

Einführung¹

Die Krankenhäuser stehen gleichermaßen wie das Gesundheitswesen insgesamt seit Jahren im Fokus der unterschiedlichsten Reformbemühungen, die sämtlich das Ziel der Kosteneinsparung verfolgen. Der aktuelle Reformschritt, der mit dem Krankenhausreformgesetz vom 17. März 2009 umgesetzt werden soll, sieht maßgebliche Veränderungen im Bereich der Finanzierungsgrundlagen der Krankenhäuser vor. Trotz dieser Bedeutung des Krankenhauswesens ist in der Praxis vielfach festzustellen, dass die wesentlichen Grundlagen des Krankenhausrechts und der Krankenhausfinanzierung nicht in allen Einzelheiten bekannt sind und sich insbesondere in der Gesamtsystematik für viele Entscheidungsträger und Gremienvertreter nur schwer erschließen. Mit dem vorliegenden Buch soll ein Überblick über die relevanten rechtlichen Grundlagen des Krankenhausrechts und der Krankenhausfinanzierung gegeben werden, der insbesondere für Praktiker das Verständnis der Belange der einzelnen Krankenhäuser wecken und ihnen andererseits als Kompendium über die aktuellen Regelungen dienen soll. Damit soll zugleich ein Wegweiser durch die zum Teil auf den unterschiedlichsten Ebenen bestehenden gesetzlichen Grundlagen gegeben werden, mit dem auch die Zusammenhänge zwischen den Regelungen verdeutlicht werden. Abgerundet wird dies durch praktische Hinweise zur Umsetzung der bestehenden rechtlichen Vorgaben.

1 Vorbemerkung: Mit den in diesem Buch verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

1 Zur Terminologie

Der Begriff des Krankenhausrechts ist gesetzlich nicht definiert. Ihm werden jedoch üblicherweise insbesondere die Bereiche der Krankenhausfinanzierung, der Krankenhausplanung und der Bereich der Beziehungen zu den Leistungserbringern zugeordnet.

Insoweit stellt sich das Krankenhausrecht im Wesentlichen als Teil des Verwaltungsrechts sowie des Sozialrechts dar.

2 Rechtsgrundlagen

Entsprechend der – verschiedene Rechtsgebiete umfassenden – Begrifflichkeit finden sich die Rechtsgrundlagen des Krankenhausrechts auch in verschiedenen gesetzlichen Bestimmungen.

2.1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

Nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG hat der Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz (Art. 72 GG) für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und der Krankenhauspflegegesätze.

Diese Kompetenz hat der Bund mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sowie dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. für die Krankenhäuser, die nicht zur Anwendung des KHEntgG verpflichtet sind, der Bundespflegesatzverordnung (BPfV) ausgeschöpft. Rechtsvorgänger für alle Krankenhäuser, die nun dem KHEntgG unterliegen war die BPfV, die damals deutlich umfangreichere Regelungen enthielt. Dementsprechend enthalten die genannten Gesetze die zentralen Bestimmungen über die Grundfragen der Krankenhausfinanzierung.

Neben begrifflichen Bestimmungen legt das KHG insbesondere den zentralen Grundsatz des Krankenhausfinanzierungsrechts fest, wonach sich die Krankenhäuser über die öffentliche Förderung von Investitionskosten sowie leistungsgerechte Erlöse aus Pflegesätzen finanzieren (sog. duale Finanzierung). Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) 2009 ist die jüngste Reformierung der bestehenden Krankenhausfinanzierung erfolgt.

2.2 Landeskrankenhausgesetze

Indem das GG dem Bund lediglich bezüglich der genannten Grundsatzfragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und der Krankenhauspflegegesätze Kompetenzen überträgt, liegt die Gesetzgebungskompetenz im Krankenhausbereich im Übrigen grundsätzlich bei den Ländern.

Dies führt dazu, dass es in jedem einzelnen Bundesland ein eigenes Krankenhausgesetz gibt. Die Landeskrankenhausgesetze unterscheiden sich in Aufbau, Struktur und Inhalt stark voneinander. Zentraler Bestandteil jedes Landeskrankenhausgesetzes ist im Wesentlichen die Ausgestaltung der öffentlichen Förderung der Investitionskosten.

2.3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

Das SGB V behandelt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). In diesem Rahmen werden auch Fragen der Rechtsbeziehungen zwischen den sog. Leistungserbringern, zu denen neben Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten u. a. auch die Krankenhäuser gehören, geregelt. Um eine Finanzierung über Pflegesätze nach dem KHG zu erhalten, muss ein Krankenhaus auch in einer Leistungsbeziehung zu den „Kostenträgern“, also den Krankenkassen stehen. Dies regelt das SGB V.

Nicht im SGB V geregelt ist dagegen das Verhältnis zur privaten Krankenversicherung (PKV). Einige Fragen hierzu sind im KHEntG geregelt; ansonsten gelten hier aber allgemeine zivilrechtliche Bestimmungen. Im Gegensatz zur GKV handelt es sich im Verhältnis Patient – Privatversicherter um ein privates Versicherungsverhältnis. Unmittelbare Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhaus und PKV kommen hier nur dann zustande, wenn entsprechende ausdrückliche Vereinbarungen zwischen Krankenhaus und PKV getroffen werden; ansonsten bestehen lediglich Vertragsverhältnisse zwischen Krankenhaus und Patient einerseits und Patient und PKV andererseits.

2.4 Besondere Rechtsvorschriften

Das Krankenhausrecht kennt neben den bereits dargestellten Normen einige besondere Rechtsvorschriften, die aufgrund ihrer praktischen Bedeutung einer kurzen Skizzierung bedürfen:

Das Gesetz über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (Röntgenverordnung) regelt Anforderungen an den Betrieb von Röntgeneinrichtungen im Wesentlichen im Krankenhausbereich. Dabei werden insbesondere explizite und umfangreiche Qualitätsanforderungen sowohl in technischer als auch qualitativer Hinsicht gestellt.

Diese Voraussetzungen müssen ständig beachtet werden, um einen zulässigen Betrieb von Röntgeneinrichtungen aufrecht zu erhalten.

Auch das Medizinproduktegesetz (MPG) ist im Krankenhausbereich relevant. Regelungsinhalt ist der Verkehr mit Medizinprodukten und in diesem Kontext die Sicherstellung der „Sicherheit, Eignung und Leistung der Medizinprodukte sowie der Gesundheit und des erforderlichen Schutzes der Patienten, Anwender und Dritter“.

Übersicht wichtiger Rechtsnormen im Krankenhausbereich und Regellungscharakter

SGB V	Fragen der Leistungsbeziehungen zwischen Krankenhaus und GKV
KHG	Grundfragen der Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung
Krankenhausgesetze der Länder	Details der Krankenhausfinanzierung betreffend Fördermittel Details betreffend die Krankenhausplanung
KHEntgG/BPfV	Details der Krankenhausfinanzierung betreffend Finanzierung durch die GKV

3 Begrifflichkeiten

3.1 Krankenhaus

3.1.1 Der Begriff des Krankenhauses

Der Begriff des Krankenhauses ist im KHG definiert. Danach sind Krankenhäuser gemäß § 2 Nr. 1 KHG

„Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden, Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können.“

Um ein Krankenhaus zu sein, müssen alle Voraussetzungen, also

- ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen,
- Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden und
- Möglichkeit der Unterbringung und Verpflegung

gegeben sein. Die Unterbringungs- und Verpflegungsmöglichkeit stellt hierbei das maßgebliche Abgrenzungskriterium zur ambulanten Versorgung dar.

Auch im SGB V ist das Krankenhaus definiert. Nach § 107 Abs. 1 SGB V muss ein Krankenhaus verschiedene Vorgaben erfüllen:

- ständige fachlich-medizinische ärztliche Leitung,
- dem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten,
- Arbeit nach wissenschaftlich anerkannten Methoden,
- jederzeit verfügbares Pflege-, Funktions-, sowie medizinisch-technisches Personal und
- Unterbringungs- und Verpflegungsmöglichkeiten.

Dabei muss es „vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten erkennen, heilen, ... lindern oder Geburtshilfe leisten.“

Wiewohl die Kriterien im KHG und im SGB V ähnlich sind, so sind sie doch nicht identisch. Es ist also nicht ausgeschlossen, dass ein Krankenhaus zwar die Voraussetzungen des KHG erfüllt, den etwas weiter gefassten Anforderungen des SGB V jedoch nicht gerecht wird. Die Kernbereiche Krankheits-

erkennung und -heilung sowie die Zurverfügungstellung von Unterbringungs- und Verpflegungsmöglichkeiten bilden aber in beiden Gesetzen das Kernstück des Krankenhausbegriffes.

3.1.2 Geförderte Krankenhäuser und Plankrankenhäuser

§ 1 des KHG legt als Zweck des Gesetzes die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser fest. Obwohl der Krankenhausbegriff des § 2 Nr. 1 KHG umfassend ist, erfasst das Gesetz nicht alle Krankenhäuser, die die genannten Kriterien erfüllen. Der Kreis der nach dem KHG geförderten Krankenhäuser ist also kleiner als der Kreis der Krankenhäuser insgesamt.

Ausdrücklich ausgenommen vom Anwendungsbereich des Gesetzes werden nach § 3 KHG

- Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug,
- Polizeikrankenhäuser,
- Krankenhäuser der Träger der allgemeinen Rentenversicherung und Krankenhäuser der gesetzlichen Unfallversicherung.

Neben diesen vom Anwendungsbereich des Gesetzes von vornherein ausgeschlossenen Krankenhäusern fallen weitere Krankenhäuser, obwohl sie begrifflich Krankenhäuser sind, aus der Förderung nach dem KHG heraus.

Nicht gefördert werden insbesondere:

- Hochschulkliniken (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG),
- Krankenhäuser, die nicht die in § 67 Abgabenordnung bezeichneten Voraussetzungen erfüllen (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 KHG),
- Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 KHG).

Die Herausnahme der Krankenhäuser, die die in § 67 der Abgabenordnung (AO) verlangten Kriterien nicht erfüllen, betrifft vor allem Privatkliniken. § 67 Abs. 1 AO verlangt, „*dass mindestens 40 % der jährlichen Belegungstage auf Patienten entfallen, bei denen die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen (§ 7 KHEntgG, § 10 BPflV) berechnet werden.*“ Für nicht in den Anwendungsbereich des KHEntgG fallende Krankenhäuser verlangt § 67 Abs. 2 AO, „*dass mindestens 40 % der jährlichen Belegungs- oder Berechnungstage auf Patienten entfallen, bei denen für die Krankenhausleistungen kein höheres Entgelt als nach Abs. 1 berechnet wird*“. Reine Privatkliniken haben demnach keinen Förderanspruch nach dem KHG.

Somit bleibt nach der Systematik des Gesetzes quasi ein Kernbestand von Krankenhäusern übrig, auf den das Gesetz anwendbar ist und für die das Gesetz in erster Linie auch gedacht ist. Für diesen Kernbestand, der in allererster Linie die zur flächendeckenden Gesundheitsversorgung erforderlichen

Akutkrankenhäuser umfasst, gilt das KHG allerdings nach § 6 KHG nur, „*soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes ... aufgenommen sind*“.

Hierdurch wird der Begriff des „Plankrankenhauses“ beschrieben. „Plankrankenhäuser“ sind also Krankenhäuser im Sinn des KHG, bei denen eine Anwendung des KHG nicht gesetzlich ausgeschlossen ist und die zugleich in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind. Diese Krankenhäuser haben Anspruch auf Förderung nach dem KHG.

Sobald ein Krankenhaus aus dem Landeskrankenhausplan ausscheidet, verliert es zugleich den Anspruch auf Förderung nach dem KHG. Eine Übersicht über Förderungsansprüche gibt Tabelle 1.

Tab. 1: Beispiele für Förderungsansprüche nach dem KHG

Einrichtung	Krankenhaus	Anwendung des KHG	Förderung nach KHG
Akutkrankenhaus der normalen Krankenversorgung	ja	ja	ja, wenn im Krankenhausplan
Privatklinik	ja	ja	nein (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 KHG)
Krankenhaus des Maßregelvollzugs (Straftäter)	ja	nein (§ 3 Nr. 2 KHG)	nein
Schönheitsklinik	nein (keine Heilung von Krankheiten, § 2 Nr. 1 KHG)	nein	nein

3.1.3 Krankenhasträger

Krankenhasträger ist die juristische Person, die ein Krankenhaus betreibt. In Deutschland gibt es traditionell hierbei eine grundsätzliche Dreiteilung der Träger, nämlich

- öffentliche,
- freigemeinnützige und
- private Träger.

Die stärkste Gruppe bilden derzeit die freigemeinnützigen Träger mit etwas mehr als einem Drittel, gefolgt von den öffentlichen Trägern mit ungefähr einem Drittel und den privaten Trägern mit knapp einem Drittel. Dabei ist in den letzten Jahren der Anteil der privaten Träger insbesondere zu Lasten der öffentlichen Träger erheblich gewachsen.

Freigemeinnützige Krankenhäuser werden vielfach von kirchlichen Trägern betrieben. Klassische Rechtsformen der Krankenhausträger in diesem Bereich sind GmbH, Stiftung und e. V. In der Regel, wenn auch nicht zwingend, handelt es sich hierbei (wie der Name frei „gemeinnützig“ schon sagt) um Krankenhäuser, die für sich die Vergünstigungen der Vorschriften der Abgabenordnung über gemeinnützige Zwecke in Anspruch nehmen.

Öffentliche Krankenhäuser sind im klassischen Sinn die Krankenhäuser, die in Trägerschaft einer Körperschaft (insbesondere kommunale Gebietskörperschaften wie Stadt, Kreis oder kommunaler Zweckverband) stehen. Zu den öffentlichen Krankenhäusern gehören auch solche, die von öffentlich-rechtlichen Personen beherrscht sind, also etwa GmbHs mit dem Mehrheitsgesellschafter Stadt.

Bei den privaten Trägern hat sich insbesondere durch die Ausbildung größerer Ketten die Aktiengesellschaft als Rechtsform etablieren können. Daneben finden sich hier nicht zuletzt aufgrund der Gewinnerzielungsabsicht der privaten Krankenhäuser aber auch andere Formen, die bei den anderen Trägerformen nicht auftreten, wie etwa der Einzelunternehmer oder Rechtsfiguren des Handelsrechts wie die GmbH & Co KG.

3.1.4 Anstaltskrankenhäuser und Belegkrankenhäuser¹

Hinsichtlich ihrer grundlegenden Struktur unterscheidet man Anstalts- und Belegkrankenhäuser. Bei Anstaltskrankenhäusern erfolgt die gesamte ärztliche und pflegerische Versorgung durch das Krankenhaus, üblicherweise unter Zuhilfenahme eigenen Personals. In diesen Krankenhäusern schließt der Patient mit dem Krankenhausträger einen so genannten „totalen Krankenhausvertrag“, der auf sämtliche genannte Leistungen gerichtet ist.

Belegkrankenhäuser hingegen gewähren lediglich eine ärztliche Versorgung durch Belegärzte. Belegärzte sind nach § 121 Abs. 2 SGB V „*nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereit gestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär zu behandeln*“.

Hier schuldet der Belegarzt die ärztliche Leistung. Lediglich die übrigen – also nicht-ärztlichen – Leistungen werden vom Krankenhaus geschuldet. Bei der Aufnahme kommt dementsprechend ein „gespaltener Krankenhausvertrag“ zustande: über die ärztlichen Leistungen ein Vertrag mit dem Belegarzt und über die übrigen Leistungen ein Vertrag mit dem Krankenhaus.

Mischformen sind häufig. Insbesondere werden in vielen Anstaltskrankenhäusern auch Belegabteilungen, etwa für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (HNO)

1 Belegkrankenhäuser vgl. näher unter 6.1

und Augenheilkunde, geführt. Für diese Abteilungen (aber nur für diese) gelten dann die gleichen Grundsätze wie bei Belegkrankenhäusern, während für die übrigen Abteilungen die Grundsätze für Anstaltskrankenhäuser gelten.

3.1.5 Versorgungsstufen

Unterschiedliche Krankenhäuser haben unterschiedliche Aufgaben. Dies manifestiert sich in der Regel in den Ausweisungen des (Landes-)krankenhausplans des jeweiligen Bundeslandes. Dabei gehen die Länder davon aus, dass Krankenhäuser je nach Aufgabenstellung unterschiedlichen Versorgungsstufen zuzuordnen sind. Obwohl eine bundeseinheitliche Terminologie nicht besteht, kann jedoch davon ausgegangen werden, dass üblicherweise von vier Versorgungsformen ausgegangen wird.

Exemplarisch unterscheidet etwa der Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz begrifflich zwischen folgenden (nach Bedeutung aufsteigenden) Versorgungsformen bei Krankenhäusern der Akutversorgung:

- Krankenhäuser der Grundversorgung,
- Krankenhäuser der Regelversorgung,
- Schwerpunktkrankenhäuser,
- Krankenhäuser der Maximalversorgung.

Je nach Zugehörigkeit zu einer Versorgungsstufe werden verschiedene Vorgaben beispielsweise hinsichtlich der Vorhaltung von bestimmten Abteilungen verlangt².

In Art. 4 BayKrG etwa wird für die erste Versorgungsstufe lediglich „*ein Beitrag*“ zur Grundversorgung verlangt, der sich vor allem in der Inneren Medizin oder der Chirurgie ausdrücken soll. Schon die zweite Versorgungsstufe fordert aber zwingend die gleichzeitige Vorhaltung von Innerer Medizin und Chirurgie.

Die Zuordnung zu einer bestimmten Versorgungsstufe kann Auswirkungen auf die Höhe der gewährten Fördermittel haben.

3.2 Versorgungsvertrag und Versorgungsauftrag

Versorgungsvertrag und Versorgungsauftrag sind zentrale Begriffe des Krankenhausrechts. In der Praxis werden sie häufig miteinander verwechselt. Sie sind zwar inhaltlich miteinander verwandt, aber nicht identisch und gehören

2 Ähnliche Regelungen finden sich in allen Ländern. Der Freistaat Bayern hat eine vergleichbare Zuordnung im Gesetz selbst vorgenommen (Art. 4 BayKrG).