG**

Hat ein Krankenhausträger für förderfähige Investitionskosten ein Darlehen aufgenommen, bevor seine Klinik in den Krankenhausplan aufgenommen wurde, dann können die ab der Aufnahme in den Krankenhausplan entstehenden Lasten des Schuldendienstes gefördert werden. Es werden nur Kosten berücksichtigt,

⁵⁶ Vgl. § 6 Abs. 4 S. 1 DVBayKrG

⁵⁷ Sowohl für den voll- als auch für den teilstationären Bereich werden Gewichtungsfaktoren für die vorgehaltenen Kapazitäten in somatischen Krankenhäusern und in Kliniken der Fachrichtungen Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik festgelegt.

⁵⁸ Vgl. § 6 Abs. 4 S. 1 und § 20 Abs. 2 DVBayKrG

⁵⁹ Für die Zustimmung zum Abschluss einer Nutzungsvereinbarung ist gemäß § 20 Abs. 1 Nr. 5 DVBayKrG die Regierung zuständig.

⁶⁰ Detaillierte Regelungen zur Förderung von Nutzungsentgelten und zur Berechnung der Förderzahlungen enthält § 14 DVBayKrG.

⁶¹ Von einer Betriebsgefährdung ist auszugehen, wenn die genannten Kosten weder aus Rücklagen oder zu erwartenden Überschüssen, noch aus dem Vermögen des Krankenhausträgers finanziert werden können und dadurch die Versorgung der Patienten beeinträchtigt würde.

von denen der Krankenhausträger nachweisen kann, dass sie für ein leistungsfähiges und wirtschaftliches Krankenhaus notwendig waren.⁶²

- **Ausgleich für Eigenkapital nach Art. 16 BayKrG**

Der Krankenhausträger kann beim Ausscheiden des Krankenhauses oder einer unselbstständigen Betriebsstätte des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan eine pauschale Zahlung als Ausgleich für die Abnutzung von mit Eigenmitteln beschafften förderfähigen Anlagegütern erhalten. Die Ausgleichszahlung⁶³ wird nur gewährt, wenn die betreffenden Anlagegüter bereits bei Beginn der Förderung vorhanden waren und deren Nutzungsdauer beim Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Krankenhausplan noch nicht abgelaufen ist.

- **Förderung bei Schließung oder Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen nach Art. 17 BayKrG**

Wird ein Krankenhaus oder eine seiner Abteilungen geschlossen oder auf andere Aufgaben umgestellt, werden auf Antrag pauschale Ausgleichszahlungen gewährt. Es besteht kein Anspruch auf Ausgleichszahlungen, sofern ein krankenhauplanerischer Zusammenhang mit dem Aufbau von Behandlungsplätzen oder der Neuaufnahme entsprechender Fachrichtungen an anderen Kliniken besteht. Die Ausgleichszahlungen werden an der Zahl der aus der Akutversorgung und dem Krankenhausplan ausscheidenden Behandlungsplätzen und nach den aufgegebenen Fachrichtungen bemessen. Leistungen im Rahmen der jährlichen Pauschalförderung werden auf die Ausgleichszahlungen angerechnet.⁶⁴

Neben den genannten Fördermöglichkeiten gibt es in Bayern derzeit zwei zeitlich befristete Sonderförderprogramme (Laufzeit 2009-2011) im Rahmen des *Gesetzes zur Umsetzung von Zukunftsinvestitionen der Kommunen und Länder* (Konjunkturprogramm II des Bundes) mit einem Gesamtvolumen von insgesamt 110 Mio. € (2,6521 Milliarden CZK⁶⁵). Es handelt sich dabei um ein Sonderkontingent von 40 Mio. € (964,4 Mio. CZK) für kleinere Krankenhausbauvorhaben⁶⁶ und ein Programm zur Realisierung energetischer Maßnahmen an Krankenhäusern⁶⁷ (*Energiesparen im Krankenhaus*) mit einem Volumen von 70 Mio. € (1,6877 Milliarden CZK).

1.3 Finanzierung der laufenden Kosten

Gesetzliche Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlungen nur durch zugelassene Einrichtungen erbringen lassen.⁶⁸ Ein Krankenhaus ist zur Behandlung von gesetzlich

⁶² Details zur Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen sind § 15 DVBayKrG zu entnehmen.

⁶³ Die Ausgleichszahlung liegt im Regelfall bei 500 € (12.055 CZK) für jeden Behandlungsplatz, der mit der Schließung der Klinik oder der unselbstständigen Betriebsstätte aus dem Krankenhausplan ausscheidet.

⁶⁴ Detaillierte Regelungen zu Gewährung und Höhe der Ausgleichszahlungen sind §§ 12 und 13 DVBayKrG zu entnehmen.

⁶⁵ Hier und im Folgenden gilt: 1 € = 24,110 CZK (Euro-Referenzkurs der Europäischen Zentralbank vom 31. August 2011)

⁶⁶ Für nähere Informationen zum Sonderkontingent vgl.

http://www.stmf.bayern.de/kommunaler_finanzausgleich/allgemeines/krankenhausfoerderung/konjunkturpaket_2/ (Zugriff am 3. Februar 2011)

⁶⁷ Für nähere Informationen zum Förderprogramm vgl.

<http://www.stmug.bayern.de/gesundheit/krankenhaus/finanzierung/zuinvg/programm.htm> (Zugriff am 3. Februar 2011)

⁶⁸ Vgl. § 108 SGB V (*Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung* - vom 20. Dezember 1988, zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 28. Juli 2011)

Versicherten zugelassen, wenn es über einen Versorgungsvertrag verfügt.⁶⁹ Bei Hochschulkliniken gilt die Anerkennung nach landesrechtlichen Vorschriften, bei Plankrankenhäusern die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan eines Bundeslandes als Abschluss eines Versorgungsvertrages. Der Versorgungsvertrag kommt bei allen übrigen Kliniken durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Krankenhausträger zustande. Er bedarf der Schriftform und wird mit der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde wirksam. Ein Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages besteht grundsätzlich nicht. Bewerben sich mehrere geeignete Kliniken um den Abschluss eines Versorgungsvertrages, dann obliegt die Entscheidung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Sie wählen nach pflichtgemäßem Ermessen das Krankenhaus aus, das den Erfordernissen einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung am besten gerecht wird. Ein Versorgungsvertrag darf mit einer Klinik, die weder Hochschulklinik, noch Plankrankenhaus ist, nur abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus die leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung gewährleisten kann und für die bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten notwendig ist. Der Versorgungsvertrag ist für alle Krankenkassen im Inland unmittelbar verbindlich.

Für die Krankenhausbehandlung von gesetzlich Versicherten sind demnach folgende Einrichtungen zugelassen:⁷⁰

- nach landesrechtlichen Vorschriften anerkannte Hochschulkliniken,
- Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Bundeslandes aufgenommen wurden (Plankrankenhäuser) und
- Kliniken, mit denen die Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben.

§ 110 SGB V legt fest, unter welchen Voraussetzungen ein Versorgungsvertrag gekündigt werden kann.⁷¹

Krankenhausbehandlungen können vollstationär, teilstationär, vor- oder nachstationär oder ambulant erbracht werden.⁷² Versicherte haben nur dann Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung in einer zugelassenen Klinik, wenn das Behandlungsziel durch andere Behandlungsformen nicht erreicht werden kann.⁷³

Als Krankenhausleistungen gelten gemäß § 2 Abs. 1 S. 1 KHEntgG die ärztliche Behandlung, die Krankenpflege, die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und die Unter-

⁶⁹ Vgl. zum Abschluss von Versorgungsverträgen § 109 SGB V

⁷⁰ Vgl. § 108 SGB V

⁷¹ Eine vollständige oder teilweise Kündigung des Versorgungsvertrages ist jeder Vertragspartei mit der Frist von einem Jahr möglich. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können einen Vertrag nur gemeinsam und nur dann kündigen, wenn das Krankenhaus entweder für die bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung nicht notwendig ist oder die Klinik die leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung nicht gewährleisten kann. Eine Kündigung ist nur zulässig, wenn die Kündigungsgründe dauerhaft bestehen. Betrifft die Kündigung ein Plankrankenhaus, dann muss die Kündigung mit einem Antrag an die zuständige Landesbehörde auf Aufhebung oder Änderung des Feststellungsbescheids verbunden werden, mit dem die Klinik in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen wurde. Die Kündigung durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen muss im Benehmen mit den Krankenkassen erfolgen, die als Pflugesatzparteien betroffen sind. Die Kündigung wird erst mit der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde (in Bayern das Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit) wirksam. Die Genehmigung kann bei Plankrankenhäusern nur dann verweigert werden, wenn das Krankenhaus für die Versorgung unverzichtbar ist.

⁷² Vgl. § 39 Abs. 1 S. 1 SGB V

⁷³ Vgl. § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V

kunft und Verpflegung.⁷⁴ Krankenhausleistungen umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Als allgemeine Krankenhausleistungen zählen die Leistungen einer Klinik, „[...] die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind.“⁷⁵ Auch vom Krankenhaus veranlasste Leistungen, die durch Dritte erbracht werden, zählen unter diesen Voraussetzungen zu den allgemeinen Krankenhausleistungen.⁷⁶ Nehmen gesetzlich Versicherte allgemeine Krankenhausleistungen in Anspruch, entstehen ihnen außer der gesetzlich festgelegten Zuzahlung von 10 € (241,10 CZK) pro Kalendertag⁷⁷ keine zusätzlichen Kosten. Allgemeine Krankenhausleistungen werden von der Krankenkasse getragen. Wahlleistungen hingegen sind über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehende Sonderleistungen. Wahlleistungen können zwischen dem Patienten und der Klinik vertraglich vereinbart werden. Sie werden gesondert berechnet und sind vom Patienten zu tragen.⁷⁸

Die Vergütung allgemeiner Krankenhausleistungen erfolgt in Deutschland über ein leistungsorientiertes, pauschalierendes Vergütungssystem.⁷⁹ Mit diesen Pauschalen werden die allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet.⁸⁰ Neben diesen Pauschalen werden allgemeine Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten bzw. ihren Kostenträgern mit Zusatz- oder sonstigen Entgelten (vgl. Abschnitt 1.3.1.3), sowie Zu- und Abschlägen (vgl. Abschnitt 1.3.1.4) abgerechnet. Die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen müssen für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich berechnet werden.⁸¹ Vor- und nachstationäre Behandlungen werden für alle Benutzer einheitlich nach § 115a SGB V vergütet.⁸² Die Vergütung ambulanter Operationen und anderer stationärsersetzender Eingriffe erfolgt für gesetzlich Versicherte nach § 115b SGB V und für sonstige Patienten nach den für sie geltenden Vorschriften.⁸³

⁷⁴ Die von Belegärzten, Belegentbindungspflegern und Beleghebammen erbrachten Leistungen zählen nach § 2 Abs. 1 S. 2 KHEntgG nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen.

⁷⁵ § 2 Abs. 2 S. 1 KHEntgG

⁷⁶ Vgl. § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntgG

⁷⁷ Jeder Versicherte, der das achtzehnte Lebensjahr vollendet hat, muss gemäß § 39 Abs. 4 SGB V bei vollstationären Krankenhausbehandlungen pro Kalendertag eine Zuzahlung an das behandelnde Krankenhaus leisten. Das Klinikum leitet die Zahlung dann an die Krankenkassen weiter. Die Zuzahlung ist auf maximal 28 Kalendertage im Jahr begrenzt. Hat ein Versicherter im laufenden Jahr aufgrund medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen oder einer Anschlussrehabilitationsmaßnahme bereits Zuzahlungen an einen Träger der Renten- oder Krankenversicherung entrichtet, werden diese Zahlungen auf die Krankenhauszuzahlung angerechnet. Die Zuzahlung liegt im stationären Bereich bei 10 € (241,10 CZK) pro Kalendertag (Vgl. § 61 S. 1 SGB V). Belastungsgrenzen für zu leistende Zuzahlungen sind in § 62 SGB V geregelt. Versicherte müssen im Kalenderjahr maximal Zuzahlungen in Höhe von zwei Prozent ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen leisten. Die Belastungsgrenze für chronisch Kranke wurde auf ein Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen festgelegt.

⁷⁸ Vgl. zu den Wahlleistungen § 17 KHEntgG

⁷⁹ Vom pauschalierenden Entgeltsystem ausgeschlossen sind gemäß § 17b Abs. 1 S. 1 KHG psychiatrische Krankenhäuser, selbstständige, gebietsärztlich geleitete psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern und Einrichtungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Die Vergütung der Leistungen dieser Einrichtungen erfolgt derzeit nach den Vorschriften der *Bundespflegegesetzverordnung (Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze* vom 26. September 1994, zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010). Das KHG sieht allerdings in § 17d auch für diese Einrichtungen eine Umstellung auf ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten vor. Die Umstellung soll im Jahr 2013 erfolgen. Die Vergütungssystematik psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen wird im Folgenden nicht weiter betrachtet.

⁸⁰ Vgl. § 17b Abs. 1 S. 3 KHEntgG

⁸¹ Vgl. § 8 Abs. 1 S. 1 KHEntgG

⁸² Vgl. § 1 Abs. 3 S. 1 KHEntgG

⁸³ Vgl. § 1 Abs. 3 S. 2 KHEntgG

1.3.1 Vergütung voll- und teilstationärer Leistungen

1.3.1.1 Kurzbeschreibung des DRG-Systems und Zuständigkeiten

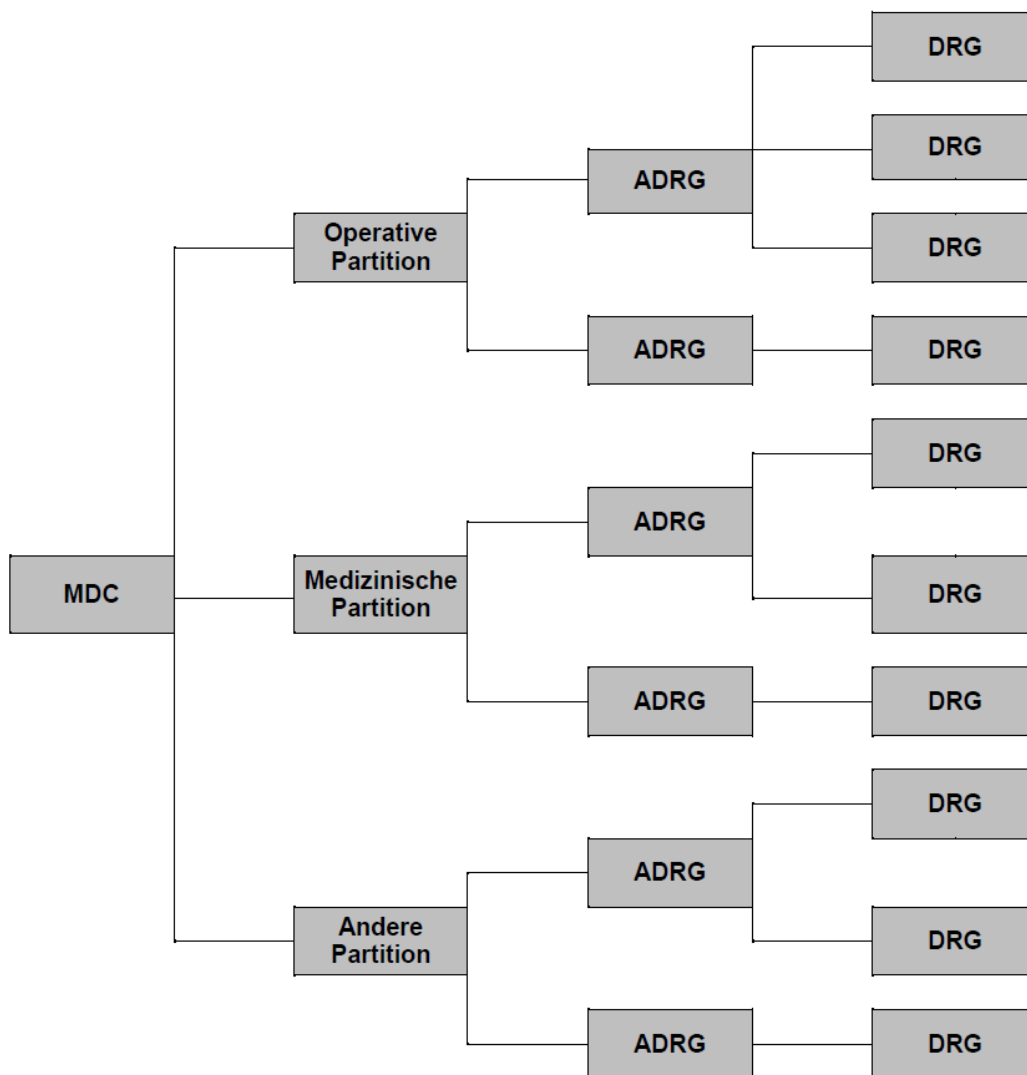
Das Vergütungssystem basiert auf *diagnosebezogenen Fallgruppen (DRGs – Diagnosis Related Groups)*. Mit Hilfe dieses Klassifizierungssystems kann jedem einzelnen Behandlungsfall eine Fallpauschale zugeordnet werden.⁸⁴ Die DRGs sind in sogenannte *Hauptdiagnosegruppen (MDCs - Major Diagnostic Categories)* eingeteilt und basieren grundsätzlich auf Hierarchien von Diagnosen und Prozeduren.⁸⁵ Bei den Hauptdiagnosegruppen unterscheidet man zwischen maximal drei Untergruppen (operative, medizinische und andere Partition). Welcher Partition ein Datensatz zugeordnet wird, ist vom Vorliegen bzw. Fehlen eines operativen oder nicht-operativen Eingriffs abhängig.⁸⁶ Die MDCs sind wiederum in *Basis-DRGs (ADRGs – Adjacent Diagnosis Related Groups)* unterteilt. Basis-DRGs bestehen aus ein oder mehreren DRGs, die durch die gleiche Liste von Diagnose- und Prozedurenkodens definiert sind. Die DRGs innerhalb einer Basis-DRG unterscheiden sich im Ressourcenverbrauch und sind anhand unterschiedlicher Faktoren untergliedert (z.B. patientenbezogener Gesamtschweregrad, Alter, Hauptdiagnose, Nebendiagnose oder Prozedur). Abbildung 2 soll die DRG-Systematik veranschaulichen.

⁸⁴ Basis der Verschlüsselung für das System der deutschen DRGs sind die Deutschen Kodierrichtlinien 2011: *ICD-10-GM Version 2011 (ICD-10-GM: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision, German Modification)* für Diagnosen und *OPS Version 2011 (Operationen- und Prozedurenschlüssel Version 2011)* für Prozeduren.

⁸⁵ Vgl. zur DRG-Systematik: G-DRG German Diagnosis Related Groups Version 2011, Definitionshandbuch, Kompaktversion, Band 1, S. 1-9, abrufbar unter: http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2011/Definitionshandbuch/Definitionshandbuch_2011 (Zugriff am 12. August 2011)

⁸⁶ Die Zuordnung zur operativen Partition erfolgt, wenn mindestens eine operative Prozedur vorhanden ist. Die Zuordnung zur anderen Partition erfolgt, wenn keine operative Prozedur, aber mindestens eine nichtoperative Prozedur durchgeführt wurde, die für die MDC signifikant ist. Eine Zuordnung zur medizinischen Partition erfolgt, wenn weder eine operative Prozedur, noch eine lokal signifikante nichtoperative Prozedur durchgeführt wurde.

Abbildung 2: DRG-Systematik



Quelle: eigene Darstellung

Jede DRG besteht aus vier alphanumerischen Zeichen. Das erste Zeichen gibt an, welcher Hauptgruppe (MDC) die DRG angehört.⁸⁷ Die DRG B21A (Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sonderimplantation) beispielsweise gehört zur Hauptgruppe *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*, was am ersten Buchstaben des DRG-Codes abgelesen werden kann.⁸⁸ Das zweite und dritte Zeichen geben die Basis-DRG innerhalb der MDC und die Partition an, zu der die DRG gehört. Zur Unterscheidung der Partition, zu der die Basis-DRG gehört, wurden Wertebereiche angelegt (01-39: operative Partition; 40-59: sonstige Partition; 60-99: medizinische Partition), die DRG B21A ist demnach der operativen Partition zuzuordnen. Das vierte Zeichen kennzeichnet die Einteilung, mit der die DRG innerhalb der Basis-DRG anhand des Ressourcenverbrauchs unterschieden wird. Es werden hier Werte zwischen A (höchster Ressourcenverbrauch) bis Z (keine Unterteilung) vergeben. Der DRG B21A ist also der höchste Ressourcenverbrauch zugewiesen. Die DRGs B21A (Implantation eines

⁸⁷ Für die Angabe der Hauptgruppe werden Buchstaben verwendet. Die Gruppe der Fehler-DRGs und sonstigen DRGs wird mit der Zahl 9 gekennzeichnet.

⁸⁸ Der Buchstabe B steht für die MDC 01 – Krankheiten und Störungen des Nervensystems.

Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sonderimplantation) und B21B (Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sonderimplantation) bilden gemeinsam eine Basis-DRG. Umfassen Basis-DRGs mehrere DRGs, dann weisen diese DRGs dieselben Diagnosen oder Prozeduren auf.

Die jährliche Weiterentwicklung und Anpassung des Vergütungssystems sowie die Festlegung der Abrechnungsbestimmungen⁸⁹ ist gemeinsame Aufgabe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft.⁹⁰ Diese vereinbaren

- einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen, Regelungen zu Verlegungsfällen und zur Grenzverweildauer sowie die bei Über- oder Unterschreitung der Grenzverweildauer anfallenden Zu- oder Abschläge,
- einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte⁹¹ nach § 17b Abs. 1 S. 12 KHG sowie
- Abrechnungsbestimmungen zu diesen Entgelten.⁹²

Die Weiterentwicklung und Pflege des Vergütungssystems erfolgt durch das *InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus)*, welches von den Vertragsparteien auf Bundesebene gegründet wurde.

Die aktuelle *Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2011 (Fallpauschalenvereinbarung 2011 – FPV 2011)* wurde zwischen den oben genannten Vertragsparteien am 23. September 2010 geschlossen und ist bis zum Jahresende 2011 gültig.⁹³ Der Fallpauschalenkatalog⁹⁴ des Jahres 2011 umfasst 1.194 DRGs. Zusätzlich zu diesen DRGs wurden 146 Zusatzentgelte vereinbart, welche neben den Fallpauschalen abgerechnet werden können.

Auf Ebene der Bundesländer vereinbaren die Vertragsparteien⁹⁵ bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres den Landesbasisfallwert⁹⁶ für das Folgejahr.⁹⁷ Der Basisfallwert entspricht dem Preis für einen Fall, der mit der Bewertungsrelation von eins bewertet wird. Der Landesbasisfallwert spiegelt also das landesweite Preisniveau für DRG-Leistungen wider. Multipliziert man den Landesbasisfallwert⁹⁸ mit dem Relativgewicht für die Fallpauschale, ergibt sich der Betrag, den die Krankenkassen dem Krankenhaus für die jeweilige Leistung im betreffenden Bundesland erstatten.

⁸⁹ Soweit diese nicht bereits durch Bestimmungen des KHentgG festgelegt sind.

⁹⁰ Vgl. § 17b Abs. 2 S. 1 KHG

⁹¹ Sofern es zur Ergänzung der Fallpauschale notwendig ist, können die Vertragsparteien auf Bundesebene in Ausnahmefällen Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe und Arzneimittel vereinbaren.

⁹² Vgl. § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1-3 KHentgG

⁹³ Die FPV 2011 ist abrufbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/FPV_2011_2010_09_23_14582.pdf (Zugriff am 25. April 2011)

⁹⁴ Der Fallpauschalenkatalog 2011 ist abrufbar unter: http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2011/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2011 (Zugriff am 25. April 2011)

⁹⁵ Die Vertragsparteien auf Landesebene sind die Landeskrankenhausgesellschaft, die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung.

⁹⁶ Die Vertragsparteien gehen von den Vereinbarungswerten der Kliniken im Bundesland für das laufende Kalenderjahr aus. Auf Grundlage dieser Daten wird dann die voraussichtliche Veränderung im Folgejahr geschätzt (liegen Werte für einzelne Kliniken nicht vor, werden auch diese geschätzt). Bei der Vereinbarung sind unter anderem Leistungsveränderungen sowie die voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklung zu berücksichtigen.

⁹⁷ Vgl. § 10 Abs. 1 S. 1 KHentgG

⁹⁸ Die Landesbasisfallwerte der Bundesländer für das Jahr 2011 sind einsehbar unter: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/budgetverhandlung/landesbasisfallwert/lbfw_2011_uebersicht.pdf (Zugriff am 13. Juni 2011)

Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren jährlich einen einheitlichen Basisfallwert (Bundesbasisfallwert) und einen einheitlichen Basisfallwertkorridor.⁹⁹ Die Landesbasisfallwerte werden bis 2014 schrittweise an diesen Basisfallwertkorridor angeglichen.¹⁰⁰

Auf lokaler Ebene vereinbaren der Krankenhausträger und die beteiligten Kassen das Erlösbudget, die Summe der Bewertungsrelationen, sonstige Entgelte nach § 6 KHEntgG, die Erlössumme, krankenhausindividuelle Zu- und Abschläge und Minder- und Mehrerlösausgleiche.¹⁰¹

1.3.1.2 Zu- und Abschläge bei Verweildauerausreißern und Verlegungen

Für die meisten DRGs ist im Fallpauschalenkatalog eine obere und eine untere Grenzverweildauer berechnet worden. Wird der Patient binnen dieser Zeitspanne entlassen, vergüten die Krankenkassen die Leistung des Krankenhauses pauschal mit der entsprechenden DRG.

Wird die obere Grenzverweildauer überschritten, erhält das Krankenhaus für den im Fallpauschalenkatalog ausgewiesenen und jeden weiteren Tag ein zusätzliches tagesbezogenes Entgelt.¹⁰² Das tagesbezogene Entgelt entspricht dem Produkt aus der angegebenen Bewertungsrelation pro Tag und dem Landesbasisfallwert. Die Anzahl der Belegungstage, die zusätzlich zur Fallpauschale berechnet werden können, ergibt sich wie folgt:

Anzahl zusätzlich abrechenbarer Belegungstage =
tatsächliche Verweildauer + 1 – erster Tag mit zusätzlichem Entgelt

Die tatsächliche Verweildauer entspricht der Anzahl der Belegungstage.¹⁰³ Als Belegungstag gilt der Aufnahmetag und jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthaltes. Der Entlassungs- oder Verlegungstag hingegen wird nicht als Belegungstag gezählt.

Wird ein Patient vor Erreichen der unteren Grenzverweildauer aus der Klinik entlassen, wird ein Abschlag von der Fallpauschale vorgenommen.¹⁰⁴ Für jeden bis zur unteren Grenzverweildauer nicht erbrachten Belegungstag, einschließlich des im Fallpauschalenkatalog ausgewiesenen ersten Tages mit Abschlag, wird ein tagesbezogener Abschlag berechnet. Der tagesbezogene Abschlag entspricht dem Produkt aus der angegebenen Bewertungsrelation pro Tag und dem Landesbasisfallwert. Die Anzahl der Abschlagstage ergibt sich wie folgt:

Anzahl Abschlagstage = erster Tag mit Abschlag + 1 – tatsächliche Verweildauer

Folgendes Beispiel soll die Abrechnungssystematik verdeutlichen.

⁹⁹ Vgl. § 10 Abs. 9 KHEntgG; Der Bundesbasisfallwert wurde für das Jahr 2011 mit 2.963,82 € (das entspricht ca. 71.458 CZK) festgelegt, die untere Korridorgrenze liegt bei 2.926,77 € (rund 70.564 CZK), die obere Korridorgrenze bei 3.037,91€ (ca. 73.244 CZK). Vgl. § 1 Abs. 1 *Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG für den Vereinbarungszeitraum 2011* – abrufbar unter: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/budgetverhandlung/bundesbasisfallwert/bund_krankenhausvereinbarung_bundesbasisfallwert_2011.pdf

¹⁰⁰ Vgl. § 10 Abs. 8 KHEntgG

¹⁰¹ Vgl. § 11 Abs. 1 KHEntgG

¹⁰² Vgl. zu Zuschlägen bei Verweildauerausreißern: § 1 Abs. 2 FPV 2011

¹⁰³ Vgl. zur tatsächlichen Verweildauer § 1 Abs. 7 FPV 2011

¹⁰⁴ Vgl. zu Abschlägen bei Verweildauerausreißern: § 1 Abs. 3 FPV 2011

Abbildung 3: Abrechnungsbeispiel

B21A		Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sonderimplantation		
Bewertungsrelation (Hauptabteilung)		10,533 Punkte		
mittlere Verweildauer		15,5 Tage		
untere Grenzverweildauer	erster Tag mit Abschlag	4	Bewertungsrelation / Tag	0,411
obere Grenzverweildauer	erster Tag mit zusätzlichem Entgelt	26	Bewertungsrelation / Tag	0,093
Externe Verlegung	Abschlag / Tag	0,125		

Die Bewertungsrelation der DRG B21A wird im Fallpauschalenkatalog mit 10,533 Punkten angegeben, die mittlere Verweildauer beträgt 15,5 Tage. Der Landesbasisfallwert liegt in Bayern aktuell bei 2.982,60 € (ca. 71.991 CZK). Bleibt der Patient zwischen fünf (untere Grenzverweildauer = erster Tag mit Abschlag + 1) und 25 Belegungstagen (obere Grenzverweildauer = erster Tag mit zusätzlichem Entgelt - 1) stationär in der Klinik, erhält die Klinik für ihre Leistungen die volle Fallpauschale erstattet (10,533 Punkte * 2.982,60 € / Punkt = 31.415,73 €¹⁰⁵).

Bleibt der Patient aufgrund dieses Eingriffes länger als 25 Belegungstage in der Klinik, dann erhält die behandelnde Einrichtung ab dem 26. Belegungstag ein zusätzliches tagesbezogenes Entgelt. Geht man beispielhaft von einem Patienten mit 29 Belegungstagen aus, dann liegt der Zuschlag, den die Klinik einfordern kann bei 1.109,53 €¹⁰⁶ (4 Tage * 0,093 Punkte / Tag * 2.982,60 € / Punkt). Wird der Patient bereits nach 3 Belegungstagen wieder entlassen, dann hat die Klinik einen Abschlag von der Fallpauschale hinzunehmen. Der Abschlag liegt in diesem Fall bei 2.451,70 €¹⁰⁷ (2 Tage * 0,411 Punkte / Tag * 2.982,60 € / Punkt).

Die FPV 2011 regelt in § 3 Einzelheiten zu Abschlägen bei der Verlegung von Patienten. Abschläge sind sowohl für das verlegende als auch das aufnehmende Krankenhaus in bestimmten Fällen möglich, um den Kliniken keinen Anreiz zu bieten, erlössteigernde Patientenkarusselle entstehen zu lassen. Wird ein Patient in ein anderes Klinikum verlegt, hat das verlegende Krankenhaus einen Abschlag auf die Fallpauschale hinzunehmen, falls die im Fallpauschalenkatalog ausgewiesene mittlere Verweildauer nicht erreicht wurde. Auch die aufnehmende Klinik muss mit einem Abschlag rechnen, wenn die mittlere Verweildauer unterschritten wird. Der Abschlag beträgt im vorliegenden Abrechnungsbeispiel 372,83 € (ca. 8.989 CZK) pro Tag (0,125 Punkte / Tag * 2.982,60 € / Punkt). Die Anzahl der Abschlagstage ergibt sich wie folgt:

$$\text{Anzahl Abschlagstage} = \text{mittlere Verweildauer} - \text{Belegungstage}$$

1.3.1.3 Zusatzentgelte und sonstige Entgelte

Allgemeine Krankenhausleistungen können nicht nur über Fallpauschalen, sondern ergänzend auch über andere Entgeltarten abgerechnet werden. Zusätzlich zu einer

¹⁰⁵ Das entspricht rund 757.433 CZK.

¹⁰⁶ Umgerechnet beläuft sich der Zuschlag, den die Klinik einfordern kann auf ca. 26.751 CZK.

¹⁰⁷ Der Abschlag, den die Klinik hinnehmen muss, beträgt umgerechnet rund 59.111 CZK.

Fallpauschale dürfen die im Folgenden aufgeführten Zusatz- und sonstigen Entgelte in Rechnung gestellt werden.¹⁰⁸

- **Zusatzentgelte nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog gemäß § 17b Abs. 1 S. 12 KHG**

Die Vertragsparteien auf Bundesebene¹⁰⁹ können gemäß § 17b Abs. 1 S. 12 KHG in eng begrenzten Ausnahmefällen Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe und Arzneimittel vereinbaren, sofern dies zur Ergänzung der Fallpauschale notwendig ist. Explizit wird in Satz 12 auf die Möglichkeit verwiesen, Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren und die Dialyse¹¹⁰ festlegen zu können. Welcher Betrag je Zusatzentgelt in Rechnung gestellt werden kann, wird ebenfalls zwischen oben genannten Vertragsparteien verhandelt, wobei eine differenzierte Festlegung der Vergütungshöhe nach Regionen grundsätzlich möglich ist.¹¹¹ Sie legen einen bundeseinheitlichen Katalog ergänzender Zusatzentgelte inklusive deren Vergütungshöhe fest.¹¹² Der Katalog ist den Anlagen 2 und 5 zur FPV 2011 zu entnehmen. Diese Zusatzentgelte können nicht nur zusätzlich zu Fallpauschalen, sondern auch zusätzlich zu Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden.¹¹³

- **Zusatzentgelte / fall- und tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG**

Für Leistungen, die mit den DRG-Fallpauschalen und den bundeseinheitlichen Zusatzentgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden, und für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 S. 15 KHG, können die Krankenhausträger mit den Sozialleistungsträgern gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG fall- oder tagesbezogene Entgelte vereinbaren. In eng begrenzten Ausnahmefällen ist auch die Vereinbarung von Zusatzentgelten möglich.

§ 5 Abs. 2 der FPV 2011 legt fest, für welche Leistungen krankenhausespezifische Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHG vereinbart werden können. Alle Leistungen, die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2011 gelistet sind, können über Zusatzentgelte zusätzlich zu den Fallpauschalen und anderen Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG in Rechnung gestellt werden.¹¹⁴

Sonstige Entgelte nach § 6 Abs.1 KHEntgG können krankenhausespezifisch für Leistungen vereinbart werden, die nach den Anlagen 3a und 3b zur FPV 2011 mit dem bundeseinheitlichen Fallpauschalenkatalog nicht vergütet werden¹¹⁵ und für sonstige teilstationäre Leistungen gemäß § 6 Abs. 1 S. 1 FPV 2011.¹¹⁶

¹⁰⁸ Vgl. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 1 KHEntgG

¹⁰⁹ Die Vertragsparteien auf Bundesebene sind der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG).

¹¹⁰ Sofern die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist

¹¹¹ Vgl. § 17b Abs. 1 S. 13 KHG

¹¹² Vgl. § 9 Abs. 1 Nr. 2 KHEntgG

¹¹³ Vgl. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 1 KHEntgG und § 5 Abs. 1 S. 1 FPV 2011

¹¹⁴ Können für Leistungen nach den Anlagen 4 bzw. 6 keine krankenhausespezifischen Zusatzentgelte abgerechnet werden, weil für den Vereinbarungszeitraum 2011 noch keine entsprechende Vereinbarung geschlossen wurde oder weil keine Zusatzentgelte vereinbart wurden, dann kann gemäß § 5 Abs. 2 Sätze 4 und 5 für jedes Zusatzentgelt ein Betrag von 600 € (14.466 CZK) in Rechnung gestellt werden.

¹¹⁵ Können für Leistungen nach Anlage 3a und 3b keine krankenhausespezifischen Entgelte abgerechnet werden, weil es an einer Vereinbarung für das Jahr 2011 fehlt, können für Leistungen nach Anlage 3a 600 € (14.466 CZK) pro Belegungstag und für Leistungen nach Anlage 3b 300 € (7.233 CZK) pro Belegungstag

Besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 S. 15 KHG können zeitlich befristet aus dem pauschalierenden Entgeltsystem ausgenommen werden.¹¹⁷ Hierbei handelt es sich um Einrichtungen, deren Leistungen entweder aus medizinischen Gründen, aufgrund einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aufgrund der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen nicht sachgerecht vergütet werden.¹¹⁸ Als *Besondere Einrichtungen* können beispielsweise Palliativstationen oder -einheiten mit mehr als fünf Betten, Kliniken oder Fachabteilungen für Kinder- und Jugend-Rheumatologie oder die Behandlung von Tropenerkrankungen von der pauschalierenden Vergütung ausgenommen werden.¹¹⁹ Ebenfalls können Fachabteilungen mit Schwerpunkt zur Behandlung von Patienten mit Multipler Sklerose, Morbus Parkinson oder Epilepsie unter bestimmten Voraussetzungen von der Vergütung mit DRGs ausgeklammert werden.

Die Abrechnung der Leistungen der besonderen Einrichtung kann über fall- oder tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHG erfolgen.¹²⁰ Die zu vereinbarenden fall- oder tagesbezogenen Entgelte sollen nur die fallabhängigen Kosten der Behandlung finanzieren, die Deckung der pflegesatzfähigen Vorhaltekosten erfolgt über einen Zuschlag gemäß § 4 Abs. 7 KHEntgG, der von allen Krankenhäusern bei vollstationären Fällen zu erheben ist.¹²¹ Zusatzentgelte dürfen zusätzlich zu den fall- oder tagesbezogenen Entgelten nur abgerechnet werden, wenn es sich um Zusatzentgelte nach den Anlagen 2, 4, 5 oder 6 zur FPV 2011 handelt.¹²² Welche Einrichtungen als *Besondere Einrichtung* nach § 17b Abs. 1 S. 15 KHG einzustufen sind und genauere Bestimmungen zur den Abrechnungsmodalitäten der fall- und tagesbezogenen Entgelte, regelt die *Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2011 (VBE 2011)*.

- **Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG**

Gemäß § 6 Abs. 2 S. 1 KHEntgG vereinbaren die Vertragsparteien vor Ort zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte außerhalb des Erlösbudgets und der Erlössumme für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den Fallpauschalen und den Zusatzentgelten des bundesweiten Entgeltkatalogs noch nicht sachgerecht vergütet werden können und die nicht nach § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen worden sind.

abgerechnet werden. Wurden keine Entgelte für Leistungen nach Anlage 3a vereinbart, können im Einzelfall auf Grundlage des § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG 450 € (10.849,50 CZK) pro Belegungstag berechnet werden. (Vgl. hierzu § 7 Abs. 4 FPV 2011)

¹¹⁶ Vgl. § 7 Abs. 1 S. 1 FPV 2011

¹¹⁷ Vgl. § 17b Abs. 1 S. 15 KHG

¹¹⁸ Vgl. § 17b Abs. 1 S. 15 KHG

¹¹⁹ Vgl. zur Ausnahme besonderer Einrichtungen § 1 VBE 2011 (*Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2011 – VBE 2011*). Die VBE 2011 wurde am 27. Oktober 2010 zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossen und ist abrufbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/VBE_2011_unterschrb_15151.pdf (Zugriff am 28. April 2011)

¹²⁰ Vgl. § 3 Abs. 1 S. 1 VBE 2011

¹²¹ Vgl. § 3 Abs. 2 VBE 2011

¹²² Vgl. § 3 Abs. 1 S. 3 VBE 2011

Bevor eine gesonderte Vergütung vereinbart wird, muss die Klinik von den Vertragsparteien auf Bundesebene eine Information einholen, ob die neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden kann. Die Abwicklung dieser Anfragen erfolgt über das InEK (*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus*).¹²³ Das InEK prüft, ob eine sachgerechte Vergütung dieser Leistungen durch Beteiligung am strukturierten Dialog¹²⁴ in den vergangenen Jahren möglich war.¹²⁵ Ist dies nicht der Fall, dann ist die Vereinbarung eines krankenhausespezifischen Entgelts bis zum Zeitpunkt der sachgerechten Integration der Leistung in das DRG-System zulässig.¹²⁶ Die Entgelte müssen sachgerecht kalkuliert und die Empfehlungen für die Kalkulation und Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Vertragsparteien auf Bundesebene¹²⁷ beachtet werden. Auch diese Zusatzentgelte sind zusätzlich zu einer Fallpauschale abrechenbar.¹²⁸

- **Gesonderte Zusatzentgelte für hochspezialisierte Leistungen nach § 6 Abs. 2a KHEntgG**

Gesonderte Zusatzentgelte können in eng begrenzten Ausnahmefällen krankenhausespezifisch¹²⁹ für hochspezialisierte Leistungen vereinbart werden, die dem Fallpauschalenkatalog und dem Katalog bundeseinheitlicher Zusatzentgelte zwar zugeordnet sind, aber mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht sachgerecht vergütet werden. Ein gesondertes Zusatzentgelt kann vereinbart werden, wenn

- die Leistung aufgrund einer Spezialisierung nur von sehr wenigen Kliniken mit überregionalem Einzugsgebiet erbracht wird,
- die Kosten der Behandlung aufgrund ihrer Komplexität die Höhe der Fallpauschale inklusive der Zusatzentgelte um mindestens 50 Prozent überschreiten und
- die Klinik sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen beteiligt.

Auch diese Zusatzentgelte können gemäß § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 1 KHEntgG zusätzlich zu einer Fallpauschale berechnet werden.

¹²³ Vgl. § 1 Abs. 1 S. 1 NUB (*Vereinbarung zu § 6 Abs. 2 S. 3 KHEntgG – Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden*), abrufbar unter: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/drug_system/nub/vereinbarung_nub_17_12_2004.pdf (Zugriff am 16. August 2011)

¹²⁴ Als strukturierter Dialog versteht man das Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Weitere Informationen sind abrufbar unter: <http://www.g-drg.de/cms/Vorschlagsverfahren> (Zugriff am 16. August 2011)

¹²⁵ Vgl. § 1 Abs. 1 S. 2 NUB

¹²⁶ Vgl. § 1 Abs. 1 S. 3 und 4 NUB

¹²⁷ *Empfehlung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG für die Kalkulation von Zusatzentgelten vom 20. Dezember 2005*, abrufbar unter: http://www.dkgev.de/media/file/2528.Empfehlung_fuer_die_Kalkulation_von_Zusatzentgelten.pdf (Zugriff am 16. August 2011)

¹²⁸ Vgl. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 1 KHEntgG

¹²⁹ Vertragsparteien sind in diesem Fall der Krankenträger und der Sozialleistungsträger bzw. die Arbeitsgemeinschaft der Sozialleistungsträger

1.3.1.4 Zu- und Abschläge

Neben den Fallpauschalen und den im vorangehenden Abschnitt dargestellten Zusatz- und sonstigen Entgelten erfolgt die Abrechnung auch über Zu- und Abschläge, von denen im Folgenden einige exemplarisch dargestellt werden.

- **Zuschlag für Ausbildungskosten nach § 17a KHG**

Um eine Benachteiligung ausbildender Krankenhäuser im Wettbewerb mit den nicht ausbildenden Kliniken zu verhindern, werden die Ausbildungskosten der Kliniken¹³⁰ durch Zuschläge finanziert.¹³¹ Die Vertragsparteien auf Bundesebene schließen eine Rahmenvereinbarung¹³², die unter anderem festlegt, was über den Ausbildungszuschlag zu finanzieren ist. Ebenfalls enthalten ist ein Kalkulationschema für die Verhandlung der weiter unten genannten Ausbildungsbudgets.

Zwischen den Sozialleistungsträgern und den ausbildenden Kliniken werden krankenhaushausindividuelle Ausbildungsbudgets¹³³ vereinbart und Art und Anzahl der voraussichtlich belegten Ausbildungsplätze festgestellt. Die Vertragsparteien auf Landesebene vereinbaren einen Ausgleichsfonds¹³⁴, über den die Finanzierung der Ausbildungskosten erfolgt. Zur Ermittlung der Höhe des Ausgleichsfonds für das laufende Kalenderjahr werden unter anderem die von den Kliniken gemeldeten vereinbarten Ausbildungsbudgets des Vorjahres herangezogen.¹³⁵ Die Errichtung und Verwaltung des Ausgleichsfonds erfolgt durch die jeweilige Landeskrankenhausesgesellschaft. Die für den Ausbildungszuschlag relevante Summe des Ausgleichsfonds wurde in Bayern für das Kalenderjahr 2011 mit rund 183,397 Mio. € (rund 4,4217 Milliarden CZK) festgestellt.¹³⁶

Der Ausgleichsfonds wird über einen auf Landesebene vereinbarten Ausbildungszuschlag finanziert. Die Vertragsparteien in Bayern haben den Ausbildungszuschlag für das Jahr 2011 auf 63,25 €¹³⁷ (ca. 1.525 CZK) festgelegt.¹³⁸

¹³⁰ Hierzu zählen die Ausbildungsvergütungen, die Mehrkosten der Klinik infolge der Ausbildung und die Kosten der in § 2 Nr. 1a KHG genannten Ausbildungsstätten.

¹³¹ Die Kosten müssen zu den pflegesatzfähigen Kosten nach dem KHG zählen und nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sein.

¹³² Die *Rahmenvereinbarung gemäß § 17a Abs. 2 Nr. 1 KHG* vom 25. Februar 2009 ist abrufbar unter http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/vereinbarungen/spik/2009/rahmenvereinbarung_17a_khg_2009.pdf (Zugriff am 16. Mai 2011)

¹³³ Seit 2010 müssen bei der Vereinbarung der Ausbildungsbudgets Richtwerte berücksichtigt werden, die auf Bundesebene festgelegt werden sollen. Die Kalkulation der Ausbildungskosten erfolgte erstmalig 2010 mit dem Ziel, Richtwerte für die einzelnen Ausbildungsberufe festlegen zu können. Die Datengrundlage ermöglichte allerdings lediglich die Kalkulation zweier Berufe. Lediglich für die Berufe des Gesundheits- und Krankenpflegers und des Gesundheits- und Kinderkrankenpflegers konnten Richtwerte kalkuliert werden. In einem Spitzengespräch der Vertragspartner auf Bundesebene wurde unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit festgelegt, auf die Vereinbarung von Richtwerten für Ausbildungsstätten im Jahr 2011 zu verzichten. Da auch eine Ersatzvornahme durch das BMG nicht erfolgte, wurden die Ausbildungsbudgets für das Jahr 2011 ohne die Einbeziehung von Richtwerten vereinbart. Vgl. zu dieser Fußnote: <http://www.dkgv.de/dkg.php/cat/56/aid/7811> (Zugriff am 16. Mai 2011)

¹³⁴ Die Errichtung und Verwaltung des Ausgleichsfonds wurde in Bayern in der *Vereinbarung über die Errichtung und Verwaltung des Ausgleichsfonds sowie Festlegung des Ausbildungszuschlags für Ausbildungsstätten der in § 2 Nr. 1a KHG genannten Berufe (Vereinbarung nach § 17a Absatz 5 Nr. 1 bis 3 KHG)* vom 30. Dezember 2005 vereinbart. Die Vereinbarung ist abrufbar unter: <http://www.bkg-online.de/media/file/7355.VereinbarungAusgleichsfonds.pdf> (Zugriff am 16. Mai 2011)

¹³⁵ Vgl. § 2 Abs. 1 Vereinbarung nach § 17a Abs. 5 Nr. 1 bis 3 KHG

¹³⁶ Vgl. § 1 *Vereinbarung über die Höhe des Ausbildungszuschlags für das Jahr 2011* vom 1. Dezember 2010. Die Vereinbarung ist abrufbar unter: http://www.bkg-online.de/media/file/9963.Ausbildungszuschlag_2011_Vereinbarung.pdf (Zugriff am 17. August 2011)

¹³⁷ Die Höhe des Zuschlags ergibt sich als Quotient aus der Höhe des Ausgleichsfonds und der vereinbarten Fallzahlsumme (Vgl. § 4 Vereinbarung nach § 17a Abs. 5 Nr. 1 bis 3 KHG). Die Ermittlung der Fallzahlsumme erfolgt krankenhaushausbezogen, es werden die voll- und teilstationären Fälle der Kliniken im Geltungs-

Dieser Zuschlag ist von allen Kliniken, die in den Geltungsbereich des KHG fallen, bei jedem voll- und teilstationären Fall zu erheben und an den Ausgleichsfonds abzuführen.¹³⁹ Die Bayerische Krankenhausgesellschaft zahlt den ausbildenden Kliniken deren Ausbildungsbudget in monatlichen Raten aus dem Ausgleichsfonds aus.¹⁴⁰

- **Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 S. 4 KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 KHEntgG**

Die Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten zählt zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, sofern sie aus medizinischen Gründen notwendig ist.¹⁴¹ Der Zuschlag für die Aufnahme einer Begleitperson ist bundeseinheitlich festgelegt. Für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Aufenthalts können 45 € (1.084,95 CZK) für Unterkunft und Verpflegung abgerechnet werden.¹⁴²

- **Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1 S. 6-8 KHG i.V.m. § 5 Abs. 2 KHEntgG**

Es können Zuschläge zur Vorhaltung von Leistungen erhoben werden, die für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind, aber aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend finanziert werden können. Es ist Aufgabe der Vertragsparteien vor Ort zu prüfen, ob die Voraussetzungen für einen Sicherstellungszuschlag vorliegen. Auch die Höhe der Zuschläge wird krankenhausindividuell festgelegt.

- **Zuschlag Pflegesonderprogramm nach § 4 Abs. 10 KHEntgG**

In den Jahren 2009 bis 2011 können die zusätzlichen Personalkosten von Kliniken, die im Zusammenhang mit der Neueinstellung von ausgebildetem Pflegepersonal¹⁴³ nach § 1 Abs. 1 *Krankenpflegegesetz (KrPflG)*¹⁴⁴ oder mit der Aufstockung von vorhandenen Teilzeitstellen entstehen, bis zu 90 Prozent gefördert werden. Die Krankenhausträger können mit den Sozialleistungsträgern für diese Jahre einen zusätzlichen Betrag in Höhe von bis zu 0,48 Prozent des Gesamtbetrags nach § 4 Abs. 3 S. 1 KHEntgG (Erlössumme zzgl. Erlösbudget) krankenhausindividuell vereinbaren.¹⁴⁵ Um diese Förderung zu erhalten, muss die Klinik nachweisen, dass sie aufgrund einer schriftlichen Vereinbarung mit der

bereich des KHG im vergangenen Kalenderjahr, sofern für diese der Ausbildungszuschlag abgerechnet werden konnte, zugrunde gelegt (Vgl. § 7 Abs. 1 S. 1 und 2 Vereinbarung nach § 17a Abs. 5 Nr. 1 bis 3 KHG).

¹³⁸ Vgl. § 3 Nr. 1 Vereinbarung über die Höhe des Ausbildungszuschlags für das Jahr 2011

¹³⁹ Vgl. § 4 Nr. 1 Vereinbarung über die Höhe des Ausbildungszuschlags für das Jahr 2011 und § 8 Abs. 1 Vereinbarung nach § 17a Abs. 5 Nr. 1 bis 3 KHG

¹⁴⁰ Vgl. § 9 Abs. 1 S. 1 Vereinbarung nach § 17a Abs. 5 Nr. 1 bis 3 KHG

¹⁴¹ Vgl. § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 KHEntgG

¹⁴² Vgl. § 2 S. 1 *Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 S. 4 KHG* vom 16. September 2004. Die Vereinbarung ist abrufbar unter: http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/OED_Verwaltung/Oeffentlicher_Dienst/Beamte/Vereinbarung_Begleitpersonen.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 28. Juni 2011)

¹⁴³ Als ausgebildetes Pflegepersonal zählen gemäß § 1 Abs. 1 KrPflG Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

¹⁴⁴ *Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG)* vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983)

¹⁴⁵ Bis zu fünf Prozent des vereinbarten Betrages können die Kliniken zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege verwenden.

Arbeitnehmervertretung zusätzliches Pflegepersonal einstellt oder vorhandene Teilzeitstellen aufstockt.

Die Förderung wird über einen prozentualen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die bundesweiten Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2a finanziert. Die Höhe des Zuschlags wird krankenhausesindividuell festgelegt und muss in der Krankenhausrechnung getrennt ausgewiesen werden.

- **Qualitätssicherungszuschlag nach § 17b Abs. 2 S. 5 KHG und Qualitätssicherungsabschlag nach § 8 Abs. 4 KHEntgG**

Der *Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)*¹⁴⁶ bestimmt verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung für zugelassene Krankenhäuser.¹⁴⁷ Die vom G-BA beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen werden über einen Zuschlag finanziert.¹⁴⁸ Der Zuschlag wird auf jeden abgerechneten, vollstationären Krankenhausfall erhoben.¹⁴⁹ Er setzt sich aus zwei Anteilen zusammen: Dem Zuschlagsanteil Krankenhaus für die interne Dokumentation in den Kliniken und dem Zuschlagsanteil Land für die Aufwendungen auf Landesebene.¹⁵⁰ Der Zuschlagsanteil Krankenhaus wurde 2011 bundeseinheitlich auf 0,59 € (14,22 CZK) festgelegt¹⁵¹, der Zuschlagsanteil Land liegt in Bayern bei 0,30 € (7,23 CZK) pro Fall.¹⁵² Die Kliniken stellen den Qualitätssicherungszuschlag bei jedem vollstationären Krankenhausfall zusätzlich in Rechnung und behalten den vereinbarten Zuschlagsanteil Krankenhaus ein.¹⁵³ Der Zuschlagsanteil Land ist an die von der Landesebene beauftragte Stelle abzuführen.¹⁵⁴ Der Zuschlag geht nicht in den Gesamtbetrag nach § 6 BPfIV, nicht in das Erlösbudget und nicht in die Erlössumme ein und wird auch bei der Ermittlung von Erlösausgleichen nicht berücksichtigt.¹⁵⁵

Bei Kliniken, die ihrer Verpflichtung zur Qualitätssicherung nicht nachkommen und dokumentationspflichtige Datensätze nicht dokumentieren, sind Abschläge von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten vorzunehmen.¹⁵⁶ Bei einer Dokumentationsrate¹⁵⁷ von weniger als 80 Prozent muss pro nicht dokumentierten Da-

¹⁴⁶ Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland.

¹⁴⁷ Vgl. § 137 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V

¹⁴⁸ Vgl. § 17b Abs. 1 S. 5 KHG

¹⁴⁹ Vgl. § 21 Abs. 1 S. 1 *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern – QSKH-RL)* in der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 21. Oktober 2010, abrufbar unter: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-493/QSKH-RL_2010-10-21.pdf (Zugriff am 17. August 2011)

¹⁵⁰ Vgl. § 21 Abs. 3 QSKH-RL

¹⁵¹ Vgl. Punkt 1a *Gemeinsame Vereinbarung der DKG, der GKV und der PKV über die Zuschläge zur externen stationären Qualitätssicherung für das Jahr 2011* vom 1. Dezember 2010, abrufbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Zuschlag_EsQS_2011_2010_12_01_15234.pdf (Zugriff am 17. August 2011)

¹⁵² Zur Höhe der Zuschlagsanteile Land in den Bundesländern vgl.: http://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/Qualitaetsicherung/zuschlaege_qs/80zuschlaege_drq_2011/index.htm (Zugriff am 17. August 2011)

¹⁵³ Vgl. § 22 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 S. 1 QSKH-RL

¹⁵⁴ Vgl. § 22 Abs. 2 S. 1 QSKH-RL

¹⁵⁵ Vgl. § 21 Abs. 2 S. 2 QSKH-RL

¹⁵⁶ Vgl. § 8 Abs. 4 KHEntgG

¹⁵⁷ Dokumentationsrate = dokumentierte Datensätze (IST) / zu dokumentierende Datensätze (SOLL)

tensatz ein Abschlag von 150 € (3.616,50 CZK) hingenommen werden.¹⁵⁸ Der Abschlagsbetrag wird spätestens im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum verrechnet.¹⁵⁹

- **Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nach § 91 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 139 c SGB V**

Die Finanzierung des *Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)* und des *Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)*¹⁶⁰ erfolgt je zur Hälfte durch den ambulanten und den stationären Sektor.¹⁶¹ Im stationären Bereich wird ein Zuschlag für jeden voll- und teilstationären Fall erhoben.¹⁶² Der Zuschlag wird durch den G-BA festgelegt und liegt im Jahr 2011 bei 0,80 € (19,29 CZK) pro Fall.¹⁶³ Der Zuschlag ist in der Rechnung des Krankenhauses gesondert auszuweisen und geht nicht in das Erlösbudget, die Erlössumme und die Berechnung der Erlösausgleiche ein.¹⁶⁴ Die Zuschlagssumme¹⁶⁵ für das Jahr 2011 ist von allen Kliniken bis zum 1. Juli 2011 an den Gemeinsamen Bundesausschuss zu überweisen.¹⁶⁶

- **DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG**

Der Gesetzgeber hat die Vertragsparteien auf Bundesebene in § 17b Abs. 5 dazu verpflichtet, die Finanzierung der Pflege und Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems durch die Vereinbarung eines DRG-Systemzuschlags sicherzustellen.¹⁶⁷

Für jeden abgerechneten voll- und teilstationären Krankenhausfall stellen die Kliniken einen Systemzuschlag in Rechnung.¹⁶⁸ Der Zuschlag beträgt im Jahr 2011 1,13 € (27,24 CZK) pro Fall, hiervon entfallen 0,91 € (21,94 CZK) auf den Zuschlag für die pauschalen Zahlungen für die Teilnahme der Kliniken an der Kalkulation (Zuschlagsanteil Kalkulation) und 0,22 € (5,30 CZK) auf den Zuschlag für die Finanzierung des InEK (Zuschlagsanteil InEK).¹⁶⁹ Der Zuschlag ist in der

¹⁵⁸ Vgl. § 24 Abs. 1 S. 3 QSKH-RL

¹⁵⁹ Vgl. § 24 Abs. 2 QSKH-RL

¹⁶⁰ Das IQWiG ist ein fachlich unabhängiges und wissenschaftliches Institut und wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss gegründet. Näheres zu den Aufgaben des Instituts ist in § 139a SGB V nachzulesen.

¹⁶¹ Vgl. § 91 Abs. 3 S. 1 SGB V i.V.m. § 139c S. 1 SGB V

¹⁶² Vgl. Punkt 1.1 *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Grundsätze des Systemzuschlags im stationären Sektor* vom 16. Dezember 2010, abrufbar unter: http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1257/2010-12-16_Grundsätze%20Systemzuschlag%202011.pdf (Zugriff am 15. September 2011)

¹⁶³ Vgl. *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Höhe des Systemzuschlages 2011* vom 16. Dezember 2010, abrufbar unter: http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1256/2010-12-16_Systemzuschlag%202011.pdf, (Zugriff am 15. September 2011)

¹⁶⁴ Vgl. § 139c S. 2 SGB V

¹⁶⁵ Die Zuschlagssumme ergibt sich aus den Ist-Fallzahlen der Kliniken im Jahr 2009 (Fallpauschalen, fallbezogene und tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHG) multipliziert mit dem Zuschlagsbetrag (Vgl. Punkt 2.1 *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Grundsätze des Systemzuschlags im stationären Sektor*).

¹⁶⁶ Vgl. Punkt 2.2 *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Grundsätze des Systemzuschlags im stationären Sektor*

¹⁶⁷ Mit diesem Zuschlag sollen auch die Entwicklung und Kalkulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen, die Einführung pauschalierter Entgelte für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen sowie pauschale Zahlungen für die Teilnahme der Kliniken an der Kalkulation finanziert werden.

¹⁶⁸ Vgl. § 1 Abs. 1 S. 1 *Vereinbarung nach § 17b Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zur Umsetzung des DRG-Systemzuschlags (Vereinbarung DRG-Systemzuschlag 2011)* vom 1. Dezember 2010, abrufbar unter: http://www.g-drg.de/cms/DRG-Systemzuschlag/Dokumente/Vereinbarung_gemaess_17b_Abs._5_KHG (Zugriff am 15. September 2011)

¹⁶⁹ Vgl. § 5 Abs. 3 *Vereinbarung DRG-Systemzuschlag 2011*

Krankenhausrechnung gesondert auszuweisen und geht nicht in das Erlösbudget, die Erlössumme und die Berechnung der Erlösausgleiche ein.¹⁷⁰ Die Zuschlagssumme¹⁷¹ für das Jahr 2011 ist von allen Kliniken bis zum 1. Juli 2011 an das InEK zu überweisen.¹⁷²

- **Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nach § 17b Abs. 1 S. 4 KHG i.V.m. § 4 Abs. 6 KHEntgG**

§ 17b Abs. 1 KHG i.V.m. § 4 Abs. 6 KHEntgG sieht Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vor. Kliniken, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, haben einen Abschlag von 50 € (1.205,50 CZK) je vollstationärem Fall hinzunehmen.¹⁷³

1.3.1.5 Erlösbudget, Erlössumme und der Ausgleich von Mehr- und Mindererlösen

Der Gesamtbetrag, den ein Klinikum jährlich für die Erbringung voll- und teilstationärer Leistungen zur Verfügung hat, setzt sich aus dem sogenannten *Erlösbudget* und der sogenannten *Erlössumme* zusammen.

Die Kliniken verhandeln das Erlösbudget mit den Kostenträgern jährlich für das Folgejahr.¹⁷⁴ Im Erlösbudget werden die im Folgejahr voraussichtlich zu erbringenden Leistungsmengen festgelegt. Das Erlösbudget umfasst nur Leistungen, die entweder

- über Fallpauschalen oder
- über bundesweite Zusatzentgelte

vergütet werden.¹⁷⁵ Leistungen, die für ausländische Patienten erbracht werden, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung nach Deutschland einreisen, können auf Wunsch der Kliniken außerhalb des Erlösbudgets vergütet werden.¹⁷⁶ Zur Bemessung der Höhe des Erlösbudgets werden für die vereinbarten Leistungsmengen jeweils Art und Menge der Entgelte mit der entsprechenden Entgelthöhe multipliziert.¹⁷⁷ Leistungen, die bei der Verhandlung des Erlösbudgets für das Folgejahr im Vergleich zum laufenden Jahr zusätzlich vereinbart werden (sogenannte *Mehrleistungen*) werden im Jahr 2011 nur zu 70 Prozent vergütet (*Mehrleistungsabschlag*).¹⁷⁸ Ab 2012 wird die Höhe dieses Abschlags krankenhausesindividuell zwischen dem Krankenhausträger und den Sozialleistungsträgern vereinbart. Die Abschläge auf Mehrleistungen werden jeweils nur im ersten Jahr der Vereinbarung vorgenommen, danach werden die Leistungen zu 100 Prozent vergütet.

Die Erlössumme wird ebenfalls zwischen den Krankenhaus- und den Kostenträgern jährlich im Voraus vereinbart. Es werden die im Folgejahr voraussichtlich zu erbringenden Mengen für Leistungen festgelegt, die über

- krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 KHEntgG oder

¹⁷⁰ Vgl. § 1 Abs. 3 Vereinbarung DRG-Systemzuschlag 2011

¹⁷¹ Die Zuschlagssumme ergibt sich aus den Ist-Fallzahlen der Kliniken im Jahr 2009 (Fallpauschalen, fallbezogene und tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG) multipliziert mit dem Zuschlagsbetrag (Vgl. § 2 Abs. 2 S. 1 Vereinbarung DRG-Systemzuschlag).

¹⁷² Vgl. § 2 Abs. 2 Vereinbarung DRG-Systemzuschlag 2011

¹⁷³ Vgl. § 4 Abs. 6 KHEntgG

¹⁷⁴ Vgl. § 11 Absätze 1 und 2 KHEntgG

¹⁷⁵ Vgl. § 4 Abs. 1 S. 1 KHEntgG

¹⁷⁶ Vgl. § 4 Abs. 4 KHEntgG

¹⁷⁷ Vgl. § 4 Abs. 2 S. 1 KHEntgG

¹⁷⁸ Vgl. zu Mehrleistungen und Mehrleistungsabschlägen § 4 Abs. 2a S. 1 KHEntgG

- Zusatzentgelte für hochspezialisierte Leistungen nach § 6 Abs. 2a KHEntgG abgerechnet werden.¹⁷⁹

Der sich aus Erlösbudget und Erlössumme ergebende Gesamtbetrag kann von den Kliniken de facto unter-, aber auch überschritten werden.¹⁸⁰ Behandelt ein Krankenhaus mehr oder im Durchschnitt schwerere Fälle als prospektiv vereinbart, liegt der Ist-Erlös über der vereinbarten Gesamtsumme und es entstehen Mehrerlöse. Diese Mehrerlöse werden im Regelfall zu 65 Prozent ausgeglichen, das heißt nur 35 Prozent des Mehrerlöses verbleiben beim Krankenhaus. Bei Mehrerlösen aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte sowie aus Fallpauschalen für schwerverletzte Patienten erfolgt ein Ausgleich zu 25 Prozent. Für Fallpauschalen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil und für sehr teure Fallpauschalen mit einer schwer planbaren Leistungsmenge (z.B. Transplantationen oder Langzeitbeatmung) soll der Ausgleich zwischen den Vertragsparteien vereinbart werden. Mehr- und Mindererlöse aus Zusatzentgelten für die Behandlung von Blutern und aufgrund von Qualitätssicherungsabschlägen werden nicht ausgeglichen.

Behandelt ein Klinikum im laufenden Jahr weniger oder im Durchschnitt leichtere Fälle, als dies im Vorfeld vereinbart wurde, liegt der tatsächliche Erlös unter dem Gesamtbetrag und es resultieren Mindererlöse. Mindererlöse werden im Regelfall zu 20 Prozent ausgeglichen, ein Ausgleich von Mindererlösen aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte erfolgt allerdings nicht.

Der Erlösausgleich wird über einen prozentualen Zu- bzw. Abschlag auf die Fallpauschalen, die bundesweiten Zusatzentgelte und die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2a KHEntgG im Folgejahr realisiert (*Zu- bzw. Abschlag für Erlösausgleiche*).¹⁸¹

1.3.2 Vergütung vor- und nachstationärer Leistungen nach § 115a SGB V

Kliniken können Versicherte, denen eine Krankenhausbehandlung verordnet wurde gemäß § 115a SGB V in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln,

- um zu klären, ob eine vollstationäre Behandlung notwendig ist oder um eine vollstationäre Behandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
- um den Behandlungserfolg im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Die vorstationäre Behandlung ist auf maximal drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf im Regelfall sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung nicht überschreiten.

¹⁷⁹ Vgl. § 6 Abs. 3 S. 1 KHEntgG

¹⁸⁰ Zu Minder- und Mehrerlösausgleichen vgl. § 4 Abs. 3 KHEntgG

¹⁸¹ Vgl. § 5 Abs. 4 S. 1 und 2 KHEntgG

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft¹⁸² Verträge über die Durchführung vor- und nachstationärer Behandlungen im Krankenhaus nach § 115a SGB V.¹⁸³ Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung vereinbaren gemeinsam mit der Landeskrankenhausgesellschaft¹⁸⁴ und im Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung vor- und nachstationärer Leistungen. Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab, die bis zum Inkrafttreten einer Vergütungsvereinbarung auf Landesebene gelten.¹⁸⁵ In Bayern werden vor- und nachstationäre Behandlungen entsprechend dieser gemeinsamen Empfehlung vergütet.¹⁸⁶

Die Vergütung vorstationärer Behandlungen erfolgt in Bayern durch fachabteilungsbezogene Pauschalen pro Behandlungsfall.¹⁸⁷ Nachstationäre Leistungen werden pro Behandlungstag mit einer fachabteilungsbezogenen Pauschale vergütet.¹⁸⁸ Nicht in diesen Pauschalen enthalten ist der Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte.¹⁸⁹ Diese werden gesondert nach den Pauschalen gemäß Anlage 3 der Gemeinsamen Empfehlung abgerechnet.¹⁹⁰

Nachstationäre Behandlungen dürfen zusätzlich zu einer Fallpauschale nur dann abgerechnet werden, wenn die Summe aus den stationären und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt.¹⁹¹ Vorstationäre Behandlungen können nicht zusätzlich zu einer Fallpauschale berechnet werden.¹⁹²

1.3.3 Vergütung ambulanter Leistungen

1.3.3.1 Vergütung ambulanter Operationen nach § 115b SGB V

Die Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationärer Eingriffe nach § 115b SGB V wurden durch den GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung im *AOP-Vertrag* festgelegt.¹⁹³ Diese vereinbaren auch einen Katalog mit allen Operationen, die

¹⁸² Oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam

¹⁸³ Der zwischen den bayerischen Vertragsparteien geschlossene *Vertrag gemäß § 115 Abs. 1 SGB V zu § 115 Abs. 2 Nr. 4 SGB V in Verbindung mit § 115 a SGB V* ist abrufbar unter: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/by/krankenhaus/vereinbarungen/laender/by_khvb_115.pdf (Zugriff am 19. April 2011)

¹⁸⁴ Oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam

¹⁸⁵ Die *Gemeinsame Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a Abs. 3 SGB V* ist abrufbar unter: http://www.kgrp.de/files/download/GemEmpfehlung_Vor_und_Nachstation%C3%A4r_1996.pdf (Zugriff am 22. Februar 2011)

¹⁸⁶ Telefonische Auskunft von Michael Köck (AOK Bayern - Abteilung Leistungsmanagement Krankenhaus / Vertragsrecht) am 19. April 2011

¹⁸⁷ Vgl. § 1 und Anlage 1 der Gemeinsamen Empfehlung

¹⁸⁸ Vgl. § 2 und Anlage 2 der Gemeinsamen Empfehlung

¹⁸⁹ Vgl. § 1 S. 1 und § 2 S. 1 der Gemeinsamen Empfehlung

¹⁹⁰ Vgl. § 3 und Anlage 3 der Gemeinsamen Empfehlung

¹⁹¹ Vgl. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntgG

¹⁹² Vgl. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntgG

¹⁹³ Der *Vertrag nach § 115b SGB V - Ambulantes Operieren und stationärsersetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag)* ist abrufbar unter: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/amb_versorgung/amb_operieren/aop_vertrag_ab_010110.pdf (Zugriff am 16. Februar 2011),

ambulant durchgeführt werden dürfen, sowie mit weiteren stationersetzenden Eingriffen und deren einheitlicher Vergütung. Der Katalog¹⁹⁴ enthält eine abschließende Auflistung der Leistungen, die Operationen oder stationersetzende Eingriffe nach § 115b SGB V darstellen.¹⁹⁵ Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden sollen, sind im Katalog mit der Ziffer „1“ gekennzeichnet. Leistungen, die mit der Ziffer „2“ gekennzeichnet sind, können sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden.¹⁹⁶

Der AOP-Vertrag legt auch die Tatbestände fest, bei denen eine stationäre Durchführung notwendig sein kann. Die *G-AEP (German appropriateness evaluation protocol)* Kriterien A, B, D, E und F der Anlage 2 zu den Gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren für Fehlbelegungs- und Abrechnungsprüfungen nach § 17c KHG sind hier anzuwenden.¹⁹⁷ Diese Kriterien sollen Klarheit darüber schaffen, wann eine stationäre Behandlung aus Sicht der Vertragspartner erforderlich ist. Es besteht jedoch keine Verpflichtung, die im Katalog gelisteten Eingriffe nach § 115b SGB V in jedem Fall ambulant durchzuführen. Vielmehr ist der behandelnde Arzt stets verpflichtet, in jedem Einzelfall zu entscheiden, ob der Gesundheitszustand des Patienten einen ambulanten Eingriff zulässt.¹⁹⁸

Krankenhäuser sind in den Leistungsbereichen zur ambulanten Behandlung zugelassen, in denen sie auch stationäre Leistungen erbringen.¹⁹⁹ Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss (§ 96 SGB V).²⁰⁰ Die Mitteilung²⁰¹ muss alle Leistungen des Katalogs benennen, die im Krankenhaus ambulant durchgeführt werden sollen.²⁰²

Die im Katalog gelisteten Eingriffe nach § 115 b SGB V werden entsprechend den Preisen für den Regelfall der regionalen Euro-Gebührenordnung²⁰³ außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.²⁰⁴

1.3.3.2 Vergütung ambulanter Leistungen nach § 116b SGB V

Des weiteren können Krankenhäuser hochspezialisierte Leistungen ambulant erbringen und seltene Erkrankungen sowie Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen²⁰⁵

¹⁹⁴ Der Katalog ambulant durchführbarer Leistungen und stationersetzender Eingriffe bildet die Anlage zum Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V und ist abrufbar unter: http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/amb_versorgung/amb_operieren/katalog2011/index.html (Zugriff am 16. Februar 2011)

¹⁹⁵ Vgl. § 3 Abs. 1 AOP-Vertrag

¹⁹⁶ Vgl. Präambel zum Katalog des AOP-Vertrages

¹⁹⁷ Vgl. § 3 Abs. 3 S. 1 AOP-Vertrag. Die gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c KHG sind abrufbar unter: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/abrechnung/pruefung/index.html> (Zugriff am 20. April 2011)

¹⁹⁸ Vgl. § 2 Abs. 2 S. 2 AOP-Vertrag

¹⁹⁹ Vgl. § 1 Abs. 1 S. 1 AOP-Vertrag

²⁰⁰ Vgl. § 1 Abs. 1 S. 2 AOP-Vertrag

²⁰¹ Das Meldeformular ist abrufbar unter: http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/amb_versorgung/amb_operieren/meldeformular/index.html (Zugriff am 16. Februar 2011)

²⁰² Vgl. § 1 Abs. 2 S. 1 AOP-Vertrag

²⁰³ Seit dem 1. Januar 2009 werden vertragsärztliche Leistungen nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. In Bayern ist dies die bayerische Euro-Gebührenordnung (B€GO). Grundlage für die regionale Gebührenordnung ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM). Der EBM enthält alle Leistungen, die Vertragsärzte gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse abrechnen können. Er bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Aus dem deutschlandweit geltenden EBM und dem regional vereinbarten Punktwert ergibt sich dann die regionale Gebührenordnung in Euro-Preisen.

²⁰⁴ Vgl. § 7 Abs. 1 S. 1 AOP-Vertrag

²⁰⁵ Als seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gelten beispielsweise Tuberkulose, Mucoviszidose, Multiple Sklerose oder HIV/Aids

ambulant behandeln, sofern sie auf ihren Antrag hin von der Krankenhausplanungsbehörde des Bundeslandes unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden sind. Welche Kliniken in Bayern zur Erbringung ambulanter Leistungen nach § 116b SGB V berechtigt sind, lässt sich dem Online-Auftritt des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit entnehmen.²⁰⁶ Im Untersuchungsgebiet ist nach dieser Aufstellung nur das Krankenhaus Hohe Warte in Bayreuth bestimmt, ambulante Leistungen bei Diagnostik und Versorgung von Multipler Sklerose zu erbringen.

Welche hochspezialisierten Leistungen ambulant erbracht und welche Erkrankungen ambulant behandelt werden dürfen, ist dem Katalog in § 116b Abs. 3 SGB V zu entnehmen. Die Auflistung ist jedoch nicht abschließend. Die Ergänzung des gesetzlich festgelegten Katalogs obliegt dem G-BA. Die Aufnahme von weiteren Leistungen in den Katalog erfolgt nur dann, wenn der diagnostische und therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit belegt sind.

Die *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Krankenhaus*²⁰⁷ regelt die Weiterentwicklung des oben genannten Katalogs. Der gesetzlich festgelegte Katalog wird durch die Richtlinie ergänzt, konkretisiert und überprüft. Die Richtlinie enthält unter anderem allgemeine Bestimmungen zu den sächlichen und personellen Anforderungen, die an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses zu stellen sind, zu Überweisungserfordernissen und Mindestmengen. In Anlage 1 der Richtlinie sind die hochspezialisierten Leistungen gelistet, Anlage 2 beinhaltet alle seltenen Krankheiten und Anlage 3 alle Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen. Bei jeder Krankheit erfolgt eine Konkretisierung der Erkrankung und des Behandlungsauftrags und die Festlegung der sächlichen und personellen Anforderungen, die das Krankenhaus erfüllen muss, um die Leistungen ambulant erbringen zu dürfen.

Für manche Krankheiten sind in der Richtlinie sogenannte *Mindestmengen* festgelegt.²⁰⁸ Ein Klinikum ist in diesen Fällen nur dann zur ambulanten Leistungserbringung berechtigt, wenn es jährlich die in der Richtlinie festgelegte Zahl an Patienten mit der entsprechenden Krankheit behandelt.

Die von den Krankenhäusern nach §116b SGB V ambulant erbrachten Leistungen sind unmittelbar von den Krankenkassen zu vergüten. Die Vergütung muss der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen entsprechen. Die Kliniken müssen den Krankenkassen die von ihnen ambulant erbringbaren Leistungen mitteilen²⁰⁹ und die hierfür abrechnungsfähigen Leistungen auf Grundlage des EBM bezeichnen. Seit 1. Januar 2009 werden die ambulanten Krankenhausleistungen entsprechend der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

²⁰⁶ Vgl. http://www.stmug.bayern.de/gesundheit/krankenhaus/krankenhausplanung/ambulante_behandlung.htm (Zugriff am 22. Februar 2011)

²⁰⁷ In der Fassung vom 18. Oktober 2005, zuletzt geändert am 16. September 2010. Die Richtlinie ist abrufbar unter: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-497/RL_116b_2010-09-16.pdf (Zugriff am 22. Februar 2011)

²⁰⁸ Zu den Mindestmengen vgl. § 6 der Richtlinie

²⁰⁹ Das Meldeformular ist abrufbar unter: http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/amb_versorgung/amb_leistungen/meldeformular/index.html (Zugriff am 22. Februar 2009)

2 Der stationäre Sektor in der Tschechischen Republik

Das Gesundheitswesen in der Tschechischen Republik war lange Zeit in staatlicher Hand und wurde ausschließlich durch Steuermittel finanziert. Anfang der 90er Jahre entstand das Modell der Allgemeinen Krankenversicherung. Die Hauptverantwortung für die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ging so auf die Krankenversicherungen über.²¹⁰ Eine gesetzlich geregelte Förderung der Investitionskosten der Kliniken durch den Staat, wie es sie in Deutschland gibt, existiert in der Tschechischen Republik ebenso wenig, wie ein der Krankenhausplanung entsprechendes Verfahren.

2.1 Das Krankenversicherungssystem

Am 1. Januar 1992 trat das *Gesetz Nr. 551/1991 über die Allgemeine Krankenkasse (zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR)* in Kraft, wodurch die *Allgemeine Krankenkasse (Všeobecná zdravotní pojišťovna – VZP)* eingerichtet wurde.²¹¹ Das *Gesetz Nr. 280/1992 über Ressort-, Branchen-, Betriebs- und weitere Krankenkassen (zákon č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách)* legt fest, dass neben der VZP auch weitere Unternehmen in der Krankenversicherungsbranche tätig werden dürfen²¹² und regelt deren Gründung, deren Tätigkeit und Auflösung sowie deren Beziehung zur VZP.²¹³ Bis 1995 drängten zahlreiche Krankenkassen auf den Markt, was aufgrund mangelnder Kontrollmechanismen zu einem unverhältnismäßigen Wettbewerb um die Versicherten führte - oft in Form irrealer Zahlungsversprechen.²¹⁴ Nach einigen Fusionen und der Insolvenz manch kleiner Versicherer etablierten sich bis 2002 neun Krankenkassen. Zum 28. März 2011 wurde die Krankenkasse MÉDIA mit der Allgemeinen Krankenkasse (VZP) vereint, weil sie die gesetzlich vorgeschriebene Mindestzahl von 100 000 Versicherten²¹⁵ nicht mehr erfüllte. Versicherte der Krankenkasse MÉDIA wurden so zu Versicherten der VZP.²¹⁶ Die VZP ist mit Abstand der größte Versicherer: Rund 60% aller in der Tschechischen Republik Krankenversicherten sind Mitglieder der VZP.²¹⁷

Tabelle 1 zeigt die Verteilung der Versicherten auf die Krankenkassen am Beispiel des Bezirks Karlsbad.

²¹⁰ Vgl. Institut für medizinische Informationen und Statistik (ÚZIS): Entwicklung des Gesundheitswesens der Tschechischen Republik nach 1989 (Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989), 2010, S. 40

²¹¹ Vgl. § 1 Gesetz Nr. 551/1991

²¹² Ressortkrankenkassen sind für Arbeitnehmer aller zu einem Ministerium zugehörigen Organisationen bestimmt (vgl. § 2 Abs. 1 Gesetz Nr. 280/1992. Branchenkrankenkassen versichern Arbeitnehmer einer bestimmten Fachrichtung, Betriebskrankenkassen Arbeitnehmer eines oder mehrerer Betriebe (vgl. § 2 Absätze 2 und 3 Gesetz Nr. 280/1992). Als weitere Krankenkassen werden solche bezeichnet, die über mehrere Ressorts oder Branchen tätig werden (vgl. § 2 Abs. 4 Gesetz Nr. 280/1992).

²¹³ Vgl. § 1 Gesetz Nr. 280/1992

²¹⁴ Vgl. Institut für medizinische Informationen und Statistik (ÚZIS): Entwicklung des Gesundheitswesens der Tschechischen Republik nach 1989 (Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989), 2010, S. 40

²¹⁵ Vgl. § 4 Abs. 2 Buchstabe f Gesetz Nr. 280/1992

²¹⁶ <http://www.vzp.cz/klienti/informace/zpmedia> (Zugriff am 16. August 2011)

²¹⁷ Vgl. Institut für medizinische Informationen und Statistik (ÚZIS): Entwicklung des Gesundheitswesens der Tschechischen Republik nach 1989 (Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989), 2010, S. 40

Tabelle 1: Verteilung der Versicherten auf die einzelnen Krankenkassen im Bezirk Karlsbad

Krankenkasse	Anteil der Versicherten (in Prozent)
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (Allgemeine Krankenkasse der Tschechischen Republik)	71,16
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (Krankenkasse des Innenministeriums der Tschechischen Republik)	9,48
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (Tschechische Industrie-Krankenkasse)	8,00
Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (Armeekrankenkasse der Tschechischen Republik)	6,74
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (Branchenkrankenkasse für Angestellte des Bank-, Versicherungs- und Bauwesens)	4,14
Zdravotní pojišťovna Média* (Krankenkasse Media)	0,38
Zdravotní pojišťovna Metal-Alliance (Krankenkasse Metal-Alliance)	0,07
Revírní bratrská pokladna (Knappschaftsbruderkasse)	0,01
Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA (SKODA-Betriebskrankenkasse)	0,01

Eigene Darstellung anhand der Verordnung Nr. 396/2010, Anlage 1, Punkt D

* zum 28. März 2011 mit der VZP fusioniert

Für alle Personen, die sich dauerhaft in der Tschechischen Republik aufhalten und für alle Personen, die in der Tschechischen Republik für tschechische Arbeitgeber tätig sind, besteht eine Krankenversicherungspflicht.²¹⁸ Der Beitragssatz liegt bei 13,5 Prozent des Bruttogehalts. Ein Drittel ist durch den Versicherten, zwei Drittel sind vom Arbeitgeber zu entrichten.²¹⁹ Bei sogenannten *staatlich Versicherten* („*státní*“ *pojištěnec*), wie beispielsweise Kindern, Rentnern und Arbeitslosen wird der Versicherungsbeitrag durch den Staat geleistet.²²⁰ Bei Selbstständigen wird zur Beitragsbemessung die Hälfte des erwirtschafteten Gewinnes herangezogen.²²¹ Davon sind 13,5 Prozent als Beitrag zur Krankenversicherung abzuführen.²²² Ein Pendant zur deutschen Privaten Krankenversicherung gibt es in der Tschechischen Republik nicht.²²³

2.2 Investitionskostenfinanzierung

In Deutschland werden die Investitionskosten von Plankrankenhäusern vom Staat getragen. Eine Investitionskostenförderung durch den Staat gibt es in der Tschechischen Republik nicht. Für den Großteil der Investitionen kommen die Kliniken mit eigenen Mitteln auf. Jede Klinik hat aber die Möglichkeit, Fördermittel aus dem *Europäischen*

²¹⁸ Vgl. § 2 Abs. 1 Gesetz Nr. 48/1997 über die öffentliche Krankenversicherung (zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění)

²¹⁹ Vgl. § 9 Abs. 2 Gesetz Nr. 48/1997

²²⁰ Vgl. § 7 Abs. 1 Buchstaben a bis p Gesetz Nr. 48/1997

²²¹ Vgl. § 3a Abs. 1 Gesetz Nr. 592/1992 über Versicherungsbeiträge für die allgemeine Krankenversicherung (zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění)

²²² Vgl. § 2 Abs. 1 Gesetz Nr. 592/1992

²²³ Unter dem Begriff *Private Krankenversicherung* (*soukromé zdravotní pojištění*) versteht man in der Tschechischen Republik eine Versicherung gegen Lohnausfälle, die aufgrund eines Unfalls oder einer Krankheit entstehen.

Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) zu gewinnen.²²⁴ Diese Option blieb im vergangenen Planungszeitraum weitgehend ungenutzt. Das Gesundheitsministerium richtete daher das *Referat Europäischer Fonds des Gesundheitsministeriums (Odbor evropských fondů Ministerstva zdravotnictví)* ein, welches medizinische Einrichtungen über die bestehenden Fördermöglichkeiten aus den operationellen Programmen des EFRE informieren und beraten soll. Die Verwaltung der Fördermittel erfolgt durch das Gesundheitsministerium. Aktuell können die Kliniken beispielsweise Zuschüsse für die Ausstattung spezialisierter Arbeitsplätze²²⁵ mit Geräten beantragen.²²⁶ Voraussetzung für die Antragstellung ist die Mitgliedschaft im sogenannten *Netzwerk spezialisierter Arbeitsplätze (sít' specializovaných pracovišť)*.²²⁷

2.3 Die Finanzierung der laufenden Kosten

Die Gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland müssen nur für Leistungen aufkommen, die in einer zugelassenen Klinik erbracht wurden. Ähnlich verhält es sich in der Tschechischen Republik. Die Krankenversicherungen müssen im Regelfall nur die Leistungen bezahlen, die von einer medizinischen Einrichtung erbracht wurden, mit der eine vertragliche Vereinbarung besteht.²²⁸ Bei *notwendiger und unverzüglicher Versorgung (nutná a neodkladná péče)* ist das Bestehen eines derartigen Vertrages allerdings nicht notwendig.²²⁹

§ 7 des *Gesetzes Nr. 160/1992 über die Gesundheitsversorgung in nicht-staatlichen medizinischen Einrichtungen (zák. č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních)* nennt die Möglichkeiten, die bei der Finanzierung von medizinischen Leistungen bestehen, die in nicht-staatlichen Einrichtungen erbracht werden.²³⁰

Die Kosten der Gesundheitsversorgung werden zum größten Teil von den Krankenversicherungen getragen. Die in der Tschechischen Republik Krankenversicherten haben Anspruch auf medizinische Versorgung mit Sachleistungen.²³¹ Ärzte oder andere Mitarbeiter einer medizinischen Einrichtung dürfen für die gesetzlich festgelegten Versicherungsleistungen keine direkten Zahlungen vom Patienten annehmen. Bei einem Verstoß droht eine Geldstrafe oder der Entzug der Berechtigung zur Gesundheitsversorgung.²³² Privatrechnungen werden nur für eine festgelegte, eng begrenzte Gruppe medizinischer Leistungen gestellt (insbesondere in der Stomatologie, in der ästhetischen Chirurgie oder

²²⁴ Informationen zur Förderung der Investitionskosten aus dem EFRE von Mgr. Michael Kuna (Referat Europäischer Fonds des Gesundheitsministeriums der Tschechischen Republik) in: <http://dotace.ihned.cz/c1-22233820-ceske-zdravotnictvi-a-strukturalni-fondy-evropske-unie-velka-prilezitost> (Zugriff am 3. September 2011)

²²⁵ Als spezialisierte Arbeitsplätze sind beispielsweise eine Stroke Unit oder ein Zentrum für zerebrovaskuläre Erkrankungen anzusehen.

²²⁶ Schriftliche Information von Ing. Hana Doležalová (Referat Europäischer Fonds des Gesundheitsministeriums der Tschechischen Republik) am 16. Mai 2011

²²⁷ Die Mitgliedschaft im Netzwerk kann beim Gesundheitsministerium beantragt werden. Eine Aufnahme erfolgt nur, wenn das Gesundheitsministerium nach einem Audit feststellt, dass die vorgegebenen Standards für die einzelnen spezialisierten Arbeitsplätze erfüllt sind.

²²⁸ Vgl. § 17 Abs. 1 Gesetz Nr. 48/1997

²²⁹ Vgl. § 17 Abs. 1 Gesetz Nr. 48/1997

²³⁰ Die Abrechnung von Leistungen, die durch eine staatliche Einrichtung erbracht werden, erfolgt nach anderen Maßstäben. Als staatliche medizinische Einrichtung zählen beispielsweise Universitätskliniken.

²³¹ Vgl. § 11 Abs. 1 Buchstabe d Gesetz Nr. 48/1997

²³² Vgl. § 11 Abs. 1 Buchstabe d Gesetz Nr. 48/1997

Gynäkologie).²³³ Das Gesetz Nr. 48/1997 über die öffentliche Krankenversicherung durchläuft derzeit einen Novellierungsprozess. Der bereits vom Parlament verabschiedete Gesetzesentwurf des Gesundheitsministeriums sieht unter anderem die Einführung einer Privatbehandlung vor. Neben den im gesetzlichen Leistungskatalog enthaltenen Leistungen, die weiterhin kostenfrei gewährt werden müssen, dürften medizinische Einrichtungen dann darüber hinausgehende Leistungen gegen gesonderte Rechnung erbringen. Den Patienten würde damit die Möglichkeit eingeräumt, auf eigene Rechnung Zusatzleistungen in Anspruch zu nehmen, die vom gesetzlichen Leistungskatalog nicht gedeckt sind. Wird der Gesetzesentwurf vom Präsidenten der Tschechischen Republik in dieser Form unterzeichnet, könnte das novellierte Gesetz bereits zum 1. Januar 2012 in Kraft treten.

Auch in der Tschechischen Republik ist die Abrechnungssystematik im stationären Sektor relativ komplex. Den Kliniken steht jährlich ein Pauschalbetrag zur Verfügung, mit dem alle von der Klinik stationär erbrachten Leistungen abgegolten werden sollen. Im einzelnen Behandlungsfall werden nicht nur einzelne medizinische Leistungen, sondern auch sogenannte Regiekosten, Behandlungstage und Patientenkategorien in Rechnung gestellt. Daneben werden im Regelfall pro Aufenthaltstag sogenannte Regulierungsgebühren erhoben.

2.3.1 Die Vergütungsverordnung

Die sogenannte *Vergütungsverordnung*²³⁴ (*tzv. úhradová vyhláška*) spielt bei der Vergütung medizinischer Leistungen eine zentrale Rolle. Sie wird zwischen den Krankenkassen, den Berufsverbänden der medizinischen Leistungserbringer und dem Gesundheitsministerium jährlich neu verhandelt.²³⁵

Jede Klinik erhält gemäß dieser Verordnung jährlich einen Pauschalbetrag von den Krankenkassen. Mit dieser Pauschale sollen die von der Klinik im betreffenden Jahr erbrachten stationären Leistungen abgegolten werden. Die Höhe der Jahrespauschale 2011 orientiert sich am Referenzjahr 2009. Für die Bemessung der Pauschale sind alle medizinischen Leistungen relevant, die von der Klinik im Jahr 2009 erbracht, bis zum 31. Mai 2010 abgerechnet und von den Krankenkassen bis zum 30. September 2010 anerkannt wurden.

Die Krankenhäuser haben im Jahr 2011 Anspruch auf einen Betrag in Höhe von 98 Prozent der Gesamtvergütung des Referenzjahres 2009. Um diese 98 Prozent zu erhalten, müssen die Kliniken lediglich 94 Prozent der Leistungen des Referenzjahres nachweisen. Laut Auskunft des Gesundheitsministeriums sei diese Regelung ein Versuch, den Kliniken einen Anreiz zu bieten, auf eine stationäre Behandlung zu verzichten,

²³³ Vgl. Anlage Nr. I zum Gesetz Nr. 48/1997 *Liste medizinischer Leistungen, die nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen aus der Krankenversicherung gedeckt werden (Seznam zdravotních výkonů ze zdravotního pojištění nehrazených nebo hrazených jen za určitých podmínek)*

²³⁴ *Verordnung Nr. 396/2010 über die Bestimmung der Punktwerte, Vergütungshöhe der aus der öffentlichen Krankenversicherung getragenen Gesundheitsversorgung und Einschränkungen des Umfangs der geleisteten, aus der öffentlichen Krankenversicherung getragenen Gesundheitsversorgung für das Jahr 2011 (Vyhláška č. 396/2010 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytované zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011)*

²³⁵ Vgl. § 17 Abs. 6 Gesetz Nr. 48/1997

sofern dies medizinisch möglich ist, und vermehrt ambulante Eingriffe durchzuführen.²³⁶ Bei einer geringeren Anzahl stationärer Leistungen und einem stabilen Anteil der Fixkosten könnten die Kliniken so Mittel zu ihrer eigenen Verfügung erwirtschaften.

Die Auszahlung des Pauschalbetrages beim Erreichen von 94 Prozent der Leistungen des Referenzjahres ist an zwei Bedingungen geknüpft: Zum einen darf die Anzahl der behandelten Fälle nicht unter die 94-Prozent-Schwelle fallen und zum anderen darf die durchschnittliche Komplexität der erbrachten Leistungen nicht sinken.²³⁷ Die Krankenhäuser müssen folglich nachweisen, dass sie Leistungen aus ihrem gesamten Spektrum erbringen und nicht nur wenig komplexe und somit auch kostengünstige Leistungen erreichen.²³⁸

Werden weniger als die genannten 94 Prozent der Leistungen des Referenzjahres erbracht, besteht kein Anspruch auf den vollen Betrag, die Pauschale wird dann anteilig gekürzt.²³⁹ Wird der Pauschalbetrag vom Krankenhaus hingegen überschritten, kann mit der entsprechenden Krankenkasse nachverhandelt werden. Ein Scheitern der Nachverhandlung könnte letztendlich dazu führen, dass Krankenhäuser Patienten derjenigen Krankenkasse entweder auf eigene Kosten mit Verlust behandeln oder gar ablehnen müssten.

2.3.2 Die Vergütung medizinischer Leistungen

Das Gesundheitsministerium legt im zweiten Teil der Verordnung Nr. 472/2009²⁴⁰ einen Katalog mit Leistungen (*Liste medizinischer Leistungen - seznam zdravotních výkonů*²⁴¹) fest, die von den Krankenversicherungen bezahlt werden müssen. Jede gelistete medizinische Leistung ist mit einer Punktzahl versehen. Multipliziert man die angegebene Punktzahl mit dem geltenden Punktwert, erhält man den Betrag, den die Krankenversicherung dem Leistungserbringer erstatten muss. Auch dieser Punktwert wird jährlich in der *Vergütungsverordnung* durch das Gesundheitsministerium festgelegt und beläuft sich im Jahr 2011 im Regelfall auf 0,90 CZK²⁴² (0,0373 €²⁴³).²⁴⁴ Diesen Punktwert rechnen die Kliniken gegenüber allen Krankenkassen ab, mit denen eine vertragliche Vereinbarung

²³⁶ Vgl. Petr Nosek (Sekretär für Krankenversicherung, Gesundheitsministerium der Tschechischen Republik) in: http://www.mzcr.cz/dokumenty/uhradova-vyhlasaka-pro-rok-zaruci-ze-se-ceske-zdravotnictvi-nebude-zadluzovat_4416_1.html (Zugriff am 27. April 2011)

²³⁷ Die Bewertung der Komplexität einer medizinischen Leistung erfolgt entsprechend den in der Vergütungsverordnung gelisteten Indizes 2011.

²³⁸ Telefonische Auskunft von Hildegarda Bejlková (Leiterin der Abteilung für Krankenkassen im Krankenhaus Ostrov) am 28. Juni 2011

²³⁹ Informationen zum Über- bzw. Unterschreiten des Pauschalbetrages laut telefonischer Auskunft von Zdeňka Turková (Abteilung für Krankenkassen im Krankenhaus Mariánské Lázně)

²⁴⁰ VO 472/2009, welche die VO 134/1998 aktualisiert, welche wiederum das Verzeichnis medizinischer Leistungen mit Punktwerten verkündet, im Wortlaut nachfolgender Vorschriften (vyhláška č. 472/2009 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění pozdějších předpisů).

²⁴¹ Die *Liste medizinischer Leistungen* ist abrufbar unter <http://ftp.aspi.cz/aspi/472-2009.pdf> (Zugriff am 16. August 2011)

²⁴² Vgl. Anhang 1 zur Verordnung Nr. 396/2010, Teil A, Abs. 8

²⁴³ Hier und im Folgenden gilt 1 € = 24,110 CZK (Euro-Referenzkurs der Europäischen Zentralbank am 31. August 2011)

²⁴⁴ Für einige spezialisierte Untersuchungen wurden abweichende Punktwerte vereinbart. Bei einem Mammographie-Screening beispielsweise liegt der Punktwert bei 1,10 CZK (0,0456 €), bei einem Gebärmutterhalsscreening bei 1,03 CZK (0,0427 €).

besteht.²⁴⁵ Wird der Versicherte aufgrund eines Notfalles in eine Klinik eingewiesen, mit der seine Versicherung keinen Vertrag geschlossen hat, dann kann die Klinik gegenüber seiner Krankenkasse 0,95 CZK (0,0394 €) pro Punkt in Rechnung stellen.²⁴⁶

Der Leistungskatalog umfasst mehrere tausend genau definierte Eingriffe und Behandlungsschritte. Neben der erwähnten Punktzahl werden für jede Leistung auch der Leistungserbringer (z.B. Arzt, Zahnarzt, Psychologe, nichtärztliches medizinisches Personal) und dessen Lohnindex²⁴⁷ festgelegt.

Wird die Leistung von einem Arzt oder von einer anderen medizinisch ausgebildeten Person mit Hochschulabschluss erbracht, werden die Kosten für darüber hinaus an der Leistungserbringung beteiligtes Personal über die sogenannten Regiekosten abgerechnet.

Für jede Leistung ist eine Durchführungszeit²⁴⁸ und die maximale Frequenz pro Patient²⁴⁹ festgelegt. Dem Katalog ist auch zu entnehmen, an welchem Ort die Leistung erbracht werden muss und ob die Möglichkeit besteht, zusätzlich zu dieser definierten Leistung weitere medizinische Materialien (*ZUM – zvlášť účtované materiály*) oder Arzneimittel (*ZULP – zvlášť účtované lékařské přípravky*) in Rechnung zu stellen.

Folgendes Beispiel aus der *Liste medizinischer Leistungen* soll verdeutlichen, auf welcher Grundlage die Abrechnung erfolgt.

Abbildung 4: Abrechnungsbeispiel 1

67115 FUSSDRUCKMESSUNG			
Untersuchung der Druckverteilung in der Fußsohle mit Anwendung prothetometrischer Hilfsmittel. Auswertung pathologischer Veränderungen, die bei der Untersuchung festgestellt wurden.			
Leistungserbringer	Lohnindex	Zeit (Minuten)	
L3	3	20	
Kategorie:	P - voll geltend	ZUM:	Nein
Frequenz:	4/1 Jahr	ZULP:	Nein
Ort:	S		
Punkte: 159			

Eine Fußdruckmessung ist von einem spezialisierten Facharzt durchzuführen, dessen Qualifikation dem Lohnindex 3 entspricht. Als Durchführungszeit sind 20 Minuten vorgesehen. Versicherte können diese Leistung vier Mal jährlich in Anspruch nehmen. Pro Fußdruckmessung können der Krankenkasse 159 Punkte in Rechnung gestellt werden. Zusätzlich zu dieser Leistung dürfen weder medizinische Materialien (ZUM), noch Arzneimittel (ZULP) abgerechnet werden. Die Leistung wird von den Kranken-

²⁴⁵ Dieser Punktwert wird auch bei Patienten abgerechnet, die in einem anderen Mitgliedstaat der EU krankenversichert sind. Nach Information von Zdenka Turková (Abteilung der Krankenkassen im Krankenhaus Marienbad) wird bei ausländischen Patienten, die entweder nicht oder in einem Staat außerhalb der EU krankenversichert sind, ein Punktwert von 2,50 CZK (0,1037 €) in Rechnung gestellt.

²⁴⁶ Vgl. § 2 Verordnung Nr. 396/2010

²⁴⁷ Diese spiegeln die zur Durchführung der Leistung notwendige Qualifikation des Personals und somit die Komplexität und den Schwierigkeitsgrad der Leistung wider.

²⁴⁸ Die Durchführungszeit ist als Richtwert anzusehen, welche Zeitspanne für die Erbringung der Leistung notwendig ist.

²⁴⁹ Die Frequenz pro Patient gibt an, wie häufig die Leistung innerhalb eines bestimmten Zeitraumes in Anspruch genommen werden kann.

kassen nur anerkannt, sofern sie am dafür spezialisierten Arbeitsplatz durchgeführt wurde (Ort: S).

Daneben gibt es Leistungen, die nur anerkannt werden, wenn²⁵⁰

- sie ambulant durchgeführt wurden (Ort: A)
- sie im Rahmen einer stationären Behandlung durchgeführt wurden (Ort: H)
- sie ambulant am dafür spezialisierten Arbeitsplatz durchgeführt wurden (Ort: SA)
- sie im Rahmen einer stationären Behandlung am dafür spezialisierten Arbeitsort durchgeführt wurden (Ort: SH).

Die oben genannte Leistung wird von der Krankenversicherung voll übernommen (Kategorie: P). Daneben gibt es Leistungen, die nur übernommen werden, wenn²⁵¹

- die Leistung nicht gleichzeitig mit den Leistungen einer komplexen / wiederholten / gezielten Untersuchung oder einer Kontrolluntersuchung abgerechnet wird (Kategorie: Q).
- bestimmte Bedingungen erfüllt sind. Erfolgt keine weitere Definition, dann muss eine medizinische Indikation vorliegen (Kategorie: W).
- der Revisionsarzt der Krankenversicherung die Zustimmung zu dieser Leistung erteilt hat (Kategorie: Z).

Medizinische Leistungen können nur dann abgerechnet werden, wenn sie voll geleistet wurden; teilweise geleistete oder nicht beendete Leistungen werden von den Krankenkassen nicht akzeptiert.²⁵²

Die Verordnung 472/2009 regelt darüber hinaus, welche Leistungen kombinierbar sind. So wird z.B. eine Übersicht operativer Eingriffe geboten, die als Bedingung zur Abrechnung der Leistung Anästhesiologie, Resuszitiation und Intensivmedizin gelten.

2.3.3 Behandlungstage und Patientenkategorien

Bei stationär untergebrachten Patienten werden zusätzlich zu den medizinischen Leistungen die sogenannten *Behandlungstage (ošetřovací dny)* in Rechnung gestellt.²⁵³ Der Aufnahme- und Entlassungstag gelten dabei zusammen als ein Behandlungstag.²⁵⁴ Behandlungstage können nur mit medizinischen Leistungen kombiniert werden, die im Leistungskatalog mit der örtlichen Einschränkung H (Hospitalisierung) gelistet sind.²⁵⁵ Die Kosten für einen Behandlungstag umfassen:²⁵⁶

- Ärztliche Visiten
- Tätigkeiten des medizinischen Personals und von Experten aus anderen Fachrichtungen (bspw. Psychologen, Logopäden, Physiotherapeuten)
- Verwaltungstätigkeiten, die über die medizinischen Leistungen noch nicht erfasst sind
- Organisationstätigkeiten des leitenden Personals

²⁵⁰ Vgl. Verordnung Nr. 472/2009, Kapitel 2 Punkt 4

²⁵¹ Vgl. Verordnung Nr. 472/2009, Kapitel 2 Punkt 3

²⁵² Vgl. Verordnung Nr. 472/2009, Kapitel 2 Punkt 1 Abs. 6

²⁵³ Vgl. zur Abrechnung der Behandlungstage Verordnung Nr. 472/2009, Kapitel 5

²⁵⁴ Vgl. Verordnung Nr. 472/2009, Kapitel 5 S. 3

²⁵⁵ Vgl. Verordnung Nr. 472/2009, Kapitel 5 Punkt 10

²⁵⁶ Vgl. Verordnung Nr. 472/2009, Kapitel 5 Punkt 2

- Bereitschaftsdienst
- Verpflegung
- direkt verbrauchte medizinische Materialien
- bei Resus-zitation, Intensivpflege und einigen anderen Fachrichtungen direkt verbrauchte Arzneimittel und medizinische Einweggerä-te.

In diesen Behandlungstagen sind manche Leistungen inbegriffen, die sonst nur ambulant abgerechnet werden können. Eine gesonderte Berechnung dieser Leistungen im Rahmen einer stationären Behandlung ist nicht möglich. Folgendes Beispiel aus der *Liste medizinischer Leistungen* dient der Verdeutlichung:

Abbildung 5: Abrechnungsbeispiel 2

09117 VENÖSE BLUTABNAHME BEI KINDERN UNTER 10 JAHREN			
Venöse Blutabnahme bei Kindern jünger als 10 Jahre zu diagnostischen Zwecken.			
Leistungserbringer	Lohnindex	Zeit (Minuten)	
S2	2	10	
Kategorie:	Q - kann nicht mit klinischen Untersuchungen abgerechnet werden	ZUM:	nein
Frequenz:	1/1 Tag	ZULP:	nein
Ort:	A – nur ambulant – im Behandlungstag inbegriffen		
Punkte: 35			

Die Blutabnahme ist von einer Krankenschwester durchzuführen, die ihre Tätigkeiten ohne fachliche Aufsicht verrichten darf (S2). Die Qualifikation dieser Krankenschwester entspricht dem Lohnindex 2. Die Durchführungszeit wurde auf 10 Minuten festgelegt. Die Leistung kann nur in Rechnung gestellt werden, wenn sie ambulant durchgeführt wurde, bei einer stationären Behandlung ist sie über die Abrechnung des Behandlungstages abgegolten. Sie kann einmal täglich erbracht werden, zusätzliche medizinische Materialien oder Arzneimittel können nicht angesetzt werden.

Kann ein Klinikum eine in den Behandlungstagen inbegriffene Leistung nicht erbringen, weil es beispielsweise an der notwendigen medizinisch-technischen Ausstattung fehlt, dann kann der Patient zur Erbringung dieser Leistung in eine andere Einrichtung überwiesen werden. In diesem Fall stellt das die Leistung durchführende Krankenhaus dem überweisenden Krankenhaus diese Leistung in Rechnung. Die zuständige Krankenkasse vergütet dem überweisenden Krankenhaus die Leistung über den Behandlungstag.

Die Verordnung 472/2009 regelt in diesem Zusammenhang ebenfalls die durchschnittliche Verweildauer für die einzelnen Fachrichtungen sowie die möglichen Abweichungen von diesem Durchschnitt.²⁵⁷ Diese Angaben werden in der Praxis eher als eine Empfehlung gehandelt, weil sich die Verweildauer nach der konkreten Diagnose und der Genesung des Patienten richtet.²⁵⁸

Die Patientenkategorie (*kategorie pacienta*) wird bei allen stationär untergebrachten Patienten für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes ermittelt und erhöht den Punktwert

²⁵⁷ Vgl. Verordnung Nr. 472/2009, Kapitel 5 Punkt 6.1

²⁵⁸ Telefonische Auskunft von Radka Říhová (Klinikverwalterin des Krankenhauses Ostrov) am 17. August 2011

eines jeden Behandlungstages.²⁵⁹ Aufnahme- und Entlassungstag werden als ein Tag gewertet.²⁶⁰ Folgende Tabelle liefert einen Überblick über die sechs möglichen Patientenkategorien, die jeweiligen Punktzahlen je Behandlungstag und die Einstufungskriterien:

Tabelle 2: Patientenkategorien

Patientenkategorie	Punkte / Behandlungstag	Bezeichnung	Einstufungskriterien
0	0	Patient, der vorübergehend entlassen werden kann	Gilt für jeden Tag, an dem der Patient nicht im Krankenhaus ist
1	0	Selbständiger Patient	Patient ist unabhängig von pflegerischer Versorgung Gesunde Neugeborene Kinder über 10 Jahren
2	75	Teilweise selbständiger Patient	Patient ist teilweise selbständig, er kann sich mit Hilfe selbst bedienen, kann sich mit Hilfe oder selbstständig im Rollstuhl außerhalb des Bettes bewegen Kinder zwischen 6 und 10 Jahren
3	150	Patient, dessen Zustand erhöhte Aufsicht verlangt	Patient ist bei vollem Bewusstsein, kann sich außerhalb des Bettes nicht bewegen (auch nicht mit Hilfe oder im Rollstuhl), er bedarf fast einer kompletten pflegerischen Versorgung Psychisch alterierter Patient, dessen Zustand eine erhöhte Aufsicht, bzw. notwendige vorübergehende Bewegungseinschränkung oder medikamentöse Beruhigungsmittel verlangt. Kinder zwischen 2 und 6 Jahren
4	225	Immobilier Patient	Patient ist bei Bewusstsein, jedoch immobil, unter Umständen inkontinent und braucht Pflege bei jeder Handlung Kinder bis 2 Jahre
5	300	Ohnmächtiger Patient	Der Patient ist bewusstlos oder im Delirium

Quelle: Verordnung Nr. 472/2009, Kapitel 6 Punkt 1

2.3.4 Regiekosten

Mit den Punktwerten für die medizinischen Leistungen sind die sogenannten *Regiekosten* (*režie* - hierbei handelt es sich um Gemeinkosten der Klinik) nicht abgegolten.²⁶¹ Die Regiekosten umfassen:²⁶²

- Material (z.B. Brennstoffe, Treibstoffe, medizinisches Material, Arzneimittel, Lebensmittel, die über die im Behandlungstag inbegriffenen Lebensmittel hinausgehen, Wartungsmaterial, Wäsche, Schutzmittel fürs Personal, etc.)
- Energieverbrauch (z.B. Strom, Wasser, Dampf, Gas)
- Dienstleistungen (z.B. Reparaturen und Wartung, Reisekosten der Angestellten, Repräsentationskosten, Miete, Porto, Telefonkosten, externe Wäscherei, externe Reinigungsdienste, Ausbildungskosten, Software)

²⁵⁹ Vgl. zur Abrechnung der Patientenkategorien Verordnung Nr. 472/2009, Kapitel 6 Punkt 1

²⁶⁰ Es wird für diesen Tag die Patientenkategorie angesetzt, die am Aufnahmetag festgestellt wurde.

²⁶¹ Vgl. Verordnung Nr. 472/2009, Kapitel 7

²⁶² Vgl. Verordnung Nr. 472/2009, Kapitel 7 Punkt 3

- Personalkosten (z.B. Lohnkosten, die nicht über die medizinischen Leistungen abgerechnet werden, Kranken- / Sozialversicherungsbeiträge der Angestellten)
- Steuern
- Sonstige Kosten (z.B. Zinsen, uneinbringliche Forderungen, Abschreibungen)

Die Regiekosten werden im stationären Bereich zum Teil den medizinischen Leistungen²⁶³, zum Teil den Behandlungstagen²⁶⁴ zugeordnet.

Die den medizinischen Leistungen zugeordneten Regiekosten errechnen sich wie folgt:

$$\text{Regiekosten} = \text{Durchführungszeit (DZ)} \times \text{Minutensatz (MS)}$$

Die Durchführungszeit ist im Leistungskatalog für jede einzelne Leistung vorgegeben.²⁶⁵

Der Minutensatz der Regiekosten wird für jede Fachrichtung durch die Verordnung Nr. 472/2009²⁶⁶ in Punkten pro Durchführungsminute festgelegt.²⁶⁷ Je nach Fachrichtung schwankt diese Punktzahl zwischen 2,02 und 9,99 Punkten pro Leistungsminute.²⁶⁸

Kliniken können mit den Krankenkassen für die Erstattung der Regiekosten auch Minutensätze vereinbaren, die über den in den Verordnungen vorgesehen Minutensätzen liegen, sofern die Mehrkosten notwendig und wirtschaftlich begründet sind. Der Wert darf jedoch das Dreifache des in der Verordnung Nr. 397/2010 vorgesehenen Minutensatzes nicht übersteigen.²⁶⁹ Auch Unterschreitungen des Wertes sind möglich. Die Abweichung nach unten ist auf 30% des vorgesehenen Minutensatzes beschränkt.²⁷⁰ Die Minutensätze der Regiekosten werden jeweils zum 1. Juli eines jeden Kalenderjahres der jährlichen Inflationsrate²⁷¹ angepasst.²⁷²

Die den Behandlungstagen zugeordneten Regiekosten errechnen sich nach folgender Formel.²⁷³

$$\text{Regiekosten} = \text{Anzahl der Behandlungstage (B)} \times \text{Tagessatz (TS)}$$

Die Anzahl der Behandlungstage entspricht der Anzahl der Tage, die der Patient stationär in der Klinik untergebracht war. Aufnahme- und Entlassungstag werden wiederum gemeinsam als ein Tag erfasst. Der Tagessatz der Regiekosten (Punkte je Behandlungstag) wird krankenhausesindividuell zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen verhandelt, da sich die Regiekosten in Abhängigkeit vom angebotenen Leistungsspektrum von Einrichtung zu Einrichtung stark unterscheiden. Die Verordnung 397/2010 gibt hier einen Rahmen vor. Der vereinbarte Tagessatz soll zwischen 27,82 und 90,4 Punkten liegen²⁷⁴. Der vereinbarte Tagessatz gilt einheitlich für alle Fachabteilungen der Klinik²⁷⁵ und wird jährlich zum 1. Juli der jährlichen Inflationsrate angepasst.

²⁶³ nach Verordnung 472/2009 Teil 2 Liste medizinischer Leistungen, abrufbar unter <http://ftp.aspi.cz/aspi/472-2009.pdf> (Zugriff am 16. August 2011)

²⁶⁴ Vgl. Verordnung Nr. 472/2009, Kapitel 7 Punkt 2

²⁶⁵ Vgl. Verordnung Nr. 472/2009, Teil 2 Liste medizinischer Leistungen, abrufbar unter <http://ftp.aspi.cz/aspi/472-2009.pdf> (Zugriff am 16. August 2011)

²⁶⁶ Für das Jahr 2011 im Wortlaut der Aktualisierung durch die Verordnung Nr. 397/2010 Änderung der Verordnung, welche die Liste medizinischer Leistungen herausgibt (vyhláška č. 397/2010 Sb. změna vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů)

²⁶⁷ Vgl. Verordnung Nr. 472/2009, Kapitel 7 Punkt 1

²⁶⁸ Vgl. Verordnung Nr. 397/2010, Artikel I Punkt 6 Abs.1

²⁶⁹ Vgl. Verordnung Nr. 472/2009, Kapitel 7 Punkt 1 S.10

²⁷⁰ Vgl. Verordnung Nr. 472/2009, Kapitel 7 Punkt 1 S.11

²⁷¹ Gemessen am Verbraucherpreisindex

²⁷² Vgl. Verordnung Nr. 472/2009, Kapitel 7 Punkt 1 S.9

²⁷³ Vgl. Verordnung Nr. 472/2009, Kapitel 1 Abs. 10

²⁷⁴ Vgl. Verordnung Nr. 397/2010, Artikel I Punkt 6 Abs. 2.1

²⁷⁵ Vgl. Verordnung Nr. 472/2009, Kapitel 7 Punkt 2.1 S.2

2.3.5 Regulierungsgebühren

Auch die zum 1. Januar 2008 eingeführten Regulierungsgebühren (regulační poplatky) zählen zu den Finanzierungsquellen medizinischer Einrichtungen. Regulierungsgebühren sind direkte Zahlungen der Patienten, die bei Arztbesuchen, bei Krankenhausaufenthalten, bei der Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes der Kliniken und bei der Ausgabe von rezeptpflichtigen Medikamenten zu leisten sind.

Die Regulierungsgebühr beträgt bei Arztbesuchen 30 CZK (1,24 €).²⁷⁶ Pro Aufenthaltstag in einer Klinik oder Rehabilitationseinrichtung muss der Patient 60 CZK (2,49 €) entrichten, wobei Aufnahme- und Entlassungstag als ein Aufenthaltstag zählen.²⁷⁷ Wird der Bereitschaftsdienst der Kliniken oder die Notfallrettung in Anspruch genommen, müssen 90 CZK (3,73 €) bezahlt werden.²⁷⁸

Die Regulierungsgebühren werden von der medizinischen Einrichtung erhoben, die die Leistung erbringt. Sie sind direkte Einnahmen der betreffenden Einrichtung und müssen zur Deckung von Betriebs- und Modernisierungskosten verwendet werden.²⁷⁹

Regulierungsgebühren werden nicht erhoben:²⁸⁰

- bei präventiven Untersuchungen und empfohlenen Impfungen
- bei der Hämodialyse
- bei Laboruntersuchungen und diagnostischen Untersuchungen
- bei Untersuchungen vor einer Blut-, Blutplasma-, Knochenmark- oder Organspende
- bei Behandlungen, die als Schutz vom Gericht angeordnet wurden
- bei Behandlungen von Infektionskrankheiten im Rahmen von Quarantänemaßnahmen
- von Kindern unter 18 Jahren und schwer oder chronisch kranken Kindern
- von Versicherten in Kinderheimen, Besserungsanstalten und ähnlichen Einrichtungen oder von Versicherten in Behindertenanstalten und
- von Schwangeren.

²⁷⁶ Vgl. § 16a Abs. 1 Buchstaben a bis d Gesetz Nr. 48/1997

²⁷⁷ Vgl. § 16a Abs. 1 Buchstabe f Gesetz Nr. 48/1997

²⁷⁸ Vgl. § 16a Abs. 1 Buchstabe e Gesetz Nr. 48/1997

²⁷⁹ Vgl. § 16a Abs. 1 S. 5 Gesetz Nr. 48/1997

²⁸⁰ Vgl. § 16a Abs. 3 Gesetz Nr. 48/1997

3 Versorgungsstruktur im bayerisch-tschechischen Teil der Euregio Egrensis

Abbildung 6 zeigt die geographische Verteilung der Kliniken im bayerisch-tschechischen Teil der Euregio Egrensis.

Abbildung 6: Geographische Verteilung der Kliniken im bayerisch-tschechischen Teil der Euregio Egrensis



Im bayerischen Teil des Untersuchungsgebietes gibt es 30 Kliniken mit insgesamt 6.235 akutstationären Betten.²⁸¹ Sechzehn Kliniken dienen der Grundversorgung der Bevölkerung (Versorgungsstufe I). Sieben Kliniken erfüllen mit ihrem Leistungsangebot überörtliche Schwerpunktaufgaben und entsprechen dem Standard der Versorgungsstufe II. Nur die Klinikum Bayreuth GmbH erfüllt mit ihren Häusern Klinikum Bayreuth und Klinik Hohe Warte die Voraussetzungen der Versorgungsstufe III. Neben den Allgemeinkrankenhäusern gibt es Fachkliniken für psychisch Kranke (Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Bezirksklinik Rehau, Privatklinik Wirsberg, Bezirkskrankenhaus Wöllershof) sowie eine Fachklinik für Orthopädie in Schwandorf.

Tabelle 3 liefert einen Überblick über das Leistungsangebot der Kliniken. Gelistet ist jeweils nur die Anzahl an akutstationären Betten. Eventuell vorhandene Betten in Rehabilitationsabteilungen wurden nicht berücksichtigt. Die Anzahl der Betten und Plätze

²⁸¹ Datenquelle: Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2011

entspricht den am 1. Januar 2011 vorhandenen Kapazitäten laut *Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2011*.

Tabelle 3: Leistungsangebot der Kliniken im bayerischen Teil der Euregio Egrensis

Landkreis / kreisfreie Stadt	VSt.*	Betten*	Plätze*	Fachabteilungen**	Besonderheiten**
LK Amberg-Weizsach					
St. Johannes Klinik (Auerbach)	I	45	-	INN	Akutgeriatrie
St. Anna Krankenhaus (Sulzbach-Rosenberg)	I	165	-	CHI, GUG, HNO, INN	Brustzentrum
Stadt Amberg					
Klinikum St. Marien	II	560	14	AUG, CHI, GUG, HD, HNO, INN, KIN, MKG, NCH, NEU, ORT, STR, URO	Brustzentrum, Darmzentrum, Gefäßzentrum, Onkologisches Zentrum, Palliativstation, Perinatalzentrum, Prostatakarzinomzentrum, Schlaflabor, Stroke Unit, regionales Traumazentrum
LK Bayreuth					
Sana Klinik Pegnitz	I	125	-	CHI, GUG, HNO, INN	-
Stadt Bayreuth					
Bezirkskrankenhaus Bayreuth	F	301	30	KJP, NEU, PSY, PSO	Tagesklinik PSY und PSO (Erwachsene)
Klinikum Bayreuth	III	697	28	AUG, CHI, GUG, HD, HNO, HUG, HCH, INN, KIN, NUK, STR	Akutgeriatrie, Brustzentrum, Palliativstation, Perinatalzentrum, überregionales Traumazentrum
Klinikum Hohe Warte	III	298	10	INN, MKG, NCH, NEU, ORT, URO	Stroke-Unit, Zentrum für Querschnittgelähmte
LK Hof					
Klinik Münchberg	I	230	-	CHI, GUG, HNO, INN, ORT	-
Klinik Naila	I	130	-	CHI, GUG, INN	-
Bezirksklinik Rehau	F	142	10	PSY, PSO	Tagesklinik PSY und PSO (Erwachsene)
Stadt Hof					
Sana Klinikum Hof	II	473	10	AUG, CHI, GUG, HD, HNO, INN, KIN, MKG, NEU, NUK, STR, URO	Neonatologische Intensivbehandlung, Tagesklinik für Schmerztherapie, regionales Traumazentrum
LK Kronach					
Frankenwaldklinik Kronach	I	282	-	CHI, GUG, HNO, INN	-
LK Kulmbach					
Klinikum Kulmbach	II	420	6	AUG, CHI, GUG, HD, HNO, INN, NCH, NEU, NUK, ORT, URO	Brustzentrum, Palliativstation, Schlaflabor, Schlaganfallereinheit, regionales Traumazentrum
Privatklinik Wirsberg	F	50	-	PSY	-
Fachklinik Stadtsteinach	II	25	-	INN	-
LK Neustadt					
Krankenhaus Neustadt a. d. Waldnaab	I	100	-	CHI, INN, NCH, ORT	Palliativstation
Bezirkskrankenhaus Wöllershof (Störnstein)	F	165	10	PSY, PSO	Schlaflabor
Krankenhaus Eschenbach	I	80	-	CHI, GYN, INN	-
Krankenhaus Vohenstrauß	I	45	-	CHI, INN	-

Landkreis / kreisfreie Stadt	VSt.*	Betten*	Plätze*	Fachabteilungen**	Besonderheiten**
LK Schwandorf					
Asklepios Klinik Burglengenfeld	I	157	-	CHI, GUG, HNO, INN	-
Asklepios Klinik Nabburg	I	30	-	INN	-
Asklepios Klinik Oberviechtach	I	70	-	CHI, GUG, HNO, INN	-
Asklepios Orthopädische Klinik Lindenlohe (Schwandorf)	F	110	-	ORT	-
St. Barbara Krankenhaus (Schwandorf)	I	230	-	AUG, CHI, GUG, HNO, INN, ORT, URO	Brustzentrum, lokales Traumazentrum
LK Tirschenreuth					
Krankenhaus Kemnath	I	100	-	CHI, GYN, INN, ORT	-
Krankenhaus Tirschenreuth	I	165	-	CHI, GUG, HNO, INN, NEU, URO	Nierenzentrum
Krankenhaus Waldsassen	I	45	-	CHI, GYN, INN, ORT	-
Weiden Stadt					
Klinikum Weiden	II	575	20	AUG, CHI, GUG, HD, HNO, INN, KIN, MKG, NCH, NEU, NUK, ORT, STR, URO	Brustzentrum, Darmzentrum, Perinatalzentrum, Prostatazentrum, PSO in der Fachrichtung KIN, Tagesklinik für Schmerztherapie, Stroke Unit, regionales Traumazentrum
LK Wunsiedel					
Klinikum Fichtelgebirge Marktredwitz	II	275	-	CHI, GUG, HNO, INN, NUK, URO	Brustzentrum, Prostatazentrum, lokales Traumazentrum
Klinikum Fichtelgebirge Selb	II	145	-	CHI, INN, ORT	-

*Quelle: Krankenhausplan Bayern 2011

**Quelle: Krankenhausplan Bayern 2011 / Auskunft der Kliniken / Onlineauftritt der Kliniken

AUG=Augenheilkunde, CHI=Chirurgie, GUG=Gynäkologie und Geburtshilfe, GYN=Gynäkologie (ohne Geburtshilfe), HCH=Herzchirurgie, HD= Hämodialyse, HNO=Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, HUG=Haut- und Geschlechtskrankheiten, INN=Innere Medizin, KIN=Kinder- und Jugendmedizin, KJP=Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, MKG=Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, NCH=Neurochirurgie, NEU=Neurologie, NUK=Nuklearmedizin (Therapie), ORT=Orthopädie, PSO=Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, PSY=Psychiatrie und Psychotherapie, STR=Strahlentherapie, URO=Urologie

Im Untersuchungsgebiet gibt es Tageskliniken an folgenden Krankenhäusern: Bezirkskrankenhaus Bayreuth (Tagesklinik für Erwachsene), Bezirksklinik Rehau (Tagesklinik für Erwachsene), Sana Klinikum Hof (Schmerztagesklinik), Klinikum Weiden (Schmerztagesklinik). Eine weitere psychiatrische Tagesklinik für Kinder und Jugendliche findet man in Weiden.

Im bayerischen Teil des Untersuchungsgebietes gibt es vier Palliativstationen (Klinikum St. Marien Amberg, Klinikum Bayreuth, Klinikum Kulmbach, Krankenhaus Neustadt). Der Bedarf für eine weitere Palliativstation mit sechs Betten am Sana Klinikum Hof wurde im Krankenhausplan festgestellt. Die Station wurde im Sommer dieses Jahres eröffnet.

Die Kliniken Hohe Warte, Kulmbach, Weiden und St. Marien betreiben jeweils eine Station zur Behandlung von Schlaganfall-Patienten. Das Klinikum St. Marien verfügt darüber hinaus über ein interdisziplinäres Darmzentrum, ein Gefäß-, ein Onkologisches und ein Prostatakarzinomzentrum. Weitere Prostatazentren gibt es am Klinikum Weiden und am Klinikum Marktredwitz. Ein weiteres Darmzentrum findet man am Klinikum in

Weiden. Sieben Kliniken bieten spezielle strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen mit Brustkrebs im Rahmen ihrer Brustzentren an. In der Region gibt es drei Perinatalzentren (Klinikum St. Marien, Klinikum Bayreuth, Klinikum Weiden) und eine Station zur neonatologischen Intensivbehandlung am Sana Klinikum Hof. Akutgeriatrische Abteilungen findet man in der St. Johannes Klinik in Auerbach und am Klinikum Bayreuth. Das einzige Nierenzentrum der Region betreibt das Krankenhaus in Tirschenreuth. An der Klinik Hohe Warte befindet sich ein Zentrum für Querschnittgelähmte.

Weiterhin gibt es in der Region zahlreiche Traumazentren zur Behandlung Schwerverletzter:²⁸² ein überregionales Traumazentrum am Klinikum Bayreuth, regionale Traumazentren in Amberg, Hof, Kulmbach und Weiden und lokale Traumazentren in Marktredwitz und Schwandorf.

Tabelle 4 zeigt das Leistungsangebot der Kliniken im tschechischen Teil der Euregio Egrensis im Überblick. Wiederum wurde nur die Anzahl an akutstationären Betten berücksichtigt. Betten in Rehabilitations- und Nachsorgeabteilungen wurden nicht mit einbezogen. Die Informationen dieser Tabelle stützen sich auf Auskünfte der Kliniken. Die Informationen zum Klinikum in Karlsbad wurden dem Onlineauftritt des Krankenhauses entnommen.

Tabelle 4: Leistungsangebot der Kliniken im tschechischen Teil der Euregio Egrensis

Bezirk / Kreis	Betten	Fachabteilungen	Besonderheiten
Bezirk Karlsbad (Karlovarský kraj)			
Kreis Eger (Cheb)			
Krankenhaus Eger (Nemocnice Cheb)*	278	CHI,GUG, INN, KIN, HNO	-
Krankenhaus Marienbad (Nemocnice Mariánské Lázně)*	87	CHI, INN, URO	-
Kreis Karlsbad (Karlovy Vary)			
Krankenhaus Karlsbad (Karlovarská krajská nemocnice)**	542	CHI, GUG,HD, HNO, HUG, INN, KIN, NEU, NUK, ORT, URO	Abteilung für Infektionskrankheiten, Abteilung für Lungenkrankheiten, Zentrum für Reisemedizin
Krankenhaus Ostrov (Nemocnice Ostrov, NEMOS PLUS s.r.o.)*	241	CHI, GUG, INN, KIN, PSY	Abteilung für langfristige Intensivbehandlung und Intensivpflege, Tagesklinik für Orthopädie
Kreis Falkenau (Sokolov)			
Krankenhaus Falkenau (Nemocnice Sokolov)*	294	AUG, CHI, GUG, HUG, INN, KIN, NEU, NUK, ORT	Stroke-Unit

* Quelle: Auskunft der Klinik

** Quelle: Onlineauftritt des Klinikums

AUG=Augenheilkunde, CHI=Chirurgie, GUG=Gynäkologie und Geburtshilfe, HD= Hämodialyse, HNO=Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, HUG=Haut- und Geschlechtskrankheiten, INN=Innere Medizin, KIN=Kinder- und Jugendmedizin, NEU=Neurologie, NUK=Nuklearmedizin (Therapie), ORT=Orthopädie, PSY=Psychiatrie und Psychotherapie, URO=Urologie

Im tschechischen Teil des Untersuchungsgebietes gibt es fünf Kliniken mit insgesamt 1.442 akutstationären Betten. Alle Kliniken befinden sich im Bezirk Karlsbad. Das

²⁸² Die Traumazentren sind zertifiziert von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und Mitglieder im TraumaNetzwerk der DGU.

Klinikum in Karlsbad verfügt mit Abstand über die meisten Kapazitäten und hält auch das umfassendste Leistungsspektrum vor. In Karlsbad gibt es neben den oben genannten Fachabteilungen Abteilungen für Infektions- und Lungenkrankheiten sowie ein Zentrum für Reisemedizin. In Ostrov wird eine Abteilung für langfristige Intensivbehandlung und Intensivpflege mit 50 Betten vorgehalten, zudem gibt es eine Tagesklinik für Orthopädie. Am Klinikum Falkenau gibt es eine auf die Behandlung von Schlaganfallpatienten spezialisierte Einheit (Stroke Unit).

Das Klinikum Eger hält üblicherweise 278 akutstationäre Betten vor. Momentan können aufgrund von Bautätigkeiten 24 Betten der chirurgischen Abteilung, 18 Betten der Fachabteilung für Innere Medizin und 3 HNO-Betten nicht genutzt werden.

Tabelle 5 zeigt die Versorgungsdichte im stationären Sektor auf der bayerischen Seite der Euregio.

Tabelle 5: Versorgungsdichte im stationären Sektor (Anzahl akutstationärer Betten pro 1.000 Einwohner) in den bayerischen Landkreisen und kreisfreien Städten der Euregio Egrensis

Landkreis / kreisfreie Stadt	Anzahl Kliniken	Betten*	Einwohner**	Betten pro 1.000 Einwohner***
LK Amberg-Sulzbach	2	210	105.727	1,99
Stadt Amberg	1	560	43.715	12,81
LK Bayreuth	1	125	106.488	1,17
Stadt Bayreuth	3	1.296	72.576	17,86
LK Hof	3	502	101.252	4,96
Stadt Hof	1	473	46.779	10,11
LK Kronach	1	282	70.941	3,98
LK Kulmbach	3	495	74.967	6,6
LK Neustadt	4	390	97.791	3,99
LK Schwandorf	5	597	142.979	4,18
LK Tirschenreuth	3	310	75.337	4,11
Stadt Weiden	1	575	42.058	13,67
LK Wunsiedel	2	420	77.486	5,42
Euregio Egrensis bayerischer Teil	30	6.235	1.058.096	5,89

* Quelle: Krankenhausplan Bayern 2011

** Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (Stand: 21. Dezember 2009)

*** Eigene Berechnungen

Die kreisfreien Städte Amberg, Bayreuth, Hof und Weiden weisen mit jeweils über 10 Betten pro 1.000 Einwohner die höchste Versorgungsdichte auf. Die Landkreise Amberg-Sulzbach und Bayreuth hingegen verfügen pro Einwohner mit Abstand über die geringsten Kapazitäten. Jeder dieser Landkreise liegt für sich allein betrachtet deutlich unter dem bayerischen Durchschnittswert von 5,89²⁸³ Betten pro 1.000 Einwohner. Bei

²⁸³ Eigene Berechnungen, Datenquelle Bettenzahlen Bayern: Krankenhausplan Bayern 2011 (Stichtag 1. Januar 2011), Datenquelle Einwohnerzahl: Statistisches Landesamt Bayern (Stichtag: 31. Dezember 2010)

den Kliniken in Amberg und Bayreuth handelt es sich jedoch um Kliniken der Versorgungsstufe II bzw. III. Sie erfüllen überörtliche Schwerpunktaufgaben und haben daher einen größeren Einzugsbereich als Kliniken der Grundversorgung. Die beiden Kliniken verfügen über ein differenziertes Leistungsspektrum, sowohl für die Bürger der kreisfreien Städte, als auch die Bürger der umgebenden Landkreise. Fasst man für die Darstellung der Versorgungssituation die kreisfreien Städte mit den sie umgebenden Landkreisen zusammen, ergibt sich ein anderes Bild. Die kreisfreie Stadt Amberg und der die Stadt umgebende Landkreis Amberg-Sulzbach bringen es gemeinsam auf eine Versorgungsdichte von 5,15 Betten pro 1.000 Einwohner. Die Versorgungsdichte im Gebiet von Stadt und Landkreis Bayreuth liegt bei 7,94.

Tabelle 6 zeigt die Versorgungsdichte in den tschechischen Kreisen der Euregio Egrensis.

Tabelle 6: Versorgungsdichte im stationären Sektor (Anzahl akutstationärer Betten pro 1.000 Einwohner) in den tschechischen Kreisen der Euregio Egrensis

Kreis	Anzahl Kliniken	Betten*	Einwohner**	Betten pro 1.000 Einwohner***
Eger (Cheb)	2	365	95.312	3,83
Karlsbad (Karlovy Vary)	2	783	119.138	6,57
Falkenau (Sokolov)	1	294	92.732	3,17
Tachau (Tachov)	-	-	53.336	-
Euregio Egrensis tschechischer Teil	5	1.442	360.518	4,00

* Quelle: Auskunft der Kliniken

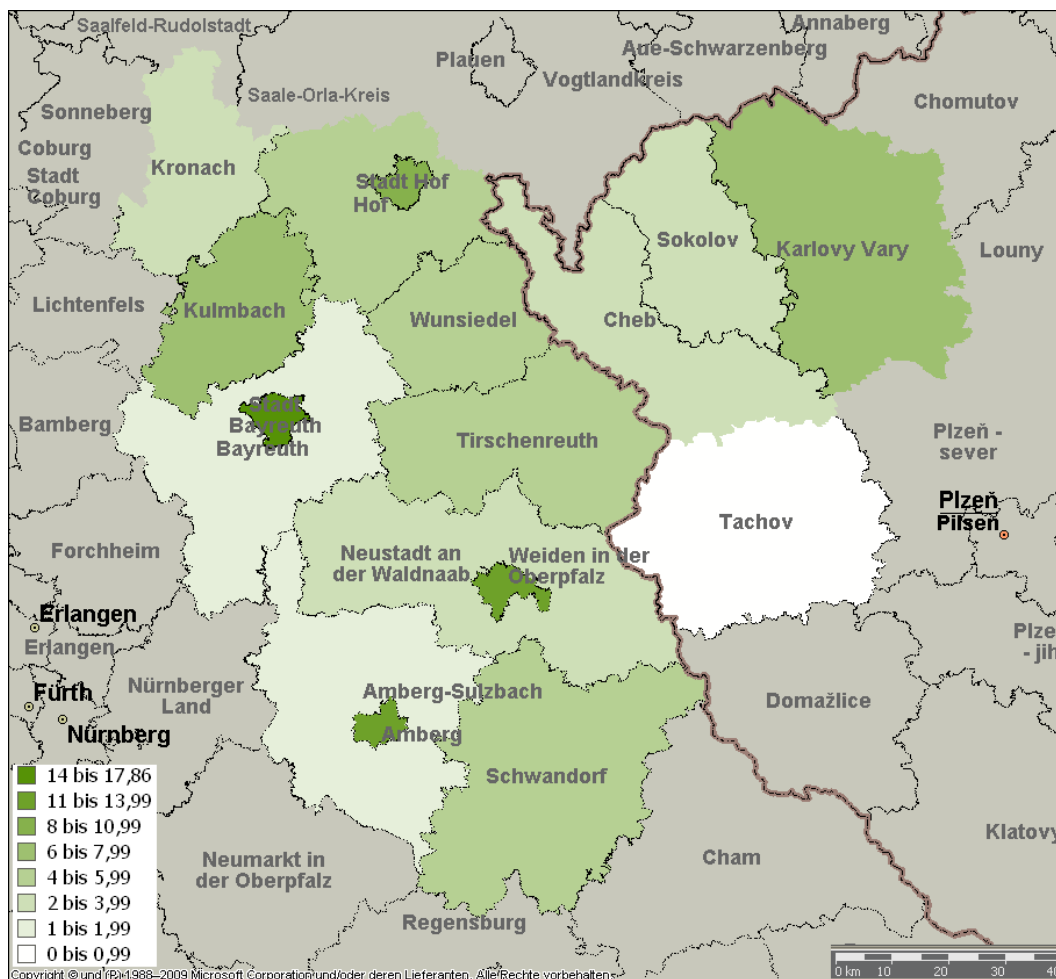
** Quelle: Tschechisches Statistikamt (Stichtag: 31. März 2011)

*** Eigene Berechnungen

Mit 4 Betten pro 1.000 Einwohner liegt die Versorgungsdichte unter dem bayerischen Vergleichswert von 5,89. Im Kreis Tachau gibt es kein Krankenhaus. Die höchste Versorgungsdichte weist mit 6,57 Betten pro 1.000 Einwohner der Kreis Karlsbad auf.

Abbildung 7 zeigt die Versorgungsdichte im bayerisch-tschechischen Grenzgebiet der Euregio nochmals graphisch.

Abbildung 7: Versorgungsdichte im stationären Sektor (Anzahl akutstationärer Betten pro 1.000 Einwohner) in der Euregio Egrensis



Folgende Tabellen liefern einen Überblick über die an den einzelnen Kliniken vorhandenen medizinisch-technischen Großgeräte.

Bei der Aufstellung aller medizinisch-technischen Großgeräte waren die Gutachter auf die Unterstützung der Kliniken angewiesen. Eine erste Anfrage an die Kliniken mit der Bitte um Listung aller vorhandenen medizinisch-technischen Großgeräte erfolgte am 3. März 2011.²⁸⁴ Trotz mehrfacher zusätzlicher Anfragen (telefonisch und per Mail) an die Verantwortlichen in den Kliniken, erhielten die Gutachter nicht von allen Krankenhäusern die notwendigen Informationen. Eine Erfassung der Großgeräte dieser Einrichtungen war folglich nicht möglich, die Kliniken wurden mit „k.A.“ („keine Angabe“) in der Tabelle gelistet. Drei Krankenhäuser erklärten deutlich, dass an einer Kooperation kein Interesse bestehe (Sana Klinik Pegnitz, Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Krankenhaus Karlsbad). Diese Einrichtungen sind im Folgenden mit „kein Interesse an einer Zusammenarbeit, daher keine Angabe“ gekennzeichnet.

Gelistet wurden je Krankenhaus nur die Geräte, die sich im Eigentum der betreffenden Klinik befinden. So sind im Folgenden einzelne Kliniken mit „keine Großgeräte vorhan-

²⁸⁴ Die Anfrage mit der Bitte um Listung aller medizinisch-technischen Großgeräte erfolgte ohne die Vorgabe einer konkreten Definition des Terminus „medizinisch-technisches Großgerät“. Die Tabellen geben exakt die Antworten der Kliniken wieder.

den“ gekennzeichnet, obwohl dort entsprechende Untersuchungen durchgeführt werden können - allerdings mit klinikfremden Großgeräten.

Dies ist beispielsweise in Marktredwitz und Kulmbach der Fall. Am Klinikum Marktredwitz gibt es einen Herzkathetermessplatz (Typ: Artis zee ceiling / Hersteller: Siemens AG / Baujahr 2011), der vom Klinikum Bayreuth betrieben wird. Die Untersuchungen erfolgen durch den Chefarzt der Klinik für Kardiologie der Klinikum Bayreuth GmbH Prof. Dr. Martin Höher, die Vor- und Nachbetreuung durch Personal des Klinikums Marktredwitz. Der Herzkathetermessplatz steht derzeit ausschließlich den stationär untergebrachten Patienten des Klinikums Marktredwitz zur Verfügung.²⁸⁵

Die Klinikum Bayreuth GmbH betreibt am Klinikum Kulmbach ein MVZ für Strahlentherapie und versorgt dort neben ambulanten Patienten auch Patienten, die im Klinikum stationär untergebracht sind. Im MVZ wird ein Linearbeschleuniger betrieben (Typ: Synergie S / Hersteller: Elektra / Baujahr 2010).²⁸⁶

Auch die Kliniken Nordoberpfalz AG hat eine bestehende Kooperation mit dem Radiologischen nuklearmedizinischen Zentrum Weiden (RNZ Weiden). Sowohl im Klinikum Weiden, als auch in den Krankenhäusern Tirschenreuth, Waldsassen, Eschenbach und Kemnath befinden sich Großgeräte des RNZ.²⁸⁷ Die Großgeräte sind Eigentum des RNZ, die Untersuchungen werden durch klinikeigenes Personal durchgeführt, die Diagnose und die Erstellung von Gutachten usw. erfolgt allerdings wiederum durch das RNZ Weiden.²⁸⁸

Das RNZ Weiden kooperiert nicht nur mit der Kliniken Nordoberpfalz AG. Auch an der Asklepios Klinik in Oberviechtach ist ein CT (Computertomograph / Typ: Somatom Emotion 6 / Hersteller: Siemens AG) des RNZ stationiert.

Tabelle 7: Medizinisch-technische Großgeräte im bayerischen Teil der Euregio Egrensis

Landkreis / kreisfreie Stadt	Geräteart	Gerätetyp	Hersteller	Baujahr
LK Amberg-Sulzbach				
St. Johannes Klinik (Auerbach) / St. Anna Krankenhaus (Sulzbach-Rosenberg)*	Computertomograph	Aquilion 16	Toshiba	2004
	diverse Röntgengeräte	k.A.	Siemens / Ciehm	k.A.
	diverse Ultraschallgeräte	k.A.	Siemens / Toshiba / GE	k.A.
Stadt Amberg				
Klinikum St. Marien	k.A.			
LK Bayreuth				
Sana Klinik Pegnitz	kein Interesse an einer Zusammenarbeit, daher keine Angabe			
Stadt Bayreuth				
Bezirkskrankenhaus Bayreuth	kein Interesse an einer Zusammenarbeit, daher keine Angabe			

* keine Angabe, welche Geräte an welchem Krankenhaus vorgehalten werden

²⁸⁵ Informationen zur Kooperation zwischen dem Klinikum Bayreuth und dem Krankenhaus Marktredwitz laut Maren Schulz (Administrative Leitung Klinikum Bayreuth GmbH) am 26. Juli 2011

²⁸⁶ Informationen zur Kooperation zwischen dem Klinikum Bayreuth und dem Klinikum Kulmbach laut Maren Schulz (Administrative Leitung Klinikum Bayreuth) am 26. Juli 2011

²⁸⁷ Vgl. http://www.vrnz.de/vrnz/vrnz-mitglieder/14_rnz-weiden.php (Zugriff am 31. August 2011)

²⁸⁸ Informationen laut Christian Schneider (Projektmanagement Kliniken Nordoberpfalz AG) am 26. Juli 2011

Landkreis / kreisfreie Stadt	Geräteart	Gerätetyp	Hersteller	Baujahr
Klinikum Bayreuth	Computertomograph	Somatom Emotion	Siemens AG	2004
	Computertomograph	Brilliance iCT 256	Philips GmbH	2008
	Computertomograph (PET/CT)	Gemini Dual	Philips GmbH	2003
	Computertomograph	Brilliance 16	Philips GmbH	2009
	Herzkathetermessplatz 2-Ebenen	Polydoros IS CF	Siemens AG	1997
	Herzkathetermessplatz 1-Ebenen	Axiom Artis dTC	Siemens AG	2005
	Herzkathetermessplatz 1-Ebenen	Artis zee ceiling	Siemens AG	2011
	Linearbeschleuniger	Synergie S	Elekta Onkologische Systeme	2009
	Linearbeschleuniger	Synergie S	Elekta Onkologische Systeme	2009
	Röntgenanlage	POLYSTAR TOP	Siemens AG	1997
	Röntgenanlage	Polydoros LX50 LIT	Siemens AG	1998
	Röntgenanlage (Kieferaufnahmeggerät)	Orthopantomograph 10E	Siemens AG	1984
	Röntgenanlage	POLYSTAR TOP	Siemens AG	1997
	Röntgenanlage	SIREGRAPH CF	Siemens AG	1997
	Röntgenanlage	Axiom Vertex MD Trauma	Siemens AG	2006
	Röntgenanlage	Multix TOP ACSS	Siemens AG	2009
	Röntgenanlage	Axiom Aristos VX Plus	Siemens AG	2009
	Röntgenanlage (Mammographieanlage)	Mammomat Inspiration	Siemens AG	2010
	Röntgenanlage	Mammotest Plus/S	Fischer Imaging Europe S.A.	2002
	Klinikum Hohe Warte	Computertomograph	Brilliance 16	Philips GmbH
Kernspintomograph		MAGNETOM	Siemens AG	1993
Röntgenanlage		Uroskop D3	Siemens AG	1999
Röntgenanlage (Angiographieanlage)		Integris Allura	Philips GmbH	2001
Röntgenanlage		SIREGRAPH D3	Siemens AG	1997
Röntgenanlage		Multix TOP ACSS	Siemens AG	2008
LK Hof				
Klinik Münchberg	k.A.			
Klinik Naila	k.A.			
Bezirksklinik Rehau	k.A.			
Stadt Hof				
Sana Klinikum Hof	k.A.			
LK Kronach				
Frankenwaldklinik Kronach	k.A.			
LK Kulmbach				
Klinikum Kulmbach	k.A.			
Privatklinik Wirsberg	keine Großgeräte vorhanden			
Fachklinik Stadtsteinach	k.A.			

Landkreis / kreisfreie Stadt	Geräteart	Gerätetyp	Hersteller	Baujahr
LK Neustadt				
Krankenhaus Neustadt a. d. Waldnaab	keine Großgeräte vorhanden			
Bezirkskrankenhaus Wöllershof (Störnstein)	keine Großgeräte vorhanden			
Krankenhaus Eschenbach	keine Großgeräte vorhanden			
Krankenhaus Vohenstrauß	keine Großgeräte vorhanden			
LK Schwandorf				
Asklepios Klinik Burglengenfeld	Computertomograph	Somatom Emotion 6	Siemens AG	2002
Asklepios Klinik Nabburg	Herzkathetermessplatz	Innova 2100-IQ	GE Healthcare	2011
Asklepios Klinik Oberviechtach	keine Großgeräte vorhanden			
Asklepios Orthopädische Klinik Lindenlohe (Schwandorf)	Navigationssystem	VectorVision Sky	BrainLAB	2008
	Kernspintomograph	Magnetom Espree	Siemens AG	2008
St. Barbara Krankenhaus (Schwandorf)	k.A.			
LK Tirschenreuth				
Krankenhaus Kemnath	keine Großgeräte vorhanden			
Krankenhaus Tirschenreuth	keine Großgeräte vorhanden			
Krankenhaus Waldsassen	keine Großgeräte vorhanden			
Stadt Weiden				
Klinikum Weiden	Computertomograph	Somatom Sensation 64 / Cardiac 64	Siemens AG	2006
	Computertomograph	Somatom Sensation Open	Siemens AG	2008
	Computertomograph (PET-CT)	Gemini TF	Philips GmbH	2009
	Kernspintomograph	Magnetom Avanto	Siemens AG	2008
	Linearbeschleuniger	Synergy	Elekta GmbH	2009
	Linearbeschleuniger	Synergy	Elekta GmbH	2010
LK Wunsiedel				
Klinikum Fichtelgebirge Marktredwitz	Computertomograph	k.A.	k.A.	k.A.
	(Ganzkörper-) Nierenlithotripter	k.A.	k.A.	k.A.
	Digital-Subtraktions-Angiographiegeräte	k.A.	k.A.	k.A.
	Dopplersonographiegerät	k.A.	k.A.	k.A.
Klinikum Fichtelgebirge Selb	Computertomograph	k.A.	k.A.	k.A.

Quelle: Auskunft der Kliniken

Tabelle 8: Medizinisch-technische Großgeräte im tschechischen Teil der Euregio Egrensis

Bezirk / Kreis	Geräteart	Gerätetyp	Hersteller	Baujahr
Bezirk Karlsbad (Karlovarský kraj)				
Kreis Eger (Cheb)				
Krankenhaus Eger (Nemocnice Cheb)	Linearbeschleuniger	Primus	Siemens	2003
	Computertomograph	Emotion Duo	Siemens	2003
Krankenhaus Marienbad (Nemocnice Mariánské Lázně)	Computertomograph	Brightspeed 16	GE	2010
	Ultraschallgerät	SSD 4000dle	Aloka	2005
	Röntgenanlage	Duodiagnost classic	Philips	2002
Kreis Karlsbad (Karlovy Vary)				
Krankenhaus Karlsbad (Karlovarská krajská nemocnice)	kein Interesse an einer Zusammenarbeit, daher keine Angabe			
Krankenhaus Ostrov (Nemocnice Ostrov, NEMOS PLUS s.r.o.)	Computertomograph	Aquilion 16 (TSX-101A)	Toshiba	2008
	Röntgenanlage	Q-RAD CS-2	Quantum	2008
Kreis Falkenau (Sokolov)				
Krankenhaus Falkenau (Nemocnice Sokolov)	Computertomograph	Somatom Emotion 16	Siemens	2008
	Kernspintomograph	Magnetom Concerto	Siemens	2003/ 2004
	Röntgenanlage	Multix Top	Siemens	1999
	Röntgenanlage (Mammographieanlage)	Mammograph Planmed Sophie Classic	AURA medical	2005
	Röntgenanlage (Angiographieanlage)	Polystar TOP	Siemens	1999

Quelle: Auskunft der Kliniken

4 Berufsrechtliche Voraussetzungen einer ärztlichen Tätigkeit im Nachbarland

Für die grenzüberschreitende Kooperation von Krankenhäusern ist es von besonderer Bedeutung, dass die Ausbildung der in Deutschland und der Tschechischen Republik tätigen Ärzte auch die im Nachbarland vorgesehenen Mindestanforderungen erfüllt und somit eine Anerkennung der erbrachten Ausbildungsnachweise erfolgen muss.

Hierbei sind die nationalen Rechtsgrundlagen sowie die *Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen* relevant. Die Richtlinie 2005/36/EG gilt für alle Staatsbürger von EU-Mitgliedstaaten sowie für Staatsbürger von EWR-Vertragsstaaten²⁸⁹ (nachfolgend vereinfachend als Mitgliedstaaten bezeichnet), die als Selbstständige oder abhängig Beschäftigte einen reglementierten Beruf in einem anderen Mitgliedstaat ausüben wollen als dem, in dem sie ihre Berufsqualifikation erworben haben.²⁹⁰ Sie legt Vorschriften fest, nach denen Mitgliedstaaten Berufsqualifikationen in reglementierten Berufen aus anderen Mitgliedstaaten anerkennen müssen. Dem Inhaber wird so ermöglicht, seinen Beruf auch im Hoheitsgebiet des Nachbarlandes auszuüben.

Ein Beruf gilt entsprechend der Richtlinie als reglementiert, wenn die Aufnahme oder Ausübung des Berufes durch Rechts- oder Verwaltungsvorschriften an das Vorhandensein bestimmter Qualifikationen gebunden ist.²⁹¹ Die Staaten hatten die Vorgaben der Richtlinie bis zum 20. Oktober 2007 durch entsprechende Rechts- und Verwaltungsvorschriften umzusetzen.²⁹²

Die Richtlinie 2005/36/EG enthält Regelungen zur automatischen Anerkennung der Qualifikation bestimmter Berufsgruppen im Rahmen der Niederlassungsfreiheit (Ärzte, Krankenschwestern und Krankenpfleger für allgemeine Pflege, Zahnärzte, Tierärzte, Hebammen, Apotheker, Architekten). Grundlage der automatischen Anerkennung ist die Koordinierung der Mindestanforderungen an die Ausbildung. Die Richtlinie legt die Mindestanforderungen an die ärztliche Grundausbildung, die fachärztliche Weiterbildung und die besondere Ausbildung in der Allgemeinmedizin für ihren Geltungsbereich einheitlich fest.²⁹³ Welche von den Mitgliedstaaten ausgestellten Ausbildungsnachweise diesen Mindestvoraussetzungen genügen, lässt sich Anhang V (Nr. 5.1.1 für die ärztliche Grundausbildung, Nr. 5.1.2. und Nr. 5.1.3. für die fachärztliche Weiterbildung, Nr. 5.1.4. für die besondere Ausbildung in der Allgemeinmedizin) entnehmen.

Verfügt ein Staatsbürger eines Mitgliedstaats über einen Ausbildungsnachweis,

- der von einem anderen Mitgliedstaat ausgestellt wurde und in Anhang V Nr. 5.1.1., 5.1.2. oder 5.1.4. gelistet ist, so muss dieser Ausbildungsnachweis von jedem Mitgliedstaat anerkannt werden und dem Inhaber die Aufnahme der

²⁸⁹ Zusätzlich zu den EU-Mitgliedstaaten sind das Liechtenstein, Norwegen und Island.

²⁹⁰ Vgl. Art. 2 Abs. 1 RL 2005/36/EG

²⁹¹ Vgl. Art. 3 Abs. 1 Buchstabe a RL 2005/36/EG

²⁹² Vgl. Art. 63 S. 1 RL 2005/36/EG

²⁹³ Vgl. Art. 24, 25 und 28 RL 2005/36/EG

entsprechenden beruflichen Tätigkeit als Arzt mit Grundausbildung, als Facharzt bzw. als Allgemeinarzt gestattet werden.²⁹⁴

- der von einem anderen Mitgliedstaat ausgestellt wurde, der die Aufnahme des Berufes als Arzt mit Grundausbildung oder Facharzt gestattet, jedoch nicht allen Anforderungen der Artikel 24 und 25 RL 2005/36/EG genügt, dann muss jeder Mitgliedstaat diesen Ausbildungsnachweis anerkennen, sofern er den Abschluss einer Ausbildung belegt, die vor den in Anhang V Nr. 5.1.1. oder 5.1.2. gelisteten Stichtagen begonnen wurde.²⁹⁵ Die Anerkennung dieser Ausbildungsnachweise muss nur erfolgen, wenn eine Bescheinigung beigefügt ist, dass der Inhaber die Tätigkeit innerhalb der letzten fünf Jahre vor Ausstellung der Bescheinigung mindestens drei Jahre ununterbrochen ausgeübt hat.²⁹⁶
- der von einem anderen Mitgliedstaat ausgestellt wurde, den in Anhang V Nr. 5.1.1., 5.1.2., 5.1.3. oder 5.1.4. aufgeführten Bezeichnungen aber nicht entspricht, dann muss die Anerkennung der Berufsqualifikation ebenfalls erfolgen, sofern eine Bescheinigung vorliegt, die nachweist, dass der Ausbildungsnachweis den Abschluss einer Ausbildung bescheinigt, die den Anforderungen nach den Artikeln 24 (ärztliche Grundausbildung), 25 (Fachärztliche Weiterbildung) und 28 (Besondere Ausbildung in der Allgemeinmedizin) der Richtlinie genügt.²⁹⁷

Artikel 53 RL 2005/36/EG weist ausdrücklich darauf hin, dass Antragsteller für die Anerkennung ihrer Berufsqualifikation zwingend über Sprachkenntnisse verfügen müssen, die für die Ausübung der Berufstätigkeit im Aufnahmemitgliedstaat erforderlich sind.

4.1 Anerkennung ausländischer ärztlicher Qualifikationen in Deutschland

Wer in Deutschland dauerhaft als Arzt tätig werden möchte, bedarf zusätzlich zum Nachweis der erfolgten Ausbildung der Approbation.²⁹⁸ Eine vorübergehende oder auf bestimmte Tätigkeiten beschränkte Ausübung des ärztlichen Berufes ist in Deutschland auch aufgrund einer Erlaubnis möglich.²⁹⁹ Diese Erlaubnis wird jedoch Staatsangehörigen von Mitgliedstaaten, die ihre ärztliche Ausbildung in einem anderen Mitgliedstaat abgeschlossen haben, nicht erteilt, weshalb auf die Berufserlaubnis im Folgenden nicht näher eingegangen wird.³⁰⁰ Ärzte, die Staatsbürger eines anderen Mitgliedstaates sind, dürfen den ärztlichen Beruf in Deutschland ohne Approbation oder Berufserlaubnis ausüben, sofern sie nur vorübergehend und gelegentlich als Erbringer von Dienstleistungen im Sinne des Art. 50 EG-Vertrag tätig werden.³⁰¹

²⁹⁴ Vgl. Art. 21 Abs. 1 Unterabsatz 1 und Art. 21 Abs. 2 Unterabsatz 1 RL 2005/36/EG

²⁹⁵ Vgl. Art. 23 Abs. 1 RL 2005/36/EG

²⁹⁶ Vgl. Art. 23 Abs. 1 RL 2005/36/EG

²⁹⁷ Vgl. Art. 23 Abs. 6 RL 2005/36/EG

²⁹⁸ Vgl. § 2 Abs. 1 und 2 *Bundesärzteordnung – BÄO* (Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) geändert worden ist.

²⁹⁹ Vgl. § 2 Abs. 2 BÄO

³⁰⁰ Vgl. § 10 Abs. 1 S. 2 BÄO

³⁰¹ Vgl. § 2 Abs. 3 BÄO

Wer dagegen den ärztlichen Beruf in Deutschland dauerhaft ausüben will, bedarf der Approbation als Arzt.³⁰² Die Approbation ist nicht nur deutschen Staatsbürgern, sondern unter anderem auch Staatsbürgern von Mitgliedstaaten zu erteilen, sofern sie

- in gesundheitlicher Hinsicht zur Berufsausübung geeignet sind,
- sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht haben, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufes ergibt,
- über die zur Berufsausübung notwendigen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen und
- die ärztliche Ausbildung in Deutschland erfolgreich absolviert haben.³⁰³

Alle ärztlichen Ausbildungsnachweise aus anderen Mitgliedstaaten, die im Anhang der BÄO gelistet sind und nach den jeweils genannten Stichtagen ausgestellt wurden, werden gemäß § 3 Abs. 1 Sätze 2 und 3 BÄO dem in Deutschland erworbenen *Zeugnis über die ärztliche Prüfung* gleichgestellt.³⁰⁴ Verfügt ein Staatsbürger eines Mitgliedstaats über ein *Diplom zum Studienabschluss im Studienprogramm Allgemeinmedizin (Diplom o ukončení studia ve studijním programu všeobecné lékařství - doktor medicíny, MUDr.)*, das von der Medizinischen Fakultät einer Universität in der Tschechischen Republik ausgestellt wurde, steht der Erteilung einer Approbation nichts im Wege, sofern er auch die übrigen genannten Voraussetzungen erfüllt.

Diesen ärztlichen Ausbildungsnachweisen sind gemäß § 3 Abs. 1 S. 4 BÄO Ausbildungsnachweise gleichzustellen, die von anderen Mitgliedstaaten nach den im Anhang genannten Stichtagen ausgestellt wurden und die den im Anhang genannten Bezeichnungen nicht entsprechen. Voraussetzung ist, dass eine Bescheinigung der zuständigen Behörde des Ausbildungsstaates vorgelegt werden kann, dass die abgeschlossene Ausbildung den Mindestanforderungen des Art. 24 RL 2005/36/EG genügt und dass sie der im Anhang der BÄO gelisteten Ausbildung gleichstellt ist.

§ 14b Abs. 1 S. 1 BÄO bestimmt des Weiteren, dass Staatsbürgern von Mitgliedstaaten auch Ausbildungsnachweise anerkannt werden, die von anderen Mitgliedstaaten vor den im Anhang zur BÄO genannten Stichtagen ausgestellt wurden. Genügt diese ärztliche Ausbildung nicht den Anforderungen des Artikels 24 der Richtlinie 2005/36/EG, dann kann die zuständige Behörde vom Antragsteller eine Bescheinigung dessen Herkunftsmitgliedstaats verlangen, die belegt, dass der Antragsteller während der letzten fünf Jahre vor Antragstellung mindestens drei Jahre ununterbrochen tatsächlich und rechtmäßig den ärztlichen Beruf ausgeübt hat.³⁰⁵

Bei Staatsangehörigen von Mitgliedstaaten, deren Ausbildungsnachweis von der früheren Tschechoslowakei ausgestellt wurde und der die ärztliche Berufsausübung gestattet oder aus dem hervorgeht, dass die Ausbildung in der Tschechischen Republik vor dem 1. Januar 1993 aufgenommen wurde, ist die Approbation gemäß § 14b Abs. 1 S. 3 BÄO ebenfalls zu erteilen, wenn die Behörden der Tschechischen Republik bescheinigen, dass der Ausbildungsnachweis bezüglich der Aufnahme und Ausübung des ärztlichen

³⁰² Vgl. § 2 Abs. 1 BÄO

³⁰³ Vgl. § 3 Abs. 1 S. 1 BÄO

³⁰⁴ Vgl. § 3 Abs. 1 Sätze 2 und 3 BÄO

³⁰⁵ Vgl. § 14b Abs. 1 S. 2 BÄO

Berufes die gleiche Rechtsgültigkeit besitzt, wie die von ihnen ausgestellten Ausbildungsnachweise. Darüber hinaus muss von den zuständigen Behörden der Tschechischen Republik eine Bescheinigung darüber vorgelegt werden, dass die betreffende Person in den fünf Jahren vor Ausstellen der Bescheinigung den ärztlichen Beruf in der Tschechischen Republik mindestens drei Jahre ununterbrochen tatsächlich und rechtmäßig ausgeübt hat.³⁰⁶

Staatsangehörige aus Mitgliedstaaten, die in einem anderen Mitgliedstaat zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind, dürfen den ärztlichen Beruf in Deutschland vorübergehend und gelegentlich ausüben, sofern sie im anderen Mitgliedstaat aufgrund eines der folgenden Ausbildungsnachweise zur Berufsausübung berechtigt sind:³⁰⁷

- Ausbildungsnachweis, der den Abschluss einer ärztlichen Ausbildung nach deutschen Rechtsvorschriften bescheinigt
- Ausbildungsnachweis, der als Anhang zu § 3 Abs. 1 S. 2 in der BÄO gelistet ist und nach den genannten Zeitpunkten ausgestellt wurde
- Ausbildungsnachweis, der den in der Anlage zu § 3 Abs. 1 S. 2 BÄO für den betreffenden Staat gelisteten Bezeichnung nicht entspricht, aber vom betreffenden Land nach dem genannten Zeitpunkt ausgestellt wurde. In diesem Fall muss eine Bescheinigung der zuständigen Behörde des Staates beigelegt werden, die bestätigt, dass der Ausbildungsnachweis den Abschluss einer Ausbildung belegt, die den Anforderungen des Art. 24 der Richtlinie 2005/36/EG genügt und dass der Ausbildungsnachweis dem in der Anlage zu § 3 Abs. 1 S. 2 BÄO für den betreffenden Staat gelisteten Nachweis gleichgestellt ist
- Ausbildungsnachweis, der von einem anderen Mitgliedstaaten vor den im Anhang zur BÄO genannten Stichtagen ausgestellt wurden. Genügt diese ärztliche Ausbildung nicht den Anforderungen des Artikels 24 der Richtlinie 2005/36/EG, dann kann die zuständige Behörde vom Antragsteller eine Bescheinigung dessen Herkunftsmitgliedstaats verlangen, die belegt, dass der Antragsteller während der letzten fünf Jahre vor Antragstellung mindestens drei Jahre ununterbrochen tatsächlich und rechtmäßig den ärztlichen Beruf ausgeübt hat.

Vor der erstmaligen Dienstleistungserbringung muss der Dienstleistungserbringer den zuständigen Behörden in Deutschland schriftlich Meldung erstatten.³⁰⁸ Die Meldung ist einmal jährlich zu erneuern.³⁰⁹ Bei der erstmaligen Meldung sind folgende Dokumente einzureichen:

- ein Nachweis über die Staatsangehörigkeit,
- ein Berufsqualifikationsnachweis und
- eine Bescheinigung, dass der Dienstleistungserbringer in einem Mitgliedstaat rechtmäßig als Arzt niedergelassen ist und ihm die Ausübung des ärztlichen Berufs zum Zeitpunkt der Meldung nicht untersagt ist.³¹⁰

³⁰⁶ Vgl. § 14b Abs. 1 S. 3 BÄO

³⁰⁷ Vgl. § 10b Abs. 1 S. 1 BÄO

³⁰⁸ Vgl. § 10b Abs. 2 S. 1 BÄO

³⁰⁹ Vgl. § 10b Abs. 2 S. 2 BÄO

³¹⁰ Vgl. § 10b Abs. 2 S. 3 BÄO

Der Dienstleistungserbringer muss zudem über die zur Berufsausübung notwendigen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen.³¹¹

4.2 Anerkennung ausländischer ärztlicher Qualifikationen in der Tschechischen Republik

Entsprechend den bisherigen Ausführungen gibt es für Staatsbürger aus Mitgliedstaaten, die ihre ärztliche Ausbildung nicht in der Tschechischen Republik, sondern in einem anderen Mitgliedstaat absolviert haben, zwei Möglichkeiten, den ärztlichen Beruf in der Tschechischen Republik auszuüben: Zum einen die dauerhafte Berufsausübung, zum anderen die vorübergehende und gelegentliche Berufsausübung im Rahmen der Dienstleistungsfreiheit.³¹²

Die Anerkennung der Ausbildung von Ärzten aus anderen Mitgliedstaaten wird in der Tschechischen Republik durch das *Gesetz Nr. 95/2004 über medizinische Berufe des Arztes, Zahnarztes und Pharmazeuten (Zákon č. 95/2004 Sb. o zdravotnických povoláních lékařů, zubního lékaře a farmaceutů)*³¹³ geregelt. Das Gesetz unterscheidet zwischen *gastierenden (hostující osoba)* und *niedergelassenen Personen (usazená osoba)*.³¹⁴

Wer den Beruf des Arztes in der Tschechischen Republik dauerhaft ausüben möchte, muss beim Gesundheitsministerium einen Antrag auf Anerkennung der Berufsqualifikation stellen.³¹⁵ Seit 1. Januar 2011 nimmt das Gesundheitsministerium die Anträge zur Anerkennung von Berufsqualifikationen elektronisch im *System zur Erfassung medizinischer Berufsträger (Evidence zdravotnických pracovníků, EZP)* entgegen. Der Antragsteller füllt ein elektronisches Antragsformular³¹⁶ aus und speichert es. Gleichzeitig wird eine ausgedruckte Version des Antrags per Post ans Gesundheitsministerium geschickt. Langfristig soll dieser Schritt entfallen und Anträge werden nur mit digitaler Unterschrift versehen elektronisch ans Gesundheitsministerium gesendet. Dadurch soll die Bearbeitung der Anträge maßgeblich vereinfacht und beschleunigt werden.

Das Ministerium erkennt Ausbildungsnachweise, die von anderen Mitgliedsstaaten ausgestellt wurden, automatisch an, wenn sie im Dokumentenverzeichnis des Ministeriums geführt werden.³¹⁷ Dieses Verzeichnis der Ausbildungsnachweise entstand im Einklang mit Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG.³¹⁸ Automatisch anerkannt werden demnach

- das Zeugnis über die Ärztliche Prüfung,

³¹¹ Vgl. § 10b Abs. 2 S. 5 BÄO

³¹² Vgl. Artikel 56 AEUV (*Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union*), vormals Artikel 49 EGV (*Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft*)

³¹³ Zuletzt aktualisiert durch Ges. Nr. 227/2009

³¹⁴ Vgl. § 25 Abs.1 Gesetz Nr. 95/2004

³¹⁵ Vgl. § 25 Abs.3 Gesetz Nr. 95/2004 und telefonische Auskunft von Mgr. Petra Průchová, (Gesundheitsministerium der Tschechischen Republik, Referat für Bildung und Wissenschaft) am 10. Dezember 2010

³¹⁶ <https://ezp.mzcr.cz/Request/Create?type=SL32UZNANIZPUSOBULOSTI28&lang=en> (Zugriff am 2. September 2011)

³¹⁷ Vgl. § 28a Absätze 1 und 2 Gesetz Nr. 95/2004

³¹⁸ Vgl. Richtlinie 2005/36/EG, Anhang V, Punkt V.1. Ausbildungsnachweise für die ärztliche Grundausbildung

- das Zeugnis über die Ärztliche Staatsprüfung und das Zeugnis über die Vorbereitungszeit als Medizinalassistent, soweit diese nach den deutschen Rechtsvorschriften noch für den Abschluss der ärztlichen Ausbildung vorgesehen war,
- die Fachärztliche Anerkennung durch die Landesärztekammer und
- das Zeugnis über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin.

Anerkannt werden ebenfalls ärztliche Ausbildungsnachweise, die von Mitgliedstaaten ausgestellt wurden und nicht im oben genannten Verzeichnis gelistet sind, wenn der Antragsteller einen Nachweis erbringt, dass er die Mindestanforderungen an die Fachausbildung nach Vorgabe der Richtlinie 2005/36/EG erfüllt und dass der Ausbildungsnachweis im betreffenden Mitgliedstaat den im Dokumentenverzeichnis gelisteten Nachweisen gleichgestellt ist.³¹⁹

Wurde ein Ausbildungsnachweis zu einem Zeitpunkt ausgestellt, in dem der Mitgliedstaat zu einem anderen Hoheitsgebiet gehört hat, muss die Gleichwertigkeit mit der nationalen Qualifikation bescheinigt werden.³²⁰ Diese Bescheinigung wird bei Dokumenten, die in der ehemaligen DDR ausgestellt wurden, nicht verlangt.³²¹

Genügt ein Ausbildungsnachweis, der von einem anderen Mitgliedstaat ausgestellt wurde, nicht den Anforderungen der Richtlinie 2005/36/EG, dann kann vom Antragsteller eine Bescheinigung des ausstellenden Staates verlangt werden, die belegt, dass der Antragsteller während der letzten fünf Jahre vor Antragstellung mindestens drei Jahre ununterbrochen tatsächlich und rechtmäßig den ärztlichen Beruf ausgeübt hat.³²² Von Fachärzten der Allgemeinmedizin wird diese Praxisbescheinigung nicht verlangt.³²³

Insbesondere bei Ärzten, deren Spezialisierung nicht in der Richtlinie 2005/36/EG aufgeführt ist, kann bei der Anerkennung ihrer Qualifikation *Gesetz Nr. 18/2004 über die Anerkennung von Fachqualifikation (Zákon č. 18/2004 Sb.o uznávání odborné kvalifikace)*³²⁴ angewendet werden.³²⁵ Danach werden Ausbildungsnachweise geprüft und Ausbildungs- sowie Praxisinhalte mit den Anforderungen an die Fachausbildung in Tschechien verglichen. Bei wesentlichen Unterschieden können Ausgleichsmaßnahmen - ein Anpassungslehrgang oder eine Eignungsprüfung - verlangt werden.³²⁶

Die Antragsteller müssen darüber hinaus einen Auszug aus dem Strafregister³²⁷ vorlegen und ihre Eignung zur Berufsausübung aus gesundheitlicher Hinsicht³²⁸ nachweisen. Alle dem Antrag beigelegten Dokumente müssen in tschechischer oder slowakischer Sprache verfasst sein oder in beglaubigter Übersetzung vorgelegt werden.³²⁹

Für eine Niederlassung in der Tschechischen Republik müssen Ärzte über die zur Berufsausübung notwendigen Sprachkenntnisse verfügen. Die Sprachkenntnisse prüft

³¹⁹ Vgl. § 28a Abs.3 Gesetz Nr. 95/2004

³²⁰ Vgl. § 28b Abs. 10 Gesetz Nr. 95/2004

³²¹ Vgl. § 28b Abs. 10 Gesetz Nr. 95/2004

³²² Vgl. § 28b Abs. 2 Gesetz Nr. 95/2004

³²³ Vgl. § 28b Abs. 5 Gesetz Nr. 95/2004

³²⁴ Zuletzt aktualisiert durch Gesetz Nr. 189/2008 am 24. April 2008

³²⁵ Telefonische Auskunft von Mgr. Petra Průchová (Gesundheitsministerium der Tschechischen Republik, Referat für Bildung und Wissenschaft) am 14. Dezember 2010

³²⁶ Vgl. § 10 Abs. 1 Gesetz Nr. 18/2004

³²⁷ Vgl. § 30 Gesetz Nr. 95/2004

³²⁸ Vgl. § 29 Gesetz Nr. 95/2004

³²⁹ Vgl. http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/uznani-zpusobilosti-k-vykonu-zdravotnickeho-povolani-v-ceske-republice-na-dobu-neurcitou_4015_954_3.html (Zugriff am 23. Januar 2011)

das Gesundheitsministerium aufgrund der vorgelegten Nachweise über eine Sprachprüfung in tschechischer oder slowakischer Sprache, über eine in Tschechisch oder Slowakisch absolvierte Ausbildung oder bei einem persönlichen Gespräch.³³⁰

Eine Anerkennung der Ausbildung wird nicht verlangt, wenn der Arzt der Einladung einer medizinischen Einrichtung oder einer Bildungsinstitution folgt, um einmalig Leistungen zu erbringen oder praktische und theoretische Fachkenntnisse zu vermitteln oder zu gewinnen³³¹. Die einladende Institution oder medizinische Einrichtung hat lediglich die Pflicht, dem Gesundheitsministerium die Dauer und die Inhalte des Aufenthaltes eines ausländischen Arztes schriftlich zu melden³³². Ein solcher Aufenthalt kann maximal acht Wochen dauern.³³³

Staatsangehörige aus Mitgliedstaaten, die in einem anderen Mitgliedstaat zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind, dürfen den ärztlichen Beruf in der Tschechischen Republik ausüben, ohne sich die Berufsqualifikation anerkennen zu lassen, sofern sie nur vorübergehend und gelegentlich als Erbringer von Dienstleistungen tätig werden.³³⁴

Die sogenannte gastierende Person ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Dienstleistungserbringung beim Gesundheitsministerium zu melden.³³⁵ Der Meldung sind unter anderem folgende Dokumente beizufügen:³³⁶

- ein Nachweis über die Staatsangehörigkeit
- ein Berufsqualifikationsnachweis
- eine Bescheinigung, dass der Dienstleistungserbringer in einem Mitgliedstaat rechtmäßig als Arzt niedergelassen ist und ihm die Ausübung des ärztlichen Berufs zum Zeitpunkt der Meldung nicht untersagt ist

Die Dienstleistungserbringung in der Tschechischen Republik ist nur möglich, wenn der Dienstleistungserbringer nachweisen kann, dass seine Berufsqualifikation konform mit der in der Richtlinie 2005/36/EG geforderten Qualifikation ist.³³⁷

Die Meldung wird nicht verlangt, falls dies zu einer verspäteten medizinischen Versorgung führen würde. In solchen Fällen muss die Meldung schnellstmöglich nachgereicht werden.³³⁸

Aufgrund einer Mitteilung³³⁹ vom Ministerium führt die *tschechische Ärztekammer (Česká lékařská komora)* den Antragsteller für zwölf Monate in der Liste der *gastierenden Personen (seznam hostujících osob)*.³⁴⁰ Innerhalb dieser Zeit ist die Anerkennung der Berufsqualifikation nicht notwendig. Da das Verfahren nach Ablauf der zwölf Monate erneut durchgeführt werden muss, empfiehlt das Gesundheitsministerium Ärzten, die

³³⁰ Vgl. § 13 Abs.1 *Verordnung Nr. 188/2009 über Prüfungen von Ärzten, Zahnärzten und Pharmazeuten (Vyhláška č. 188/2009 Sb. o zkouškách lékařů, zubních lékařů a farmaceutů)*

³³¹ Vgl. § 27b Abs. 1 Gesetz Nr. 95/2004

³³² Telefonische Auskunft von Mgr. Petra Průchová (Gesundheitsministerium der Tschechischen Republik, Referat für Bildung und Wissenschaft) am 10. Dezember 2010

³³³ Telefonische Auskunft von Mgr. Petra Průchová (Gesundheitsministerium der Tschechischen Republik, Referat für Bildung und Wissenschaft) am 10. Dezember 2010

³³⁴ Vgl. § 25 Abs. 2 und § 27 Abs. 3 Gesetz Nr. 95/2004

³³⁵ Vgl. § 27a Abs.1 Gesetz Nr. 95/2004

³³⁶ Vgl. § 27a Abs.5 Gesetz Nr. 95/2004

³³⁷ Telefonische Auskunft von Mgr. Petra Průchová (Gesundheitsministerium der Tschechischen Republik, Referat für Bildung und Wissenschaft) am 25. Januar 2011

³³⁸ Vgl. § 27a Abs.6 Gesetz Nr. 95/2004

³³⁹ Vgl. § 27c Gesetz Nr. 95/2004

³⁴⁰ Vgl. § 27 Abs.4 Gesetz Nr. 95/2004

ihren Beruf längerfristig in der Tschechischen Republik ausüben wollen, die heimische Berufsqualifikation anerkennen zu lassen.³⁴¹ Wird vom Gesundheitsministerium entschieden, dass die Qualifikation des gastierenden Arztes eingehender geprüft werden muss, wird dies dem Antragsteller binnen eines Monats nach seiner Meldung mitgeteilt.³⁴² Im Gegenteil zu einem niedergelassenen Arzt muss ein gastierender Mediziner keine tschechischen Sprachkenntnisse nachweisen.³⁴³

³⁴¹ Telefonische Auskunft von Tereza Kravková (Gesundheitsministerium der Tschechischen Republik, Referat für Bildung und Wissenschaft) am 7. Dezember 2010

³⁴² Vgl. § 27b Abs. 3 Gesetz Nr. 95/2004

³⁴³ Telefonische Auskunft von Tereza Kravková (Gesundheitsministerium der Tschechischen Republik, Referat für Bildung und Wissenschaft) am 7. Dezember 2010

5 EU-Rechtsvorschriften zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Am 9. März 2011 verabschiedete das Europäische Parlament und der Rat der Europäischen Union die *Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (Patientenrichtlinie)*. Die Richtlinie trat am 24. April 2011 in Kraft. Alle Mitgliedstaaten der Europäischen Union müssen die Richtlinie bis zum 25. Oktober 2013 in nationales Recht umsetzen.

Bisher war die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen innerhalb der EU auf transnationaler Ebene ausschließlich in der *Verordnung (EG) Nr. 883/2004*³⁴⁴ geregelt, die die *Verordnung (EWG) Nr. 1408/71*³⁴⁵ seit dem 1. Mai 2010 weitgehend ersetzt hat. Die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 besteht als alternative Rechtsnorm zur Patientenrichtlinie weiterhin fort.

Bei den Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und (EG) Nr. 883/2004 verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, die formalen Freiheitsrechte wie Freizügigkeit und Niederlassungsfreiheit auch materiell zu garantieren. Niemand sollte durch fehlenden Krankenversicherungsschutz von einem Auslandsaufenthalt abgehalten werden. Dagegen war die treibende Idee hinter der Patientenrichtlinie, verbliebene Einschränkungen der Dienstleistungsfreiheit abzubauen. Der Grundsatz des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs sollte trotz aller Besonderheiten und verschiedener staatlichen Regulierungen auch im Gesundheitswesen greifen.

5.1 Die Verordnung (EG) Nr. 883/2004

Die Verordnung (EG) Nr. 883/2004³⁴⁶ regelt im Abschnitt *Leistungen bei Krankheit* (Titel III, Abschnitt 1) drei verschiedene Sachverhalte für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im innereuropäischen Ausland, welche in Tabelle 9 zusammengefasst werden. Die Verordnung gilt in allen EU-Mitgliedstaaten, in Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz.

³⁴⁴ Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit

³⁴⁵ Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern

³⁴⁶ In Verbindung mit der dazugehörigen Durchführungsverordnung *Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit*

Tabelle 9: Regelungen zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen gemäß der Verordnung (EG) Nr. 883/2004

Nr.	Sachverhalt	Rechtsnorm	Beispiel	Anspruch gegenüber Versicherungsträger
I	Der Versicherte hat seinen Wohnsitz in einem anderen Staat als dem, in dem er krankenversichert ist	Artikel 17, 18	Der Versicherte ist Grenzgänger, er arbeitet in Land A und wohnt in Land B	Der Versicherte hat Anspruch auf alle Sachleistungen im Wohnsitz- und im Versicherungsstaat
II	Der Versicherte hält sich vorübergehend im Versicherungsausland auf	Artikel 19	Der in Land A Versicherte macht Urlaub in Land B	Der Versicherte hat bei Unfällen oder akuten Erkrankungen Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen
III	Der Versicherte begibt sich zur Inanspruchnahme einer Gesundheitsdienstleistung ins Versicherungsausland	Artikel 20	Der in Land A Versicherte reist in Land B, um dort eine Behandlung durchführen zu lassen	Die Kostenerstattung erfolgt nur nach vorheriger Genehmigung durch den Versicherungsträger

Sachverhalt I bezeichnet die besonderen Regelungen für Grenzgänger: Ist eine Person in einem Mitgliedstaat krankenversichert (*Versicherungsstaat*), hat aber ihren Wohnsitz in einem anderen Mitgliedstaat (*Wohnsitzstaat*), dann wird der Versicherte bei einer medizinischen Behandlung im Wohnsitzstaat so gestellt, als wäre er nach den dort geltenden Rechtsvorschriften versichert.³⁴⁷ Begibt sich der Versicherte also im Wohnsitzstaat in Behandlung, dann stehen ihm dieselben Sachleistungen (in Form von Behandlungen und Therapiemaßnahmen) zu, wie sie auch jeder andere im Wohnsitzstaat Versicherte in Anspruch nehmen kann. Dabei ist es nicht relevant, ob die im Wohnsitzstaat in Anspruch genommene Leistung vom Leistungskatalog des Versicherungsstaates gedeckt ist. Für den Leistungsumfang sind ausschließlich die Rechtsvorschriften des Behandlungslandes von Bedeutung. Grenzgänger haben zudem auch im Versicherungsstaat Zugang zu allen in diesem Land gewährten Sach- und Geldleistungen.

Sachverhalt II betrifft Versicherungsnehmer, die sich vorübergehend in einem anderen Mitgliedstaat als dem Versicherungsstaat (*Versicherungsausland*) aufhalten und dort aufgrund einer akuten Erkrankung oder eines Unfalles medizinisch versorgt werden müssen. Ein typisches Beispiel sind Urlauber oder Geschäftsreisende. Auch in diesem Fall wird der Versicherte nach den Rechtsvorschriften des Aufenthaltsstaates behandelt.³⁴⁸ Er hat denselben Anspruch auf Sachleistungen wie ein dort Versicherter. Der Versicherungsträger muss die vollen Kosten für die medizinisch notwendigen Behandlungen tragen, unabhängig davon, ob die Behandlung im Leistungskatalog des Versicherungsstaates enthalten ist oder nicht.

Reist ein Versicherter gezielt ins Versicherungsausland, um sich dort behandeln zu lassen, muss die Heimatversicherung die Kosten nur dann übernehmen, wenn sie vor der Behandlung eine Genehmigung (*Vorabgenehmigung*) erteilt hat (Sachverhalt III).³⁴⁹ Hat sie den Eingriff genehmigt, dann muss sie auch für die vollen Kosten der Behandlung aufkommen. Der Versicherungsträger muss eine Vorabgenehmigung nur erteilen, wenn die Behandlung im Versicherungsstaat „[...] nicht innerhalb eines [...] medizinisch vertret-

³⁴⁷ Vgl. Art. 17 VO (EG) Nr. 883/2004

³⁴⁸ Vgl. Art. 19 VO (EG) Nr. 883/2004

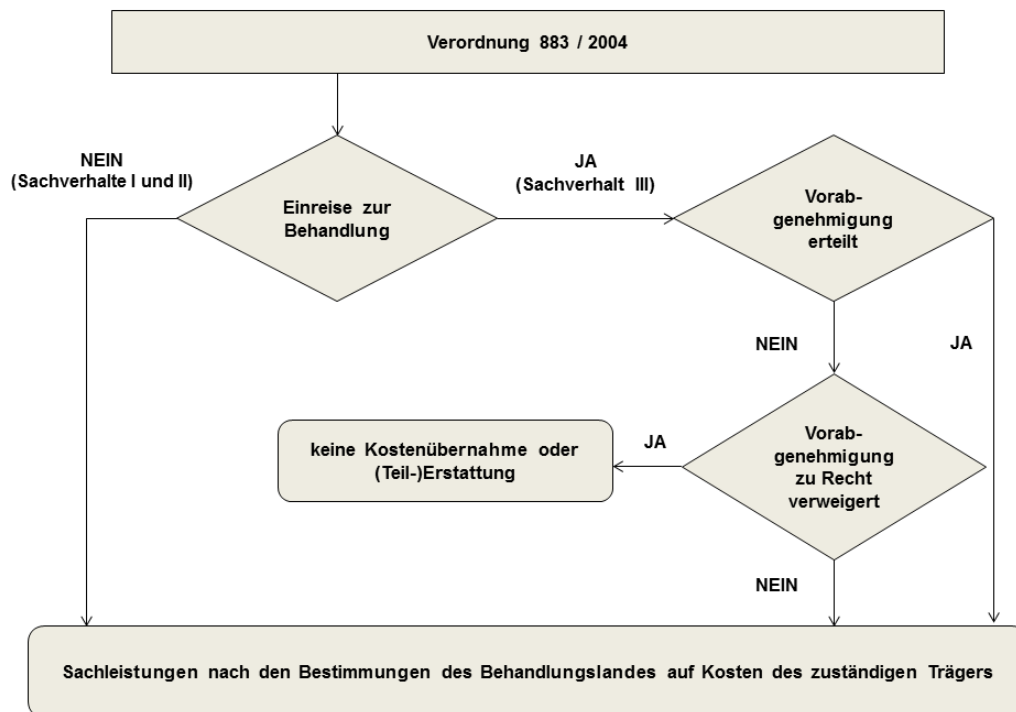
³⁴⁹ Vgl. Art. 20 Abs. 1 und 2 VO (EG) Nr. 883/2004

baren Zeitraums gewährt werden kann.³⁵⁰ Wird eine genehmigungspflichtige Behandlung ohne Vorabgenehmigung in Anspruch genommen, dann muss der Versicherte die Kosten in voller Höhe selbst tragen.

In allen drei Fällen wird die Rechnung des Leistungserbringers zunächst von einem aushelfenden Träger, einer im Land ansässigen Krankenversicherung, geprüft und beglichen. Nach Maßgabe der *Durchführungsverordnung (EG) Nr. 987/2009* werden dem aushelfenden Träger anschließend die Kosten für die gewährten Sachleistungen von der Heimatversicherung, dem zuständigen Träger, erstattet.³⁵¹ In allen drei Fällen müssen Versicherungsnehmer selbst für im Versicherungsausland erhobene Zuzahlungen aufkommen, selbst dann, wenn sie im Versicherungsland nicht existieren.³⁵²

Abbildung 8 stellt die Regelungen der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 schematisch dar.

Abbildung 8: Vorschriften der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen



Quelle: Eigene Darstellung

5.2 Die Richtlinie 2011/24/EU (Patientenrichtlinie)

Die Patientenrichtlinie soll Versicherten in der Europäischen Union ermöglichen, Leistungsort und Leistungserbringer einer Behandlung im gesamten Unionsgebiet frei wählen zu können ohne die gesamten Kosten der Behandlung selbst tragen zu müssen. Unter Berufung auf die in Artikel 56 EU-Vertrag³⁵³ garantierte Dienstleistungsfreiheit können ge-

³⁵⁰ Art. 20 Abs. 2 VO (EG) Nr. 883/2004

³⁵¹ Vgl. Art. 35 VO (EG) Nr. 883/2004

³⁵² Vgl. Art 18 Abs. 1, Art. 19 Abs. 1 und Art. 20 Abs. 2 VO (EG) Nr. 883/2004. Da die Behandlung des Versicherten nach den Rechtsvorschriften des Behandlungsmitgliedstaates erfolgt, fallen auch eventuell vorge-sehene Zuzahlungen durch den Patienten unter die jeweils geltenden Rechtsvorschriften. Da dem aushelfenden Versicherungsträger im Versicherungsausland keine Kosten durch die Zuzahlungen des Patienten entstehen, können diese Kosten auch nicht von der Krankenversicherung im Versicherungsland übernommen werden.

³⁵³ Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV)

setzlich Versicherte im gesamten Unionsgebiet grundsätzlich alle medizinisch notwendigen Gesundheitsdienstleistungen von anerkannten Gesundheitsdienstleistern³⁵⁴ in Anspruch nehmen, insbesondere

- die Beurteilung des Gesundheitszustandes (Anamnese und Diagnose),³⁵⁵
- die Erhaltung und Wiederherstellung des ursprünglichen Gesundheitszustands (Therapie und Rehabilitation),³⁵⁶ sowie
- die Verschreibung, die Abgabe und die Bereitstellung von Arzneimittel und Medizinprodukten.³⁵⁷

Nicht in den Anwendungsbereich der Patientenrichtlinie fallen nationale Impfprogramme, Organtransplantationen sowie die ambulante und stationäre Langzeitpflege.³⁵⁸

Grundvoraussetzung für eine Kostenerstattung ist, dass die im Versicherungsausland in Anspruch genommene Gesundheitsdienstleistung auch im Leistungskatalog des Versicherungsstaates aufgeführt ist.³⁵⁹ Für die Höhe des Erstattungsbetrages sind die Leistungssätze des Versicherungsstaates relevant. Der Versicherungsträger muss mindestens die Kosten erstatten, die bei derselben Behandlung im Versicherungsinland entstanden wären.³⁶⁰ Abbildung 9 stellt die Kostenerstattungssätze dar.

Übersteigen die im Versicherungsausland entstandenen Kosten den im Versicherungsstaat vorgesehenen Leistungssatz (vgl. zweite Säule in Abbildung 9 – Behandlungsstaat A), dann muss der Versicherungsträger nur für den im Versicherungsstaat vorgesehenen Betrag aufkommen. Der Patient muss alle darüber hinausgehenden Kosten selbst tragen. Es liegt im Ermessen der nationalen Gesetzgeber, eine höhere Kostenübernahme zu bewilligen.³⁶¹ Die Kostenerstattung darf die tatsächlich entstandenen Kosten jedoch nicht überschreiten, auch wenn im Versicherungsinland höhere Kosten entstanden wären (vgl. dritte Säule in Abbildung 9 – Behandlungsstaat B).³⁶²

³⁵⁴ Vgl. Art. 3 Buchstabe g RL 2011/24/EU

³⁵⁵ Dies gilt ausdrücklich auch für telemedizinische Behandlungen (vgl. Art. 7 Abs. 7 RL 2011/24/EU). Hier ist alleine der Sitz des behandelnden Gesundheitsdienstleisters relevant (vgl. Art. 3 Buchstabe d RL 2011/24/EU). Das bedeutet, dass ein Versicherter die Gesundheitsdienstleistung zwar im Versicherungsinland in Anspruch nehmen kann, der Gesundheitsdienstleister die Leistung jedoch im Versicherungsausland erbringt.

³⁵⁶ Auch hier sind telemedizinische Behandlungen eingeschlossen.

³⁵⁷ Vgl. Art. 3 Buchstabe a RL 2011/24/EU

³⁵⁸ Vgl. Artikel 1 Abs. 3 RL 2011/24/EU. Zur Pflege heißt es in den Erwägungsgründen zur Richtlinie, dass die Patientenrichtlinie nicht für Dienstleistungen gelten soll, „[...] deren primäres Ziel darin besteht, Personen zu unterstützen, die auf Hilfe bei routinemäßigen alltäglichen Verrichtungen angewiesen sind“ (Erwägungsgrund Nr. 14 RL 2011/24/EU). Es ist jedoch zweifelhaft, ob der Ausschluss von Pflegeleistungen auf Dauer haltbar sein wird. Bereits 1998 hat der Europäische Gerichtshof auch Pflegeleistungen unter „Leistungen bei Krankheit“ subsumiert (Vgl. Europäischer Gerichtshof (EuGH), Manfred Molenaar und Barbara Fath-Molenaar gegen AOK Baden-Württemberg vom 5. März 1998, Rechtssache C-160/96, Randnummer 25). Dies wurde in verschiedenen späteren Entscheidungen bekräftigt.

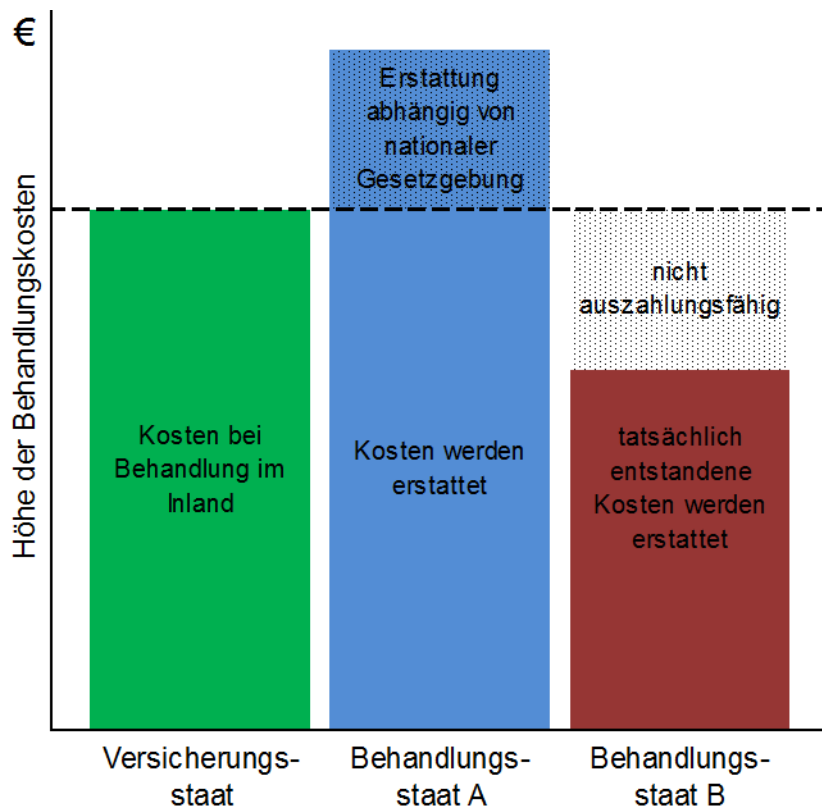
³⁵⁹ Vgl. Art. 7 Abs. 3 RL 2011/24/EU

³⁶⁰ Vgl. Art. 7 Abs. 1 und 4 RL 2011/24/EU

³⁶¹ Vgl. Art. 7 Abs. 4 RL 2011/24/EU

³⁶² Vgl. Art. 7 Abs. 4 RL 2011/24/EU

Abbildung 9: Erstattung der Behandlungskosten gemäß der Richtlinie 2011/24/EU (Patientenrichtlinie)



Quelle: Eigene Darstellung

Vor allem Versicherte aus Mitgliedstaaten mit einem vergleichbar niedrigen Kostenniveau müssen damit rechnen, dass nur ein Teilbetrag der im Behandlungsstaat angefallenen Kosten übernommen wird. Die Kostenerstattung durch die Versicherungsträger erfolgt nach den eigenen nationalen Sätzen. Sind diese entsprechend niedrig, kommen erhebliche finanzielle Belastungen auf die Versicherten zu, wenn die Sätze im Behandlungsmitgliedstaat deutlich höher sind.

Prinzipiell besteht dieser Kostenerstattungsanspruch für alle im Versicherungsland versicherten Gesundheitsdienstleistungen. Allerdings haben die Mitgliedstaaten die Möglichkeit, die Kostenerstattung bei bestimmten Behandlungen im Ausland von einer Vorabgenehmigung durch die Versicherungsträger abhängig zu machen.³⁶³ Zulässig ist dies jedoch nur dann, wenn für diese Gesundheitsdienstleistung ein erheblicher Planungsbedarf besteht³⁶⁴ und die Freizügigkeit der Patienten nicht ungerechtfertigt behindert wird.³⁶⁵

Dieser Planungsbedarf besteht vor allem bei einer finanziell, technisch und personell aufwändig zu unterhaltenden Versorgungsinfrastruktur. Die Mitgliedstaaten können zum einen für Behandlungen, die „[...] eine Übernachtung des Patienten im Krankenhaus [...] erfordern [...]“³⁶⁶ eine Genehmigungspflicht festlegen. Zum anderen können Behandlungen, die den „[...] Einsatz einer hoch spezialisierten und kostenintensiven medizinischen

³⁶³ Vgl. Art. 8 Abs. 1 RL 2011/24/EU

³⁶⁴ Vgl. Art. 8 Abs. 2 Buchstabe a in Verbindung mit Erwägungsgrund Nr. 39 ff. RL 2011/24/EU

³⁶⁵ Vgl. Art. 8 Abs. 1 RL 2011/24/EU

³⁶⁶ Art. 8 Abs. 2 Buchstabe a Teilsatz i RL 2011/24/ EU

Infrastruktur oder medizinischen Ausrüstung erfordern [...]“³⁶⁷ als genehmigungspflichtig bestimmt werden. Dies beschränkt sich nicht ausschließlich auf stationäre Gesundheitsdienstleistungen, sondern kann beispielsweise auch auf ambulant durchführbare aber technisch und medizinisch komplexe Diagnose- bzw. Behandlungsmethoden zutreffen.

Vorabgenehmigungen müssen ebenfalls eingeholt werden, wenn bestimmte Behandlungen mit einem besonderen Risiko für den Patienten oder die Bevölkerung verbunden sind oder wenn es hinsichtlich der Qualität oder Sicherheit der Versorgung durch den Gesundheitsdienstleister im Behandlungsstaat Anlass für ernsthafte und spezifische Bedenken gibt.³⁶⁸

Es liegt in der Verantwortung der einzelnen Mitgliedstaaten zu entscheiden, welche Gesundheitsdienstleistungen im eigenen Land einem Planungsbedarf unterliegen und somit genehmigungspflichtig sind. Jedoch müssen die oben genannten Kriterien erfüllt sein. Eine grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, für die kein erheblicher Planungsbedarf besteht, weil keine Übernachtung im Krankenhaus oder kein Einsatz von hoch spezialisierter und kostenintensiver Ausrüstung erforderlich ist, dürfen die Mitgliedstaaten nicht durch eine Genehmigungspflicht erschweren oder verhindern.³⁶⁹

Vorabgenehmigungen dürfen nur verweigert werden,³⁷⁰

- wenn die vorgesehene Gesundheitsversorgung „[...] unter Berücksichtigung des gegenwärtigen Gesundheitszustandes und des voraussichtlichen Krankheitsverlaufs des jeweils betroffenen Patienten [...] innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitraums [...]“³⁷¹ auch im Versicherungsinland geleistet werden kann.
- wenn Bedenken um das Wohlergehen des Patienten, um die Sicherheit der Öffentlichkeit sowie „[...] ernsthafte [...] und spezifische [...] Bedenken in Bezug auf die Einhaltung der Qualitätsstandards und -leitlinien für die Versorgung der Patientensicherheit [...]“³⁷² durch den vorgesehenen Gesundheitsdienstleister bestehen.

Der Antrag auf Erteilung einer Vorabgenehmigung soll unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Versicherten und der besonderen medizinischen Umstände des Einzelfalles innerhalb einer angemessenen Frist bearbeitet werden.³⁷³ Die Mitgliedstaaten bestimmen, wie lange solche Genehmigungsverfahren dauern dürfen.³⁷⁴ Die Entscheidungen zur Erteilung einer Vorabgenehmigung müssen begründet werden.³⁷⁵

Abbildung 10 verdeutlicht die Vorschriften der Patientenrichtlinie grafisch.

³⁶⁷ Art. 8 Abs. 2 Buchstabe a Teilsatz ii RL 2011/24/EU (Auch für bestimmte Bereiche der ambulanten Gesundheitsversorgung kann ein erheblicher Planungsbedarf bestehen. Daher können auch beispielsweise ambulante Diagnose- oder Behandlungsmethoden, die eine hoch spezialisierte und kostenintensive Ausrüstung erfordern, von den Mitgliedstaaten als genehmigungspflichtig bestimmt werden - vgl. hierzu Art. 8 Abs. 2 Buchstabe a in Verbindung mit Erwägungsgrund Nr. 41 f. RL2011/24/EU)

³⁶⁸ Vgl. Art. 8 Abs. 2 Buchstaben b und c RL 2011/24/EU

³⁷⁰ Vgl. Art. 8 Abs. 1 in Verbindung mit Erwägungsgrund Nr. 43 f. RL 2011/24/EU

³⁷¹ Vgl. Art. 8 Abs. 6 Buchstaben a bis d RL 2011/24/EU

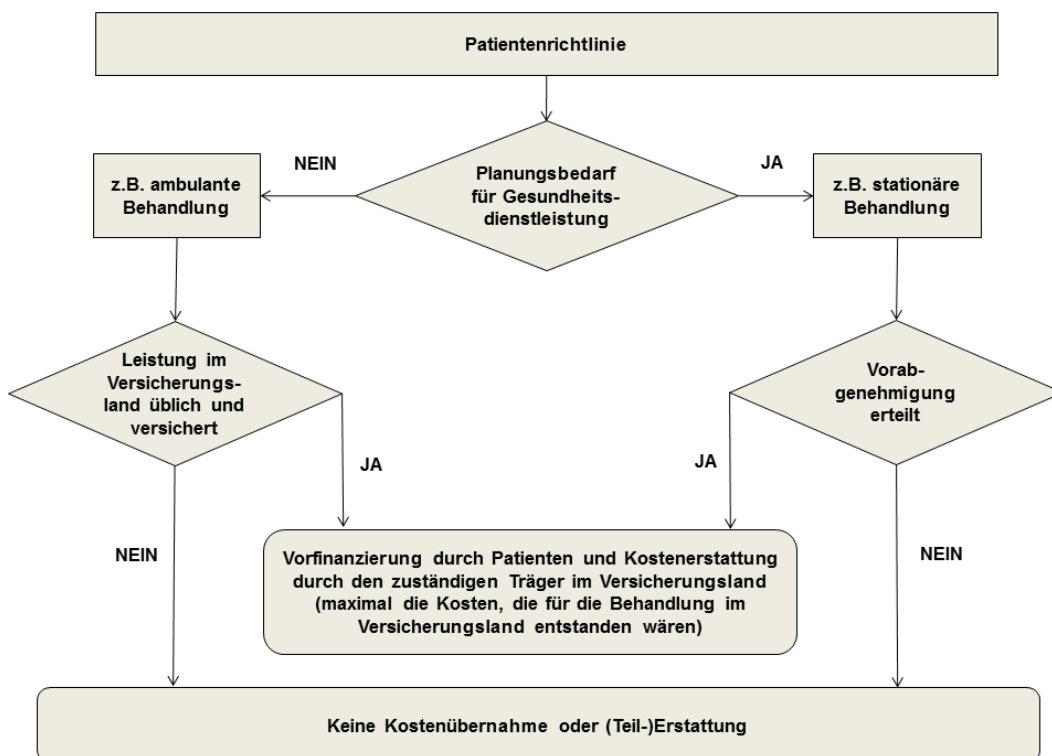
³⁷² Art. 8 Abs. 6 Buchstabe c RL 2011/24/EU

³⁷³ Vgl. Art. 9 Abs. 3 RL 2011/24/EU

³⁷⁴ Vgl. Art. 9 Abs. 3 RL 2011/24/EU

³⁷⁵ Vgl. Art. 9 Abs. 4 RL 2011/24/EU

Abbildung 10: Vorschriften der Richtlinie 2011/24/EU (Patientenrichtlinie) zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen



Quelle: Eigene Darstellung

Anders als bei Verordnungen, die in allen ihren Teilen verbindlich sind und mit Inkrafttreten in jedem Mitgliedsstaat eine unmittelbare Rechtsgültigkeit entfalten³⁷⁶, müssen Richtlinien erst in nationales Recht umgesetzt werden. Verbindlich ist bei Richtlinien nur das zu erreichende Ziel, nicht aber Form und Mittel der Umsetzung.³⁷⁷

5.3 Umsetzung der Richtlinie in Deutschland

In Deutschland war die Kostenerstattung für im Ausland erbrachte Gesundheitsdienstleistungen bereits vor Verabschiedung der Richtlinie weitreichend in § 13 Abs. 4 und 6 i.V.m. § 18 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 SGB V geregelt. In den jüngsten Novellen wurden die einschlägigen Urteile des EuGH bereits in nationales Recht umgesetzt, weshalb die Patientenrichtlinie für deutsche Versicherte kaum Veränderungen bringt.

Bereits seit 2004 gibt es in Deutschland im ambulanten Bereich ein Wahlrecht zwischen der unentgeltlichen Inanspruchnahme von Sachleistungen im EU-Ausland und einer Kostenerstattung durch den Krankenversicherer.³⁷⁸ Für in Deutschland Versicherte ist eine Vorabgenehmigung nur bei stationären Gesundheitsdienstleistungen notwendig.³⁷⁹

³⁷⁶ Vgl. Art. 288 AEUV Satz 2 und 3 (Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union), vormals Art. 249 EGV (Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft)

³⁷⁷ Vgl. Art. 288 AEUV Satz 4 (Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union), vormals Art. 249 EGV (Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft)

³⁷⁸ Bei der unentgeltlichen Inanspruchnahme von Sachleistungen überlässt es der Versicherte seiner Krankenversicherung, dem aushelfenden Versicherungsträger im Behandlungsstaat die angefallenen Kosten für erbrachte Sachleistungen zu begleichen. Bei der Kostenerstattung bezahlt der Versicherte die Gesundheitsdienstleistung zunächst selbst und lässt sich dann den Betrag von seiner Krankenversicherung erstatten.

³⁷⁹ Vgl. § 13 Abs. 5 SGB

Die Bundesregierung plant in einem noch zu verabschiedenden Patientenrechtegesetz die Fristen für Bewilligungsverfahren bei den gesetzlichen Krankenversicherungen an den Fristen zu orientieren, die bereits für Rehabilitationsträger gelten.³⁸⁰ Diese liegen gemäß § 14 Abs. 1 und 2 SGB IX in der Regel bei drei Wochen.³⁸¹

5.4 Umsetzung der Richtlinie in der Tschechischen Republik

Auch in der Tschechischen Republik wurde in der Praxis schon vor Verabschiedung der Patientenrichtlinie den einschlägigen Urteilen des EuGH gefolgt.³⁸² Bei geplanten Behandlungen ist eine Vorabgenehmigung des Versicherungsträgers nur notwendig, wenn es sich um einen stationären Eingriff handelt. Im ambulanten Bereich erstattet die Krankenkasse die Behandlungskosten auch dann, wenn keine Vorabgenehmigung vorliegt, jedoch beschränkt sich die Kostenerstattung dann auf den in der Tschechischen Republik vorgesehenen Leistungssatz.

5.5 Verhältnis zwischen der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 und der Richtlinie 2011/24/EU (Patientenrichtlinie)

Der Hauptunterschied zwischen den beiden Rechtsnormen liegt in der erstattungsfähigen Gesundheitsdienstleistung: Nach der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist der Leistungskatalog des Behandlungsstaates maßgeblich. Nach der Patientenrichtlinie 2011/24/EU ist für eine Kostenerstattung der Leistungskatalog des Versicherungsstaates ausschlaggebend.

Nach der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 sind alle gezielt im Versicherungsausland durchgeführten Gesundheitsdienstleistungen von einer Vorabgenehmigung abhängig.³⁸³ In der Patientenrichtlinie wird diese Regelung gelockert. In der Richtlinie werden nur bestimmte Gesundheitsdienstleistungen im Versicherungsausland von einer Vorabgenehmigung abhängig gemacht.

Tabelle 10: Unterschiede zwischen der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 und der Richtlinie 2011/24/EU (Patientenrichtlinie)

	Leistung nach Rechtsvorschrift des	Kostenübernahme durch Versicherungsträger	Vorabgenehmigung bei geplanter Behandlung
VO (EG) Nr. 883/2004	Behandlungsstaates	in voller Höhe	immer erforderlich
RL 2011/24/EU	Versicherungsstaates	in Höhe der Behandlungskosten im Versicherungsinland	nur bei Behandlungen mit „erheblichem Planungsbedarf“ (bspw. stationär) erforderlich

³⁸⁰ Vgl. Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung (2011): Patientenrechte in Deutschland, abrufbar unter: http://www.patientenbeauftragter.de/upload/bilder/der_beauftragte/Eckpunkte_Patientenrechtegesetz_endg_2_.pdf (Zugriff am 5. August 2011)

³⁸¹ Laut § 14 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) ist der Rehabilitationsträger verpflichtet, unverzüglich nach Eingang des Antrags, maximal aber innerhalb von drei Wochen, über eine Bewilligung der Maßnahme zu entscheiden. Ist ein wissenschaftliches Gutachten für die Entscheidung erforderlich, so muss spätestens zwei Wochen nach Eingang des Gutachtens eine Entscheidung vorliegen.

³⁸² Informationen zur Umsetzung in der Tschechischen Republik laut Auskunft von JUDr. Ladislav Švec (Direktor des Zentrums für zwischenstaatliche Zahlungen - Centrum mezistátních úhrad) am 1. September 2011

³⁸³ Vgl. Art. 20 Abs. 1 VO (EG) Nr. 883/2004

Die Versicherten haben nun ein Wahlrecht, über welche Rechtsnorm sie sich die Kosten für im Versicherungsausland erbrachte Behandlungen erstatten lassen wollen.³⁸⁴ Der Versicherungsträger sollte den Patienten darauf hinweisen, welche Rechtsvorschrift für ihn günstiger ist.³⁸⁵

5.6 Zusammenarbeit bei der Gesundheitsversorgung

Im Rahmen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung verpflichten sich die Mitgliedstaaten auch dazu, Verschreibungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten aus dem Versicherungsausland im eigenen Land anzuerkennen.³⁸⁶ Voraussetzung hierfür ist, dass das Arzneimittel oder das Medizinprodukt im Inland zugelassen beziehungsweise verfügbar ist.³⁸⁷ Die Kosten werden höchstens bis zu dem Betrag erstattet, der auch bei einer Behandlung im Inland von den gesetzlichen Krankenversicherungen getragen würde.³⁸⁸

Damit Patienten ihre Rechte auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung wahrnehmen können, richtet jeder Mitgliedstaat *Nationale Kontaktstellen* ein.³⁸⁹ Patienten, die eine Gesundheitsdienstleistung im Versicherungsausland erbringen lassen wollen, können die Nationalen Kontaktstellen des jeweiligen Behandlungsstaates kontaktieren. Dort erhalten sie Informationen über Gesundheitsdienstleister und im Land geltende Qualitäts- und Sicherheitsstandards sowie Auskünfte über ihre Patientenrechte/-pflichten, über Beschwerdeverfahren und Rechtsbehelfe.³⁹⁰

Die Mitgliedstaaten sind verpflichtet, die Zusammenarbeit bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu erleichtern. Dazu gehört nicht nur der Informationsaustausch zwischen den einzelnen Nationalen Kontaktstellen, sondern auch „[...] die Zusammenarbeit im Bereich der Standards und Leitlinien für Qualität und Sicherheit [...]“³⁹¹ und die Entwicklung gemeinsamer Standards für moderne Informations- und Kommunikationstechnologien (wie beispielsweise Telemedizin oder digitale Krankenakten).³⁹²

Während Nationale Kontaktstellen vor allem der administrativen Organisation der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung dienen, sieht die Patientenrichtlinie auch eine Zusammenarbeit in der Forschung vor, schwerpunktmäßig richtet sich der Blick vor allem auf seltene Krankheiten.³⁹³ Hierzu sollen die Mitgliedstaaten *Europäische Referenznetzwerke* bilden, die die Gesundheitsforschung und -versorgung europaweit fördern.³⁹⁴

Darüber hinaus müssen die Mitgliedstaaten gewährleisten, dass Behörden anderer Staaten auf Anfrage unverzüglich Informationen über die Berufsqualifikation von Ange-

³⁸⁴ Vgl. Art. 1 und 2 in Verbindung mit Erwägungsgrund 28 und 30 RL 2011/24/EU

³⁸⁵ Vgl. Art. 1 und 2 in Verbindung mit Erwägungsgrund 31 RL 2011/24/EU

³⁸⁶ Vgl. Art. 11 Abs. 1 RL 2011/24/EU

³⁸⁷ Um den Angehörigen der Gesundheitsberufe, die an der Verschreibung und Verteilung von Medikamenten beteiligt sind, zu erlauben, die Authentizität eines im Ausland ausgestellten Rezepts zu überprüfen, erlässt die Europäische Kommission spätestens bis zum 25. Dezember 2012 bisher nicht näher definierte Maßnahmen, die eine solche Verifikation innerhalb der Europäischen Union ermöglichen (Vgl. Art. 11 Abs. 2 RL 2011/24/EU).

³⁸⁸ Vgl. Art. 11 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 und 4 RL 2011/24/EU

³⁸⁹ Vgl. Art. 6 RL 2011/24/EU

³⁹⁰ Vgl. Art. 6 Abs. 3 RL 2011/24/EU

³⁹¹ Art. 10 Abs. 1 RL 2011/24/EU

³⁹² Vgl. Art. 10 Abs. 2 RL 2011/24/EU

³⁹³ Vgl. Art. 13 RL 2011/24/EU

³⁹⁴ Vgl. Art. 12 RL 2011/24/EU

hörigen der Gesundheitsberufe bereitgestellt werden.³⁹⁵ In der Patientenrichtlinie ermutigt die Europäische Kommission die Mitgliedstaaten ausdrücklich vor allem in Grenzregionen zu kooperieren, nennt hierzu jedoch keine konkreten Maßnahmen oder Vorgaben.³⁹⁶

³⁹⁵ Vgl. Art. 10 Abs. 4 RL 2011/24/EU

³⁹⁶ Vgl. Art. 10 Abs. 3 RL 2011/24/EU

6 Mehrkosten und Fehlbelastungen für die Versicherungsgemeinschaft bzw. den Steuerzahler

Wie erörtert, können Versicherungsnehmer bei einer Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen auf Basis der Patientenrichtlinie Gefahr laufen, Mehrkosten tragen zu müssen (vgl. Abschnitt 5.2). Im Untersuchungsgebiet besteht diese Gefahr vor allem für in der Tschechischen Republik Krankenversicherte.

Mehrbelastungen können auch für die Gemeinschaft der Versicherten entstehen: Weder auf Basis der Patientenrichtlinie noch auf Grundlage der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 sind Mehrbelastungen für die Kostenträger ausgeschlossen. Diese Mehrbelastungen treten nicht in jedem Fall auf und sind auch nicht immer gleich hoch. Bei hohen zusätzlichen Belastungen für die Versicherungsträger ist jedoch sicherlich mit einer deutlich zurückhaltenderen Vorabgenehmigungspraxis zu rechnen als dies ohne Mehrbelastungen der Fall wäre. Das Feld möglicher grenzüberschreitender Kooperationen in der stationären Gesundheitsversorgung wird daher vor allem durch zusätzlich für die Versicherungsträger entstehende Kosten eingegrenzt.

Für deutsche Krankenversicherungsträger könnten sich theoretisch Mehrkosten für stationäre Auslandsbehandlungen ihrer Versicherungsnehmer ergeben, weil ein Teil ihrer Zahlungen an deutsche Krankenhäuser Fixkostencharakter hat. Wie bereits ausführlich erörtert, stellen die DRG-Sätze materiell kaum mehr als pauschalisierte Abschlagszahlungen auf ein krankenhausindividuelles, aus vereinbartem Erlösbudget und vereinbarter Erlössumme zusammengesetztes Budget dar (vgl. Abschnitt 1.3.1.5). Behandelt ein Krankenhaus mehr oder im Mittel schwerere Fälle als vereinbart, muss es 65 Prozent der Mehrerlöse abführen³⁹⁷, behandelt es weniger oder im Durchschnitt leichtere Fälle als vereinbart, decken die Krankenversicherungsträger 20 Prozent der Mindereinnahmen.³⁹⁸ Lässt sich ein in Deutschland Versicherter statt in einem deutschen in einem tschechischen Krankenhaus behandeln, muss der Versicherungsträger bei Budgetunterschreitungen zusätzlich zu den Behandlungskosten im Ausland auch noch einen 20-prozentigen Mindererlösausgleich in Deutschland übernehmen.

Rein systematisch stellt dies eine Doppelbelastung der Versicherungen dar. Da die Kostenunterschiede bei operativen Eingriffen zwischen den beiden Ländern jedoch gravierend sind, ist in den meisten Fällen damit zu rechnen, dass die Gesamtkosten für die deutsche Krankenversicherung bei einer Behandlung im Ausland auch trotz der Doppelbelastung geringer sind als bei einer Inlandsbehandlung. Aufgrund der niedrigeren Kostensätze in der Tschechischen Republik gilt dies unabhängig davon, ob die Leistungen im Ausland auf Basis der Patientenrichtlinie oder der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 in Anspruch genommen werden.

Vergleicht man beispielsweise den Preis einer Oberschenkelhals-OP inklusive der Implantation eines künstlichen Hüftgelenkes in beiden Ländern, zeigen sich deutliche Unterschiede im Preisniveau. In Deutschland wird in diesem Fall die DRG I05Z (Anderer

³⁹⁷ Vgl. § 4 Abs. 3 Satz 4 KHEntG

³⁹⁸ Vgl. § 4 Abs. 3 Satz 3 KHEntG

großer Gelenkersatz oder Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodeese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schwerem CC) abgerechnet. Allein für diese Fallpauschale werden 8.351,28 € (201.349 CZK) in Rechnung gestellt.³⁹⁹ Nicht berücksichtigt sind in diesem Betrag eventuell zusätzlich anfallende Zu- und Abschläge oder Zusatzentgelte. In der Tschechischen Republik hingegen orientiert sich der von der Versicherung zu erstattende Betrag an der zur Prothesenverankerung eingesetzten Methode. Für eine zementierte Endoprothese werden im Mittel 56.050 CZK (rund 2.325 €) in Rechnung gestellt, bei einer nicht-zementierten Endoprothese beläuft sich der Rechnungsbetrag im Durchschnitt auf 89.350 CZK (rund 3.706 €), bei einer teilweise zementierten Prothese auf 75.050 CZK (rund 3.113 €). Der mittlere Betrag, der den Krankenkassen beim Implantieren einer zerviko-kapitalen Endoprothese in Rechnung gestellt wird, liegt bei 49.500 CZK (2.053 €).⁴⁰⁰ In diesen Beträgen sind sämtliche mit dem Krankenhausaufenthalt verbundenen Kosten enthalten (beispielsweise die Operation, das Ersatzgelenk, die postoperative Versorgung inklusive einiger Tage Rehabilitation).

Die Kosten für einen Hüftersatz liegen damit in Deutschland wesentlich höher als in der Tschechischen Republik. Für den tschechischen Versicherungsträger kommt es also entscheidend auf die Anspruchsgrundlage an. Bei der Behandlung eines in der Tschechischen Republik Versicherten in Deutschland auf Basis der Patientenrichtlinie muss maximal der Betrag erstattet werden, den die Behandlung auch in einem tschechischen Krankenhaus gekostet hätte. Mehrkosten entstehen dabei nicht. Anders ist dies im Fall der Inanspruchnahme von Sachleistungen nach Maßgabe der Verordnung (EG) Nr. 883/2004. Die Versicherungsträger müssen in diesem Fall die tatsächlich entstandenen Behandlungskosten tragen, weshalb die Kostenunterschiede zu spürbaren Mehrbelastungen führen. Aus diesem Grund ist kaum zu erwarten, dass tschechische Versicherer in großem Stil Vorabgenehmigungen (E 112) für Behandlungen in deutschen Krankenhäusern erteilen.

³⁹⁹ Vorausgesetzt, der Patient wird innerhalb der angegebenen Grenzverweildauer entlassen und auch nicht in ein anderes Krankenhaus verlegt.

⁴⁰⁰ Preisinformationen in der Tschechischen Republik laut schriftlicher Auskunft von Petr Pokorný (Direktor der Sektion Gesundheitsversorgung, VZP) am 12. April 2011

7 Möglichkeiten der grenzübergreifenden Kooperation

Wie in Abschnitt 5.2 erläutert, besteht für Versicherungsnehmer, die auf Basis der Patientenrichtlinie ein Krankenhaus außerhalb ihres Versicherungslandes aufsuchen, ein erhebliches Risiko von Mehrzahlungen. Auf Basis der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 besteht dieses Risiko zwar nicht, allerdings ist auch hier zwingend eine Vorabgenehmigung der Krankenversicherung erforderlich. Ohne eine Vorabgenehmigung sind die Behandlungskosten im Ausland in voller Höhe selbst zu tragen. Vorabgenehmigungen auf Basis der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 für die Behandlung von in der Tschechischen Republik Versicherten in deutschen Krankenhäusern sind jedoch nicht in großem Umfang zu erwarten. Zu groß sind die der Krankenversicherung entstehenden Mehrkosten (vgl. Abschnitt 6). Der umgekehrte Fall der Erteilung einer Vorabgenehmigung zur Behandlung von in Deutschland Versicherten in einem tschechischen Krankenhaus durch den zuständigen deutschen Versicherungsträger ist eher vorstellbar.

Selbstzahler können stationäre Leistungen im Ausland ohne Einschränkung in Anspruch nehmen. Welche Möglichkeiten der grenzübergreifenden Kooperation darüber hinaus verbleiben, wird in diesem Abschnitt erörtert.

7.1 Koordinierung von Krankenhausplanung und –betrieb

Bei einer koordinierten Krankenhausplanung müssten bestehende Einrichtungen des Nachbarlandes in der heimischen Krankenhausplanung berücksichtigt werden. Anstelle eines Ausbaus bestehender Einrichtungen würde dann – den Abschluss entsprechender Versorgungsverträge mit den benachbarten Krankenversicherungsträgern vorausgesetzt – der Besuch einer stationären Einrichtung im Nachbarland empfohlen. Da das tschechische Gesundheitswesen anders als das deutsche keine expliziten Vorschriften zur Krankenhausplanung kennt, würde dies vor allem Bayern betreffen. Eine Finanzierung der im Ausland anfallenden Behandlungskosten müsste dann über eine von den Krankenversicherungen zu erteilende Vorabgenehmigung (E 112) erfolgen (vgl. Abschnitt 6), mit der die tatsächlich im Ausland entstehenden Kosten in voller Höhe zunächst von einer aushelfenden Krankenkasse im Behandlungsland vorfinanziert und dann im Wege der Internationalen Leistungsverrechnung durch die zuständige Krankenversicherung erstattet werden. Alternativ könnte eine Finanzierung erbrachter Leistungen auch auf dem Wege von direkten Versorgungsverträgen heimischer Krankenversicherer mit ausländischen Leistungserbringern erfolgen.

In analoger Anwendung der nationalen Bestimmungen zur Investitionskostenfinanzierung (vgl. Abschnitt 1.2) müssten diese zumindest inhaltlich auch hier angewandt werden. Wenn die Nutzung ausländischer Krankenhaus-Ressourcen die Vorhaltung eigener Ressourcen erübrigt, muss eine Beteiligung an den Investitionskosten im Ausland erfolgen. Quantitativ wäre ein Abschlag, der die tatsächlichen Nutzungszahlen deutscher und tschechischer Versicherter berücksichtigt, angebracht. Insgesamt erscheint eine gemeinsame Krankenhausplanung jedoch noch weit in der Zukunft zu liegen.

7.2 Attrahierung bestimmter Patientengruppen

Grenzgänger, die im einen Land wohnen und im anderen arbeiten, und Rentner, die ihren Wohnsitz im Nachbarland genommen haben, genießen besondere Freiheiten. Sie haben ein Wahlrecht, ob sie Sachleistungen im Inland oder im Ausland in Anspruch nehmen wollen. Dies gilt auch für Studierende, die sich vorübergehend im Rahmen eines Auslandsstudiums im europäischen Ausland aufhalten, solange sie dort keiner Beschäftigung nachgehen. Der Umfang der gewährten Sachleistungen richtet sich dabei immer nach den gesetzlichen Regelungen im Behandlungsland. Der Anspruch auf Geldleistungen kann dagegen nicht exportiert werden. Geldleistungen werden weiterhin nach Rechtslage des Versicherungsstaates gewährt.⁴⁰¹ Grenzgänger dokumentieren ihren Anspruch über das Formular E 106, Rentner über den Vordruck E 121, Studierende über die Europäische Krankenversicherungskarte EHIC.

Deutlich komplizierter ist dagegen der Versicherungsanspruch der Familienmitglieder. Ob die nicht erwerbstätige Ehefrau eines deutschen Rentners nach einem Umzug in die Tschechische Republik dieselben Ansprüche auf Sachleistungen (nach tschechischem Recht) geltend machen kann wie ihr Ehegatte, richtet sich nach den Bestimmungen zur Versicherung von Familienmitgliedern in Tschechien. Als sogenannte *Person ohne steuerpflichtiges Einkommen* (*osoba bez zdanitelných příjmu = OBZP*) ist sie verpflichtet, ihre Krankenversicherung selbst zu zahlen. Gesetzlich vorgeschrieben ist ein monatlicher Beitrag in Höhe von 13,5 Prozent⁴⁰² des gesetzlich festgelegten Mindestlohns.⁴⁰³ Bei einem derzeitigen Mindestlohn von 8.000 CZK⁴⁰⁴ (331,81 €) ergibt sich ein zu entrichtender Monatsbeitrag von 1.080 CZK (44,79 €).

In anderer Richtung sind für den Versicherungsanspruch eines in Tschechien (beitragspflichtig) versicherten Ehepartners ohne eigenes steuerpflichtiges Einkommen nach einem Umzug nach Deutschland die Voraussetzungen für eine Familienmitversicherung in Deutschland aus § 10 Abs. I SGB V maßgeblich. Die nicht erwerbstätige Ehefrau wird demnach ohne eigene Beitragszahlungen kostenfrei über ihren Partner mitversichert. Entscheidend ist also immer die Rechtslage im Zuzugsland.⁴⁰⁵ Glücklicherweise sind die Bestimmungen in beiden Ländern zumindest für Kinder in groben Zügen ähnlich: Kinder in der Ausbildung sind in beiden Ländern beitragsfrei versichert: In Deutschland als mitversicherte Familienangehörige, in Tschechien als sog. Staatsversicherte.⁴⁰⁶ Unterschiede ergeben sich erst im Detail, etwa bei den gewährten (anspruchsschädlichen) Freigrenzen für eigenes Einkommen. Ob der im Heimatland bestehende Anspruch auf eine beitragsfreie Mitversicherung auch nach dem Umzug ins Ausland weiterbesteht, muss daher in jedem Einzelfall von der Krankenversicherung des Zuzugslandes geprüft werden. Wird dieser verneint, besteht auch bei einem vorüber-

⁴⁰¹ Vgl. Art. 21 Abs. 1 VO (EG) Nr. 883/2004 sowie EUGH, Rechtssache C-160/96 (Molenaar) vom 5. März 1998

⁴⁰² Vgl. § 2 Abs. 1 Gesetz Nr. 592/1992

⁴⁰³ Vgl. § 3b Gesetz Nr. 592/1992

⁴⁰⁴ Vgl. § 2 Gesetz Nr. 567/2006 über den Mindestlohn und die niedrigsten Stufen des garantierten Lohnes - zákon č. 567/2006 Sb. o minimální mzdě a nejnižších úrovních zaručené mzdy

⁴⁰⁵ Art. 1 Buchstabe i Nr. 1 Buchstabe ii VO (EG) Nr. 883/2004

⁴⁰⁶ Vgl. § 7 Abs. 1 Buchstabe a Gesetz Nr. 48/1997

gehenden Aufenthalt des Angehörigen im Heimatland kein Versicherungsschutz mehr. Mitversicherte Familienangehörige tragen mithin stets ein gewisses Risiko bei einem Umzug ins Ausland ihren Versicherungsschutz zu verlieren. Bislang hat der EUGH darin nach Kenntnis der Autoren keine Einschränkung der Freizügigkeit gesehen. So urteilte er u.a. in der Rechtssache Chamier-Glisczinski, dass es keine Garantie geben könne, dass ein Umzug innerhalb Europas neutral in Bezug auf die gewährten Leistungen bei Krankheit ist, sondern im Einzelfall Vor- oder Nachteile haben könne.⁴⁰⁷

Auch als Ehepartner oder Kind eines im Inland arbeitenden und im Ausland lebenden Grenzgängers richtet sich Ihr Sachleistungsanspruch am Wohnort nach den dortigen Bestimmungen zur Familienmitversicherung. Vollen Zugang zu Sach- und Geldleistungen haben Familienangehörige von Grenzgängern jedoch im Beschäftigungsland des Versicherungsnehmers.⁴⁰⁸

Durch eine gezielte Anwerbung dieser Personengruppen in Krankenhäusern beiderseits der Grenze können Leistungen für Versicherungsausländer erbracht werden, ohne dass für den Leistungsempfänger ein Risiko von Mehrzahlungen besteht. Auf Basis der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 sind Krankenversicherer verpflichtet, auch entstehende Mehrkosten einer Auslandsbehandlung zu tragen (vgl. Abschnitt 5.1). Betroffen von dieser Regelung wären hier vor allem die tschechischen Krankenversicherer⁴⁰⁹. Es ist jedoch nicht zu erwarten, dass die Anzahl tschechischer Grenzgänger und in Deutschland ansässiger Rentner, die eine stationäre Behandlung in einem deutschen Krankenhaus in Anspruch nehmen wollen, so groß ist, dass daraus Mehrbelastungen in unvertretbarem Umfang entstehen könnten.

7.3 Gemeinsame Beschäftigung medizinischen Personals

Die rechtlichen Voraussetzungen und Regelungen zur Aufnahme einer vorübergehenden oder regelmäßigen beruflichen Tätigkeit im europäischen Ausland wurden in Abschnitt 4 dargestellt. Dabei wurde deutlich, dass vor allem im Bereich der reglementierten Berufe, zu denen auch der des Arztes zählt, im Wesentlichen nur formale Hürden zu bewältigen sind. Diese sind auf tschechischer Seite geringer als auf deutscher. Juristisch steht somit – Sprachkenntnisse vorausgesetzt – einer gleichzeitigen beruflichen Teilzeittätigkeit eines Arztes in beiden Ländern nichts entgegen. Möglicherweise könnte durch eine von Krankenhäusern beider Länder koordinierte gemeinsame Stellenausschreibung eine ärztliche Tätigkeit für den einen oder anderen Bewerber inhaltlich reizvoller werden. Gerade in kleineren Krankenhäusern in strukturschwächeren Gebieten ließen sich dann vakante Stellen leichter besetzen als es derzeit der Fall ist.

⁴⁰⁷ EUGHE vom 16.7.2009 Chamier-Glisczinski C-208/07, Randnummer 85

⁴⁰⁸ Weitere Informationen finden sich in der Broschüre *Merblatt für Grenzgänger* des GKV Spitzenverbandes und der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland, abrufbar unter: <http://www.dvka.de/oeffentlicheSeiten/pdf-Dateien/Grenzaenger/Grenzaenger2010.pdf> (Zugriff am 16. September 2011)

⁴⁰⁹ Vgl. Abschnitt 6 auf Seite 74

7.4 Wechselseitige Hospitationen

Berufsrechtlich noch leichter zu gestalten als eine dauerhafte berufliche Tätigkeit im europäischen Ausland ist das vorübergehende Ausüben der ärztlichen Tätigkeit (vgl. Abschnitt 4). Da häufig noch konkrete Kenntnisse über die stationäre Versorgung im Nachbarland fehlen, könnten wechselseitige Hospitationen zur Kontaktabbau und Vertrauensbildung dienen. Sinnvoll erscheint, gegenseitige Hospitationen von Ärzten gleicher Fachdisziplin im regelmäßigen Wechsel zu etablieren. Gerade in hochspezialisierten Fachabteilungen kann der Einblick in die „Behandlungskultur“ des Nachbarlandes zu einer fruchtbaren kritischen Auseinandersetzung mit eigenen Behandlungsmustern führen. Hospitationen ermöglichen leichter als alle formalen Strukturen, vom Nachbarn zu lernen und im Nachbarland gewonnene Anregungen bei der Tätigkeit im Heimatland einzubringen. Probleme oder zusätzliche Kostenbelastungen treten durch hospitierende Ärzte nicht auf, wenn die Anzahl der hospitierenden Ärzte in jedem Land gleich ist. Das Gehalt des Arztes würde einfach von seinem Arbeitgeber weitergezahlt. Ärztliche Leistungen, die im Rahmen der Hospitation erbracht werden, kommen dem gastgebenden Krankenhaus zu Gute, eine internationale Leistungsverrechnung findet nicht statt.

Gut vorstellbar und auch wünschenswert wäre, wenn nach einigen gegenseitigen Hospitationen eine Atmosphäre des Vertrauens entstünde, die gemeinsame ärztliche Dienste – etwa bei sportlichen oder kulturellen Großveranstaltungen im Grenzgebiet – ermöglichen würde. Gerade bei diesen Veranstaltungen ist mit einem Patientenaufkommen aus beiden Ländern zu rechnen. Die hospitierenden Ärzte aus dem Nachbarland könnten dann die Patienten aus ihrem Heimatland versorgen. Für die Leistungsverrechnung bieten sich in diesem speziellen Falle von Großveranstaltungen zwei verschiedene Wege an. Zum einen könnte der durch die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 vorgezeichnete Pfad beschritten werden. Demnach würde die Behandlung tschechischer Versicherungsnehmer in Deutschland nach deutschem Recht erfolgen, von einer deutschen Krankenkasse als aushelfendem Träger vorfinanziert werden und anschließend die entstandenen Behandlungskosten in vollem Umfang über die *Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA)* und das *Zentrum für zwischenstaatliche Zahlungen (Centrum mezistátních úhrad - CMU)* dem zuständigen Träger, der tschechischen Krankenkasse des Patienten, in Rechnung gestellt (vgl. Abschnitt 5.1). Analog würde die Behandlung des in Deutschland versicherten Patienten in Tschechien abgerechnet und vorfinanziert werden. Ob die Behandlung dabei durch einen im Behandlungsland festgestellten oder einen hospitierenden Arzt erfolgt, ist irrelevant.

Zum anderen aber könnte nach Rücksprache mit den Krankenkassen auch ein anderes Abrechnungsverfahren gewählt werden, das bei Zustimmung der Versicherungsnehmer die Mehrkosten einer Auslandsbehandlung für die tschechische Krankenversicherung vermeidet und auch für die deutsche Krankenversicherung kostenneutral ist. Dafür würde ein hospitierender tschechischer Arzt bei einer Großveranstaltung in Deutschland die an einem tschechischen Versicherungsnehmer erbrachten Leistungen in Rechnung stellen, als hätte die Veranstaltung in der Tschechischen Republik stattgefunden. Die Rech-

nungsstellung erfolgt durch den Arbeitgeber des hospitierenden Arztes, in diesem Fall das tschechische Krankenhaus, so dass dem tschechischen Kostenträger keine Mehrbelastungen aufgrund der Leistungsverrechnung nach Verordnung (EG) Nr. 883/2004 entstehen (vgl. Abschnitt 5.1). Für die deutsche Krankenversicherung hätte dieser Abrechnungsweg ebenfalls Vorteile, da für sie die Vorfinanzierung der Leistungen entfiel. Und auch für den Versicherungsnehmer entstehen viele Vorteile. Neben der ärztlichen Betreuung in der Muttersprache gestaltet sich die Anschlussheilbehandlung im Heimatland leichter, Doppeluntersuchungen werden vermieden. Nachteile könnten dem Versicherungsnehmer nur dann entstehen, wenn der im Behandlungsland gesetzlich vorgesehene Leistungsumfang höher ist als der im Versicherungsland und der Versicherungsnehmer durch seine Zustimmung zu oben skizzierten Abrechnungsweg auf diesen höheren Leistungsumfang verzichten würde, obwohl er ihm bei Abrechnung nach Art. 19 Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zugestanden hätte.

7.5 Kooperation bei der Nutzung medizinischer Großgeräte

Die in der Region von (und teilweise an) Krankenhäusern vorgehaltenen medizinischen Großgeräte wurden in Abschnitt 3 gelistet. Aus Sicht des Patienten könnte sich eine Untersuchung im Nachbarland immer dann anbieten, wenn diese im Heimatland nur in größerer Entfernung vom Wohnort oder mit größerer zeitlicher Verzögerung erbracht werden kann. Im Einzelfall könnte dies womöglich bei der Strahlentherapie oder der Kernspintomographie / Magnetresonanztomographie der Fall sein, insbesondere im südlichen Teil des Untersuchungsgebietes. Denkbar sind verschiedene Konstellationen der Zusammenarbeit, da die Diagnose räumlich getrennt von der Bildgebung erfolgen kann. So können die bildgebenden Verfahren aus dem Nachbarland eingesetzt werden und die Diagnose durch heimische Ärzte erfolgen, oder andersrum Aufnahmen eines heimischen MRTs zur (ergänzenden) Diagnose an Spezialisten im Nachbarland gesendet werden.

Die Finanzierung der im Ausland erbrachten Leistungen kann auf vier Wegen erfolgen:

- im Wege einer vom heimischen Krankenversicherungsträger vorab zu erteilenden Genehmigung (E 112)
- auf Basis von Direktverträgen zwischen den Krankenhäusern im einen und den Krankenversicherern im anderen Land
- im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zwischen den Leistungserbringern
- im Kostenerstattungsverfahren auf Basis der Patientenrichtlinie.

Ausdrücklich schließt die Patientenrichtlinie den Erstattungsanspruch bei telemedizinischen Leistungen aus dem Ausland, worunter auch die Diagnosestellung eines ausländischen Arztes fällt, mit ein.⁴¹⁰ Berufsrechtliche Probleme sind nicht erkennbar, da stets heimisches Personal tätig wird.

⁴¹⁰ Vgl. Art. 7 Abs. 7 RL 2011/24/EU

7.6 Fallweise Kooperation zum Ausgleich von Bedarfsspitzen

Grundsätzlich denkbar wäre eine Situation, in der bestimmte planbare Behandlungen auf Grund kurzfristiger Kapazitätsengpässe in einem Land erst nach einer unverhältnismäßig langen Wartezeit erbracht werden können, während sie jenseits der Grenze kurzfristig verfügbar sind. Konkrete Hinweise auf übermäßige Wartezeiten bei bestimmten Behandlungen liegen den Gutachtern jedoch in keinem Land vor. In diesem Fall wirken Mehrkosten, die tschechischen Krankenkassen durch eine Behandlung ihrer Versicherungsnehmer in Deutschland entstehen könnten, nicht als Hindernis. Seit dem Urteil des EUGH in der Rechtssache Watts⁴¹¹, haben Versicherte einen Anspruch auf Erteilung einer Vorabgenehmigung zur Inanspruchnahme von Sachleistungen nach der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 im Ausland, wenn eine Behandlung medizinisch notwendig ist, sie im Leistungskatalog des zuständigen Trägers enthalten ist und der betreffenden Person „[...] diese Behandlung nicht innerhalb eines in Anbetracht ihres derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs ihrer Krankheit medizinisch vertretbaren Zeitraums gewährt werden kann.“⁴¹²

Eine bessere Kenntnis der spezifischen Leistungsangebote der Krankenhäuser jenseits der Grenze kann eine Zusammenarbeit deutlich erleichtern. Versicherten könnte gezielt Hilfe und Beratung bei der Suche nach einem zeitnäher behandelnden Krankenhaus im Nachbarland angeboten werden.

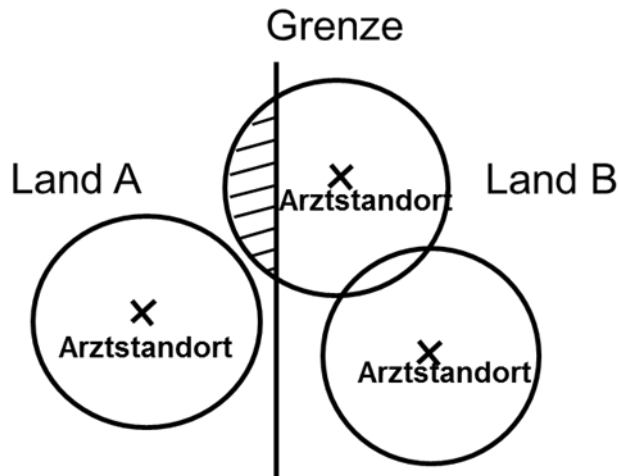
7.7 Fallweise Überweisung von medizinischen Problemfällen an spezialisierte Krankenhäuser im Nachbarland

Sollte sich im Zuge der stationären Behandlung eines einheimischen Versicherungsnehmers herausstellen, dass dieser zur weiteren Behandlung in ein Krankenhaus mit besonderer Spezialisierung überwiesen werden muss, könnte anstelle eines heimischen Krankenhauses auch an die Überweisung in ein entsprechend qualifiziertes Krankenhaus im Nachbarland gedacht werden. Für den Versicherungsnehmer im Grenzgebiet könnte dies dann von Vorteil sein, wenn das ausländische Krankenhaus näher an seinem Wohnort liegt als das inländische. Untenstehende Grafik verdeutlicht diesen Fall. Dargestellt sind ein ärztlicher Standort in Land A und zwei in Land B mit den jeweiligen durch Kreise stilisierten Einzugsbereichen. Für alle Patienten, die im Bereich der gestrichelten Fläche in Land A wohnen, ist eine Behandlung in Land B wohnortnäher als im Heimatland.

⁴¹¹ EUGHE vom 16.5.2006, Rechtssache C 372/04

⁴¹² Art. 20 Abs. 2 S. 2 VO (EG) Nr. 883/2004

Abbildung 11: Wohnortnahe Behandlung durch ausländischer Ärzte



Vor allem aus zwei Gründen sollte in Kooperationsprojekte diesen Musters jedoch nicht zu viel Hoffnung gesetzt werden. Zum einen wird die Sprachbarriere häufig dazu führen, dass ein Patient oder seine Angehörigen lieber weitere Wege in Kauf nehmen, als in Wohnortnähe in fremder Sprache behandelt zu werden. Aber auch wenn diesem Problem durch zweisprachiges Personal in den Krankenhäusern im Grenzgebiet begegnet werden kann, bleibt das Problem der Finanzierung. Zweifelsfrei ist sowohl für eine Kostenübernahme gewährter Sachleistungen (Verordnung (EG) Nr. 883/2004) als auch für die Teilkostenerstattung (Patientenrichtlinie) eine Vorabgenehmigung des Krankenversicherers erforderlich. Mit einer Zustimmung für die Behandlung tschechischer Versicherter in deutschen Krankenhäusern von einer tschechischen Krankenversicherung ist indes regelmäßig nicht zu rechnen. Zu groß sind die aus ihrer Sicht zu Recht zu erwartenden Mehrkosten für eine Auslandsbehandlung. In der Gegenrichtung ist dagegen eine Vorabgenehmigung der deutschen Krankenversicherungen für eine Behandlung in Tschechien gut vorstellbar, da hier nicht mit Mehrkosten zu rechnen ist.

7.8 Regelmäßige Visiten in Nachbarkrankenhäusern für inländische Versicherungsausländer

Möglicherweise könnte das Potential merklich erhöht werden, wenn zunächst die Mobilität der Ärzte gefördert würde, um dann in der Folge auch die Patientenmobilität zu erhöhen. Denkbar wäre der regelmäßige Austausch von angestellten Krankenhausärzten an vorab festgelegten und kommunizierten Tagen im Monat, an denen hospitierende Ärzte an der Visite teilnehmen oder – soweit rechtlich zulässig - für ambulant angebotene Leistungen zur Verfügung stehen. Adressat könnten Versicherungsnehmer des Nachbarlandes (Versicherungsausländer) sein, die zur eigenen Sprachgruppe gehören, meist also Inländer sind. Gedacht ist also an Deutsche, die in der Tschechischen Republik leben und dort versichert sind, oder an Tschechische Staatsbürger, die in Deutschland leben und arbeiten und folglich auch dort versichert sind. Im Fokus stehen hier folglich nicht die Gruppen, die in Abschnitt 7.2 auf Seite 77 angesprochen wurden, also weder Grenzgänger noch Rentner, die einen originären Versicherungsanspruch in beiden

Ländern genießen und daher zu Behandlungszwecken leicht ins Heimatland reisen könnten.

Nur relativ geringe Aussicht auf eine Umsetzung scheint dagegen der in der Machbarkeitsstudie angedachte Fall zu haben, dass behandelnden Ärzte Problemfälle, die sonst an ein anderes, dem Wohnort ferneres Krankenhaus im Inland hätten verwiesen werden müssen, aus ihrem Land mit zur Behandlung ins Nachbarland bringen.

Obwohl die Vorstellung, so die Sprachbarriere überwinden zu können und das Vertrauensverhältnis zum heimischen, begleitenden Arzt bewahren zu können, verlockend ist, erscheint die Vorstellung aus medizinischen Erwägungen abwegig. In den meisten Fällen wird Ärzten die entsprechende Erfahrung in der Behandlung fehlen, wenn sie diese nicht regelmäßig an ihrem Heimatkrankenhaus erbringen können. Von möglichen Ausnahmen abgesehen, würde sich die Überweisung in die nächstgelegene nationale oder ggf. auch internationale Klinik als überlegen erweisen (vgl. Abschnitt 7.7 auf Seite 81).

8 Zusammenfassung

Der gemeinsame europäische Markt und die darin garantierte Dienstleistungsfreiheit schließen grundsätzlich auch die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen im europäischen Ausland ein. Allerdings ist nur in bestimmten Fällen sichergestellt, dass die heimische Krankenversicherung die vollen Kosten für die Behandlung übernimmt. Um die Gemeinschaft der Versicherten vor Mehrkosten zu schützen, wurde die Verpflichtung der Krankenversicherungen zur Kostenübernahme bei im Ausland erbrachten Leistungen eingeschränkt. Zum einen sollte so eine Unterwanderung nationaler Rationierungsbestrebungen verhindert werden, zum anderen trägt diese Regelung dem besonderen (nationalen) Planungsbedarf im stationären Sektor Rechnung.

Nur Selbstzahler, Rentner und Grenzgänger, sowie ggf. ihre Familienangehörigen haben sowohl in Deutschland als auch in der Tschechischen Republik uneingeschränkten Zugang zu Dienstleistungen des stationären Sektors. Bei allen anderen Versichertengruppen muss für eine geplante Auslandsbehandlung die Zustimmung der Krankenkasse eingeholt werden, damit diese auch die vollen Kosten übernimmt. Die beträchtlichen Kostenunterschiede zwischen beiden Ländern machen eine Zustimmung der tschechischen Krankenversicherungen zu einer vollständigen Kostenübernahme in den meisten Fällen jedoch unwahrscheinlich, so dass für den tschechischen Versicherten bei einem Krankenhausaufenthalt in Deutschland das Risiko eines sehr hohen Eigenanteils besteht.

Die Übernahme der Kosten für die Behandlung eines in Deutschland Versicherten in einem tschechischen Krankenhaus erscheint dagegen weniger problematisch. Zwar ist hier ebenfalls eine Vorabgenehmigung durch den zuständigen Versicherungsträger nötig, allerdings entstehen der deutschen Krankenversicherung dadurch in der Regel keine Mehrkosten.

Daneben gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten für eine engere grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Krankenhausbereich. So gibt es etwa berufsrechtlich kaum nennenswerte Hindernisse für eine vorübergehende oder dauerhafte Tätigkeit von Ärzten im Nachbarland. Nicht nur wechselseitige Hospitationen sind beispielsweise unbürokratisch und unkompliziert zu verwirklichen, ohne dass den Beteiligten zusätzliche Kosten entstehen. Ausgehend von regelmäßigen Hospitationen könnte die Anzahl von Auslandsbehandlungen gastierender Ärzte zunehmend systematisiert und intensiviert werden.