

Gerald Schmola/Boris Rapp

Grundlagen des Krankenhaus- managements

Betriebswirtschaftliches
und rechtliches Basiswissen

2., erweiterte und
überarbeitete Auflage

Kohlhammer

Kohlhammer

Die Autoren

Prof. Dr. Gerald Schmola lehrt Gesundheitsmanagement an der Hochschule Hof und hat langjährige Erfahrung in leitender Funktion im Gesundheitswesen.

Dr. Boris Rapp, promovierter Arzt und Diplom-Kaufmann, war viele Jahre erfolgreich im Krankenhausmanagement tätig, u. a. als Geschäftsführer und Regionalgeschäftsführer.

Gerald Schmola, Boris Rapp

Grundlagen des Krankenhausmanagements

Betriebswirtschaftliches und rechtliches
Basiswissen

2., erweiterte und überarbeitete Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

2. Auflage 2020

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-036240-6

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-036241-3

epub: ISBN 978-3-17-036242-0

mobi: ISBN 978-3-17-036243-7

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung in das Management von Krankenhäusern	11
1.1	Besonderheiten von Krankenhausleistungen	11
1.2	Aktuelle und zukünftige Entwicklungen im Krankenhausmarkt	14
2	Rechtliche und begriffliche Grundlagen	17
2.1	Begriff »Krankenhaus«	17
2.2	Wichtige rechtliche Grundlagen im Überblick	18
2.3	Trägerschaften	19
2.4	Leistungen eines Krankenhauses	19
2.4.1	Krankenhausleistung	19
2.4.2	Allgemeine Krankenhausleistungen	20
2.4.3	Wahlleistungen	21
2.4.4	Stationäre/teilstationäre Leistungen	21
2.4.5	Ambulantes Operieren	21
2.4.6	Vor- und nachstationäre Behandlung	21
2.4.7	Belegärztliche Leistungen	22
2.4.8	Krankenhausvertrag	22
2.5	Krankenhausplanung	23
2.5.1	Grundlagen	23
2.5.2	Bedarfsermittlung	24
2.5.3	Versorgungsstufen	25
2.6	Versorgungsvertrag	26
2.7	Versorgungsauftrag	26
3	Investitionskostenfinanzierung	28
3.1	Grundlagen	28
3.2	Investitionskosten	28
3.2.1	Begrifflichkeiten	28
3.2.2	Förderungsfähige Kosten	29
3.3	Rechtsanspruch auf Förderung	32
3.4	Zusammenfassung und Beispiele	32
4	Betriebskostenfinanzierung	34
4.1	Grundlagen der Vergütung von Betriebskosten	34
4.2	Bildung von DRGs	37
4.3	Gruppierungsprozess	39

4.3.1	Bildung der Basis-DRG	39
4.3.2	Schweregradbildung	41
4.3.3	DRG-Funktionen	45
4.4	Bewertung der DRGs	46
4.5	Sonderregelungen	49
4.5.1	Obere Grenzverweildauer	49
4.5.2	Untere Grenzverweildauer	51
4.5.3	Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus	52
4.5.4	Verlegungen zwischen Krankenhäusern	54
4.6	Vor- und nachstationäre Leistungen	56
4.7	Zusatzentgelte	57
4.8	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) ...	58
4.9	Zu- und Abschläge	58
4.10	Wahlleistungen	60
4.10.1	Allgemeines	60
4.10.2	Ärztliche Wahlleistungen	61
4.10.3	Nichtärztliche Wahlleistungen	64
4.11	Belegärztliche Leistungen	65
4.12	Teilstationäre Leistungen	66
4.13	Abrechnungsprüfung	66
4.14	Pauschalierende Entgelte in der Psychiatrie und Psychosomatik	68
4.14.1	Einführung und Grundidee	68
4.14.2	Begrifflichkeiten	69
4.14.3	Ermittlung einer PEPP	70
4.14.4	Stationsäquivalente Behandlung	71
4.14.5	Fehler-PEPP	71
4.14.6	Ermittlung des Rechnungsbetrags	72
4.14.7	Weitere ausgewählte Regelungen	72
4.15	Weiterentwicklung der Finanzierungsstrukturen	74
5	Ambulante Versorgung am Krankenhaus	77
5.1	Ambulante Leistungserbringung durch Krankenhäuser	77
5.2	Ambulantes Operieren	80
5.3	Ermächtigungen und Chefarztambulanzen	81
5.4	Medizinische Versorgungszentren	81
5.5	Vergütung	82
6	Finanz- und Medizincontrolling	85
6.1	Abgrenzung und Aufgaben	85
6.2	Berichtswesen	86
6.3	Abteilungsergebnisrechnung	88
6.4	Kostenträgerrechnung	90
6.5	Entgeltverhandlungen	94
6.5.1	Einführung	94
6.5.2	Verhandlungsinhalte	95

	6.5.3	Fixkostendegressionsabschlag	99
6.6		Instrumente des Medizincontrollings	100
	6.6.1	Kodierrichtlinien	100
	6.6.2	Kodiermodelle	102
	6.6.3	MD-Management	103
7		Jahresabschluss im Krankenhaus	106
	7.1	Einführung	106
	7.2	Wichtige Sonderregelungen für Krankenhäuser	108
	7.3	Ausgewählte Positionen einer Krankenhausbilanz	109
		7.3.1 Aktiva	109
		7.3.2 Passiva	111
	7.4	Ausgewählte Positionen der Gewinn- und Verlustrechnung ...	113
	7.5	Lagebericht	117
	7.6	Anhang	119
8		Personalmanagement	122
	8.1	Personalbedarfsplanung	122
	8.2	Personaleinsatzplanung	130
	8.3	Rechtliche Grundlagen	131
	8.4	Personaluntergrenzen	132
	8.5	Personalentwicklung	135
	8.6	Fort- und Weiterbildung	137
		8.6.1 Allgemeines	137
		8.6.2 Pflegedienst	138
		8.6.3 Ärztlicher Dienst	139
	8.7	Konsil- und Honorarverträge	141
9		Prozess- und Fallmanagement	143
	9.1	Definition und Abgrenzungen	143
		9.1.1 Prozesse im Krankenhaus	143
		9.1.2 Abteilungsorientierung im Krankenhaus	144
		9.1.3 Fallmanagement	146
	9.2	Aufnahmemanagement	147
	9.3	Behandlungsmanagement	150
		9.3.1 Stationsorganisation	150
		9.3.2 OP-Organisation	152
		9.3.3 Delegation ärztlicher Tätigkeiten	154
	9.4	Entlassungsmanagement	155
	9.5	Lean Hospital	157
10		Marketingmanagement	160
	10.1	Notwendigkeit von Marketing	160
	10.2	Rechtliche Rahmenbedingungen	162
		10.2.1 Ärztliches Berufsrecht	162
		10.2.2 Heilmittelwerbegesetz	163

	10.2.3 Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) ...	165
	10.2.4 Weitere relevante Rechtsquellen	166
10.3	Zielgruppen und deren Ansprüche	166
	10.3.1 Patienten	166
	10.3.2 Zuweiser	167
	10.3.3 Kostenträger	169
	10.3.4 Besucher und Angehörige	169
	10.3.5 Öffentlichkeit	170
	10.3.6 Mitarbeiter	170
10.4	Marketingprozess	171
	10.4.1 Situationsanalyse	171
	10.4.2 Marketingziele und strategische Ausrichtung	181
	10.4.3 Marketing-Mix	184
10.5	Ausgewählte Fragestellungen	187
	10.5.1 Patientenbefragung	187
	10.5.2 Krisen-PR	190
11	Qualitätsmanagement und Datenschutz	192
	11.1 Grundlagen des Qualitätsmanagements	192
	11.2 Verpflichtende Maßnahmen	192
	11.2.1 Internes Qualitätsmanagement	192
	11.2.2 Externe Qualitätssicherung	193
	11.2.3 Qualitätsberichte	195
	11.2.4 Beauftragtenwesen	196
	11.3 Freiwillige Maßnahmen	196
	11.3.1 Zertifizierungen	196
	11.3.2 Zentrenbildung	197
	11.3.3 Klinisches Risikomanagement/CIRS	198
	11.4 Datenschutz	200
	11.4.1 Allgemeines	200
	11.4.2 Ärztliche Schweigepflicht	200
	11.4.3 Allgemeines und spezielles Datenschutzrecht	201
	11.4.4 Europäische Datenschutzgrundverordnung	202
12	Einkauf	205
	12.1 Aufgaben des Einkaufs	205
	12.2 Besonderheiten des Krankenhauseinkaufs	206
	12.3 Ist-Zustand im Krankenhauseinkauf	208
	12.4 Organisation des Einkaufs	209
	12.4.1 Operativer und strategischer Einkauf	209
	12.4.2 Sourcing-Strategien	210
	12.4.3 Definition qualitativer Anforderungen	212
	12.4.4 Standardisierung	212
	12.4.5 Dienstleistungseinkauf	213
	12.4.6 Capitation-Vergütung	215
	12.4.7 Warenannahme	216

12.4.8 Lagerhaltung	216
12.4.9 Bestellzeitpunkt und Bestellmenge	223
12.5 Management von Lieferantenbeziehungen	227
12.6 ABC- und XYZ-Analysen	228
12.7 Ausgewählte Fragestellungen	231
12.7.1 Einkaufsgemeinschaften	231
12.7.2 Total Cost of Ownership (TCO)	232
12.7.3 eProcurement	234
13 Übungsaufgaben und Lösungen	236
13.1 Beschreibung der »Klinik am Stadtpark«	236
13.2 Aufgaben	237
13.3 Lösungen	245
Anhang: Beauftragtenliste	263
Literaturverzeichnis	266
Register	269

1 Einführung in das Management von Krankenhäusern

1.1 Besonderheiten von Krankenhausleistungen

Leistungen eines Krankenhauses unterscheiden sich inhaltlich teils erheblich von klassischen Produktionsgütern, sodass sich für das Management dieser Einrichtungen spezielle Herausforderungen ergeben. Nachfolgend werden die wesentlichen Charakteristika kurz dargestellt, um dann daraus abzuleiten, welche Managementprobleme für Anbieter, d. h. Kliniken, hieraus resultieren.

Die Behandlung und Versorgung von Patienten ist eine stark personenbezogene Dienstleistung. Der Patient ist als sog. externer Faktor Ausgangspunkt und Empfänger der Krankenhausleistungen zugleich. Seine aktive Beteiligung und sein subjektives Empfinden haben wesentlichen Einfluss auf die Ergebnisqualität. Hält sich ein Patient etwa nicht an die von seinem Behandler gegebenen Therapieanweisungen (z. B. Einhaltung von Bettruhe), kann der Erfolg der Versorgung trotz an sich optimaler Leistung des Krankenhauses nicht in dem geplanten Umfang eintreten. Innerhalb der Behandlung stellen die Ärzte und Pflegekräfte die zentralen Entscheidungsträger und Leistungserbringer dar. Medizinische Geräte sowie andere Sach- und Arbeitsmittel sind letztlich nur als Hilfsmittel für die Leistungsträger anzusehen, um die anvisierten Behandlungsziele erreichen zu können. Krankenhäuser stehen folglich vor einem Integrationsproblem. Ziel muss es sein, den Patienten so weit wie möglich aktiv an dem Behandlungsgeschehen zu beteiligen. Eine patientenverständliche Aufklärung und ein fortlaufender Dialog im Rahmen der Behandlung können dafür wertvolle Unterstützung bieten.

Der Behandlungsprozess ist inhaltlich, aber auch räumlich und zeitlich bis auf wenige Ausnahmen an die Anwesenheit des Patienten geknüpft (z. B. kann eine Blut- oder Gewebeuntersuchung nach Entnahme auch ohne die Anwesenheit des Patienten durchgeführt werden). Diese Koppelung von Leistung und Anwesenheit bezeichnet man als Uno-actu-Prinzip. Problematisch ist dies vor allem deshalb, da damit unweigerlich eine Nichtlagerfähigkeit der Krankenhausleistungen verbunden ist. Ergebnis ist ein Kapazitätsproblem. Krankenhäuser können keine Leistungen auf Vorrat produzieren, auf die sie im Bedarfsfall zurückgreifen können. Erschwerend kommt ein Prognoseproblem hinzu: Es kann nur im Ansatz vorab ermittelt werden, wann welche Nachfrage anfallen wird. Die Auslastung von Betten oder einzelner Kapazitäten (OP, Geräte usw.) ist nicht umfassend prognostizierbar. Insbesondere Notfälle sind im Krankenhaus ein bedeutender Unsicherheitsfaktor, für den ständig

Leistungspotenziale vorzuhalten sind. Krankenhäuser stehen vor einem Steuerungsproblem. Sie müssen versuchen, durch ein gezieltes Aufnahme- und Behandlungsmanagement möglichst einen Großteil der Nachfrage zu steuern, gleichzeitig aber immer auch genügend Reservekapazitäten für Notfälle bereithalten. Notfälle führen dazu, dass bereits geplante Abläufe umstrukturiert werden müssen (z. B. OP-Planung).

Die vom Patienten wahrgenommene Qualität der Dienstleistung im Krankenhaus hängt stark von der persönlichen Interaktion mit den Mitarbeitern des Krankenhauses ab. Qualitätsschwankungen hinsichtlich der Prozessdurchführung, des Leistungsergebnisses sowie der Patientenzufriedenheit sind nahezu unvermeidlich. Ziel ist es, diese Qualitätsschwankungen möglichst gering zu halten. Einrichtungen müssen daher mit Motivations- und Kommunikationsproblemen umgehen. Motivierten und in der Kommunikation mit Patienten geschulten Mitarbeitern fällt es leichter, in der persönlichen Interaktion mit dem Patienten ein positives Bild zu vermitteln. Diesen Anforderungen muss sich das Krankenhaus unter anderem durch ein gezieltes Personalmanagement stellen.

Krankenhausleistungen sind ortsgebundene Leistungen, sie können nur am Ort des Leistungserbringers durchgeführt werden. Operationen im heimischen Bereich und Ähnliches sind nicht sinnhaft realisierbar. Für das Management bedeutet dies, dass die physische Erreichbarkeit des Krankenhauses von besonderer Bedeutung ist (bspw. Verkehrsanbindung).

Rationalisierung ist im Krankenhaus schwieriger als in der industriellen Produktion. Medizinisches, pflegerisches und therapeutisches Personal kann nur in wenigen Ausnahmefällen durch Maschinen ersetzt werden (z. B. Hydrojet in der Physiotherapie). Zudem erschweren die jeweils individuellen Beschwerden der Patienten eine Standardisierung. Aufgrund der zunehmenden Multimorbidität (Mehrfacherkrankung) von Patienten wird die Versorgung komplexer. Oftmals sind diverse Fachbereiche an der Behandlung beteiligt, sodass Schnittstellen entstehen. Die verschiedenen Bereiche sind im Sinne des Patienten zu koordinieren. Für Krankenhäuser besteht deshalb ein Koordinations- und Steuerungsproblem. Ansätze zum gezielten Umgang mit dieser Herausforderung finden sich insbesondere im Qualitäts- und Prozessmanagement.

Für Patienten sind Krankenhausleistungen in der Regel kaum greifbar, die Vielzahl an Aktivitäten führt zu einem komplexen Leistungsbündel, welches für einen medizinischen Laien nicht zu durchschauen ist. Im Gegensatz zu einem Sachgut kann eine Dienstleistung nicht durch »fühlen«, »schmecken«, »riechen« oder »sehen« erfasst werden (vgl. Zapp 2009, S. 7). Folglich kann im Krankenhaus durch den Patienten beispielsweise schwer beurteilt werden, ob das Krankenhaus sich im Sinne des Patienten optimal verhält oder auch andere Interessen mit in die Entscheidung eingehen. So ist etwa fraglich, ob jeder Patient, der eine neue Hüfte erhält, diese auch tatsächlich benötigt, oder ob ökonomische Interessen die Implantation mit beeinflussen haben. Diese mangelnde Transparenz für den Patienten begründet sich auch

darin, dass ein Großteil der Patienten medizinische Leistungen nicht regelmäßig nachfragt und so keine Möglichkeit besteht, aus Erfahrung Rückschlüsse über die Notwendigkeit und Qualität von Leistungen ziehen zu können. Ferner gehen von der Leistung teils erhebliche Konsequenzen für den Patienten aus. Es besteht ein erheblicher Unterschied darin, ob ein Essen in einem Restaurant dem Kunden nicht schmeckt oder in einem Krankenhaus infolge einer fehlerhaften Behandlung ernsthafte und dauerhafte gesundheitliche Einschränkungen drohen. Viele Fehler, die in einem Krankenhaus entstehen, sind irreversibel (nicht umkehrbar). Ein Essen dagegen kann man problemlos zurückgeben und sich ein neues zubereiten lassen. Für das Krankenhaus ergibt sich aus den genannten Umständen ein Präsentationsproblem. Es muss versucht werden, eine zunächst für den Patienten schwer greifbare Leistung verständlich zu machen. Hier spielt die Aufklärung eine wichtige Rolle. Ferner können Informationsbroschüren bzw. auch Informationsfilme einen Beitrag zur Transparenz für den Patienten leisten. Zur Reduktion der Bewertungsunsicherheit für den Patienten trägt zudem ein positives Image der Einrichtung bei. Der Aufbau eines guten Rufs, der durch Vertrauen und Zuverlässigkeit gekennzeichnet ist, ist eine wesentliche Herausforderung, der sich Anbieter im Marketing stellen müssen.

Die Kernleistungen eines Krankenhauses sind von der Umsatzsteuer befreit (§ 4 UStG). Hierzu zählen alle Leistungen, die zur Erreichung der mit der Krankenhausbehandlung verfolgten therapeutischen Ziele unerlässlich sind (u. a. Unterkunft und Verpflegung). Nicht unter die Umsatzsteuerbefreiung fallen dagegen bspw. Schönheitsoperationen, wenn kein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht. Weitere Beispiele von Leistungen, die einer Umsatzsteuerpflicht unterliegen, sind:

- Verwaltungsdienstleistungen für andere Unternehmen gegen Entgelt (z. B. Buchführung)
- Umsätze aus der Vermietung von Stellflächen
- Lieferungen der Krankenhausküche an Dritte, Leistungen der Wäscherei für andere Unternehmen
- Gebühren für Parkplätze, Fernsehen und Telefon
- Umsätze aus der Vermietung eines Zimmers an eine Begleitperson ohne therapeutische Notwendigkeit
- Abgabe von Medikamenten an das Personal oder nichtverbundene Kliniken sowie im Rahmen der ambulanten Behandlung

Krankenhäusern ist es wegen der Umsatzsteuerbefreiung nicht möglich, einen Vorsteuerabzug vorzunehmen. Die Umsatzsteuer auf Eingangsrechnungen, die umsatzsteuerbefreite Leistungen betreffen, ist demnach für Krankenhäuser kein durchlaufender Posten, sondern ein Aufwand wie der Nettowert der Rechnungen. Ein Vorsteuerabzug ist nur für die Rechnungen möglich, die auf nicht von der Umsatzsteuer befreite Leistungen anfallen.

1.2 Aktuelle und zukünftige Entwicklungen im Krankenhausmarkt

Die zunehmende Zahl älterer Menschen in Deutschland führt in Zukunft zu steigenden Fallzahlen. Krankenhäuser müssen sich darauf einstellen, künftig im Schnitt ältere und oftmals in einem schlechteren Gesundheitszustand befindliche Patienten zu behandeln. Für die Krankenhauslandschaft bedeutet dies, dass insbesondere in der Versorgung älterer Bevölkerungsteile Wachstumschancen vorhanden sind (z. B. Geriatrie). Zudem muss die Leistungserstellung inhaltlich auf die Anforderungen der älteren, teils multimorbiden Patienten angepasst werden. Vermehrt müssen unterschiedliche Fachdisziplinen koordiniert werden und die pflegerischen Anforderungen steigen.

Der medizinische und medizinisch-technische Fortschritt führt zu einem teils schnellen Veraltern von Wissen und Technik. Gezielte Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen helfen, die Fachkenntnisse der Mitarbeiter auf dem aktuellen Stand zu halten. Technische Entwicklungen verursachen Investitionserfordernisse. Grundsätzlich erhalten Krankenhäuser zwar Investitionszuschüsse durch die Länder, diese sind jedoch oftmals nicht ausreichend, um alle notwendigen Investitionen tätigen zu können.

Kliniken müssen daher einen Teil ihrer Investitionen aus sich heraus finanzieren. Dies ist nur möglich, wenn Krankenhäuser konsequent ihre Produktivität erhöhen. Erschwert wird dieser Umstand dadurch, dass steigende Löhne und wachsender Personalbedarf einen Teil des Produktivitätsfortschritts aufzehren. Unterbleibt eine ausreichende Investition in Wissen und Technik, so entstehen unweigerlich Wettbewerbsnachteile gegenüber Konkurrenten, welche Patientenabwanderungen zur Folge haben.

Krankenhäuser agieren in einem dynamischen Umfeld, in dem sich die Marktbedingungen und der gesetzliche Rahmen stetig ändern. Als Beispiel seien die zahlreichen Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre angeführt, die teils zu fundamentalen Änderungen im Krankenhausbereich geführt haben (z. B. Einführung des diagnosebezogenen Fallpauschalensystems). Krankenhäuser haben sich in der Vergangenheit oftmals nur als reaktive Anpasser verhalten, die Änderungen begegnen. Die Dynamik im Umfeld macht es jedoch erforderlich, sich aktiv und vorausschauend strategisch zu positionieren. Die Rahmenbedingungen der Vergangenheit, wie beispielsweise das Selbstkostendeckungsprinzip, welches seit den 1970er Jahren bis Ende 1992 galt, führten im Krankenhauswesen zu einer starken Unterausprägung der an sich notwendigen strategischen Ausrichtung. Selbstkostendeckung bedeutete, dass die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses durch die Pflegesätze und die Investitionsfinanzierung der Länder vollständig gedeckt wurden. Anreize zur Kostenoptimierung oder gar zu einer Hinterfragung der gesamten strategischen Grundausrichtung wurden folglich kaum gegeben. Für das Krankenhaus der Zukunft ist die strategische Positionierung der zentrale Erfolgsfaktor. So

werden kleine Krankenhäuser nur dann überlebensfähig sein, wenn sie sich auf wenige Leistungen fokussieren und dort als Qualitätsanbieter eine ausreichend große Fallzahl erbringen. Ferner kann die Bildung von regionalen Zentren zur Schwerpunktversorgung bestimmter spezieller Erkrankungen einen Beitrag dazu leisten, diese besser und wirtschaftlicher behandeln zu können.

Zur Bedarfsermittlung, welche die Grundlage eines strategischen Konzepts bildet, müssen Krankenhäuser ihre Patienten, Einweiser, Kostenträger sowie Konkurrenten kennen. Die Analyse des Einzugsgebiets sowie der dort tätigen Akteure gibt Hinweise, bei welchen Leistungen Potenziale für die zukünftige Ausgestaltung des eigenen Leistungsprofils bestehen.

Ein Teil der stationären Leistungen wird perspektivisch durch ambulante Maßnahmen ersetzt werden, sodass ein Teil des Nachfragezuwachses infolge des demografischen Wandels durch die Ambulantisierung kompensiert wird. Krankenhäuser stehen daher vor der Überlegung, wie sie durch einen Einstieg in den ambulanten Bereich diese Verluste ausgleichen können. Medizinische Versorgungszentren und das ambulante Operieren seien an dieser Stelle als Möglichkeiten genannt, ambulant tätig zu werden.

Sektorenübergreifende Versorgungsformen werden weiter an Bedeutung gewinnen. Die Integration der ambulanten und der stationären Versorgung bis hin zur Rehabilitation können zur Kostenreduktion und Qualitätssteigerung führen. Umfangreichere Verhandlungsmöglichkeiten als bisher zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern können diesen Prozess durch Selektivverträge unterstützen.

Der Faktor »Personal« stellt eine weitere Herausforderung für Krankenhäuser dar. Bereits heute ist es schwierig, qualifiziertes Personal, insbesondere im medizinischen Bereich, zu finden. In der Pflege verschärft sich diese Problematik zusehends. Krankenhäuser stehen im Wettbewerb um die fähigen aktuellen und künftigen Mitarbeiter und müssen sich als attraktiver Arbeitgeber positionieren. Nur so können Mitarbeiter rekrutiert und gebunden werden. Aufgrund des Mangels an qualifiziertem Personal ist davon auszugehen, dass die Löhne vor allem im medizinischen Bereich weiter überproportional steigen. Neben einer angemessenen Bezahlung spielen jedoch auch flexible Arbeitszeiten, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie oder ein gutes Arbeitsklima eine wichtige Rolle bei der Gewinnung und Bindung von Personal. Ferner gilt es die Problematik der Integration ausländischer Mitarbeiter in den Betrieb zu lösen. Bereits heute sind hauptsächlich im Ärztlichen Dienst Mitarbeiter aus anderen Ländern tätig, bei denen teils Sprachbarrieren bestehen. Folgen sind Kommunikationsschwierigkeiten mit den Patienten oder auch innerhalb der Mitarbeiterschaft. Sprachkurse helfen, diesem Defizit entgegenzuwirken.

Neue Formen der Arbeitsteilung helfen den Mangel an Fachkräften in bestimmten Bereichen teils zu kompensieren. Krankenhäuser müssen sich die Frage stellen, welche Tätigkeiten beispielsweise von Ärzten auf Pflegekräfte delegiert werden sollten oder welche Aufgaben nichtexaminierte Kräfte von examinierten Pflegekräften übernehmen können.

Patienten haben inzwischen eine deutlich höhere Anspruchshaltung als in der Vergangenheit. Ablaufmängel werden nicht mehr klaglos hingenommen, vielmehr

erwartet der Patient moderne Technik, hochqualifiziertes Personal und in seinem Sinne organisierte Prozesse. Zu erkennen ist, dass Patienten oder deren Angehörige vor einem Aufenthalt vermehrt gezielt nach Informationen über Leistungsanbieter suchen. Politische Aktivitäten wie beispielsweise die Verpflichtung zur Veröffentlichung eines Qualitätsberichts, aber auch die umfassenden Informationsmöglichkeiten des Internets, unterstützen sie dabei. Krankenhäuser sollten daher aktiv (z. B. Internet) die gesuchten Informationen anbieten. Signalwirkung hat dem Patienten gegenüber auch eine Zertifizierung, die aus Sicht des Patienten ein Indikator für eine angemessene Leistungserstellung sein kann.

Eine besondere Aufgabe, denen Krankenhäuser sich künftig stellen müssen, ist die Digitalisierung. Die Mitarbeiter erwarten auch in den Kliniken ein zeitgemäßes Arbeitsumfeld. Viele sind inzwischen aus ihrem Privatleben gewohnt, dass Kommunikationsprozesse digitalisiert vonstattengehen und erwarten diese als Vereinfachung empfundenen Abläufe auch im Krankenhaus. Zudem kann etwa durch Kooperationen mit anderen Leistungserbringern in digitalen Konferenzen und Konsilen die Gesamtversorgung verbessert und ein modernes Image aufgebaut werden. Auch Patienten erwarten mehr und mehr ein digitales Umfeld. Ein problemloser Zugang zum Internet oder auch ein elektronischer Arztbrief und digitale Befunde werden künftig vermehrt verlangt. Neben der Kostenfrage, die wegen der erforderlichen Investitionen in die IT-Infrastruktur und den laufenden Betrieb zu beantworten sein wird, stellt auch der Datenschutz diesbezüglich eine Problematik dar, mit der sich die Kliniken auseinandersetzen müssen. Werden Anforderungen der Datensicherheit nicht erfüllt, kann in große Schwierigkeiten geraten. Neben direkten haftungsrechtlichen Folgen können Defizite zu immensen Imageschäden führen.

Erst über den Einsatz von Informationstechnik lassen sich zukunftsfähige Versorgungskonzepte realisieren, die eine wohnortnahe Unterbringung mit der Hinzuziehung von Fachexperten verbinden. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund des Mangels an Medizinern von Bedeutung.

Im Jahr 2004 wurden Fallpauschalen als verpflichtende Abrechnungsgrundlage für die Mehrheit von Krankenhausleistungen eingeführt. Nachdem das System über viele Jahre zwar immer wieder an aktuelle Entwicklungen angepasst wurde – so wurde etwa die Anzahl der DRGs gegenüber den Anfangszeit deutlich erhöht – blieb es bis Ende 2019 im Wesenskern jedoch unverändert. Ab dem Jahr 2020 wurden die Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert. Sie werden nun parallel zu den DRG-Fallpauschalen über ein krankenhausindividuelles Pflegebudget nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert. Die Ausgestaltung des neuen Finanzierungsrahmens ab 2020 war durch die gesetzlichen Änderungen im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) notwendig geworden. Sie ist die zentrale Veränderung des DRG-Systems seit seiner Einführung. Nach schwierigen Verhandlungen wurden der Fallpauschalen-Katalog und erstmalig der Pflegerlöskatalog für das Jahr 2020 sowie die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen vereinbart. Die DRGs ohne Pflegepersonalkosten firmieren unter »aG-DRG« (»a« steht für »ausgegliedert«). Nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten wird das G-DRG-System jetzt als aG-DRG-System bezeichnet.

2 Rechtliche und begriffliche Grundlagen

2.1 Begriff »Krankenhaus«

Der Begriff »Krankenhaus« ist im Sozialgesetzbuch (§ 107 SGB V) definiert. Demnach sind Krankenhäuser Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen
4. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.

Eine etwas weiter gefasste Definition des Begriffs findet sich im Krankenhausfinanzierungsgesetz (§ 2 Nr. 1 KHG). Krankenhäuser sind demnach Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können.

Die beiden Kernaufgaben »Krankheitserkennung« und »Krankheitsheilung« sowie die Möglichkeit der Unterbringung und Verpflegung bilden in beiden Gesetzen das Kernstück des Krankenhausbegriffs (vgl. Münzel und Zeiler 2010, S. 16 f.).

Im § 107 SGB V wird zudem in Abgrenzung zum Krankenhaus noch der Begriff der »Vorsorge- oder Rehabilitationsklinik« definiert. Bei der Rehabilitation steht die Anwendung von Heilmitteln nach ärztlichem Behandlungsplan im Vordergrund, während im Krankenhaus die intensive, aktive und fortdauernde ärztliche Betreuung im Mittelpunkt steht.

2.2 Wichtige rechtliche Grundlagen im Überblick

Nachfolgend werden die für das Krankenhaus-Management zentralen Gesetze und Verordnungen mit ihren Kerninhalten kurz dargestellt:

Sozialgesetzbuch (SGB), insbesondere SGB V: Das Sozialgesetzbuch ist die Kodifikation des deutschen Sozialrechts und ist aus diversen Einzelgesetzen hervorgegangen. Insgesamt umfasst das SGB zwölf Bücher, wobei für Kliniken insbesondere das SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) von Bedeutung ist. Das SGB V regelt die Organisation, die Versicherungspflicht und die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie deren Rechtsbeziehungen zu weiteren Leistungserbringern wie beispielsweise Krankenhäusern.

Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG): Zweck des Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG): Die vollstationären und teilstationären Leistungen der DRG-Krankenhäuser werden nach diesem Gesetz und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz vergütet.

Bundespflegesatzverordnung (BPfV): Nach dieser Verordnung werden die vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser oder Krankenhausabteilungen vergütet, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind.

Abgrenzungsverordnung (AbgrV): Die Verordnung verfolgt den Zweck, die im Pflegesatz nicht zu berücksichtigenden Investitionskosten von den pflegesatzfähigen Kosten abzugrenzen.

Fallpauschalenverordnung (FPV): In der FPV werden insbesondere Abrechnungsbestimmungen für die DRG-Fallpauschalen sowie weitere Entgeltarten festgelegt. Ferner enthält sie den jeweils gültigen Fallpauschalen- und Zusatzentgeltkatalog als Anlagen.

Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPV): Regelt die Abrechnungsbestimmungen für die pauschalierenden Entgelte in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP). Sie enthält zudem die Bewertungsrelationen differenziert nach Vergütungsstufen für die erbrachten Fälle sowie eine Auflistung abrechenbarer Zusatzentgelte.

Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV): Die Rechnungs- und Buchführungspflichten von Krankenhäusern regeln sich nach den Vorschriften und Anlagen dieser Verordnung.

2.3 Trägerschaften

Unter einem Krankenhausträger versteht man die natürliche oder juristische Person, die ein Krankenhaus betreibt. In Deutschland gibt es im Krankenhausbereich drei verschiedene Arten von Trägern: die öffentlichen, die freigemeinnützigen und die privaten Träger. Öffentliche Krankenhäuser sind regelmäßig in Trägerschaft von Städten, Kreisen, kommunalen Zweckverbänden oder von Sozialversicherungsträgern. Freigemeinnützige Krankenhäuser (z. B. Caritas) werden von kirchlichen Trägern, Wohlfahrtsverbänden oder Stiftungen betrieben. Private Krankenhausbetreiber benötigen für ihre Einrichtung eine Konzession nach § 30 Gewerbeordnung. Beispiele für private Träger sind diverse Klinikketten wie Helios, Asklepios oder Sana.

Aktuell befinden sich gemäß Statistischem Bundesamt ca. 29 % der Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher, ca. 34 % in freigemeinnütziger und ca. 37 % privater Trägerschaft. Es hat in den letzten 20 Jahren eine deutliche Verschiebung hin zu privaten Trägern gegeben. Vom Anteil der aufgestellten Betten finden sich aber immer noch knapp 48 % bei öffentlich-rechtlichen Trägern und nur knapp 19 % bei den Privaten (DESTATIS, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, 2018, S. 9).

Die Trägerschaft von Krankenhäusern sagt oftmals nichts mehr über die Rechtsform aus, in der das Krankenhaus betrieben wird. Heutzutage gibt es bereits eine Vielzahl kommunaler GmbHs oder AGs (vgl. Preusker 2010, S. 261).

In Abgrenzung zu einem Krankenhaus in privater Trägerschaft ist die sog. Privatklinik zu sehen, die ausschließlich privat krankenversicherten Patienten und Selbstzahlern offensteht, da keine Zulassung für Versorgung von gesetzlich Versicherten besteht.

2.4 Leistungen eines Krankenhauses

Abbildung 2.1 zeigt die Leistungen eines Krankenhauses im Überblick.

Nachfolgend werden die Begrifflichkeiten kurz erläutert.

2.4.1 Krankenhausleistung

Krankenhausleistungen sind gem. § 2 Abs. 1 KHEntgG insbesondere die

- ärztliche Behandlung,
- Krankenpflege,
- Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie
- Unterkunft und Verpflegung.

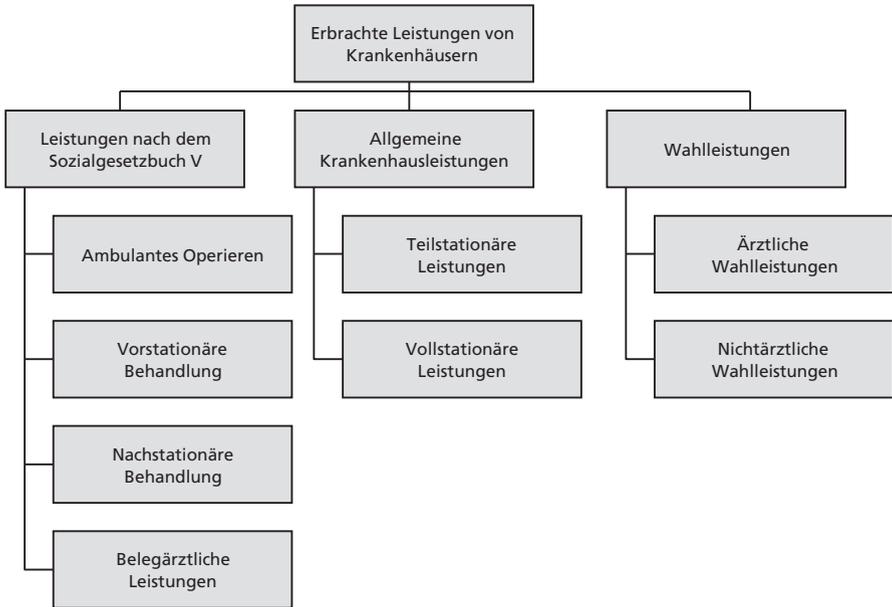


Abb. 2.1: Leistungen eines Krankenhauses (in Anlehnung an Fleßa 2013, S. 104)

Sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen (z. B. Chefarztbehandlung, Einbettzimmer). Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger.

2.4.2 Allgemeine Krankenhausleistungen

Allgemeine Krankenhausleistungen sind gem. § 2 Abs. 2 KHEntgG die Krankenhausleistungen, 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. Hierzu gehören auch die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter, die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten, und die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren und geriatrische Zentren sowie die Frührehabilitation (§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen richtet sich der Anspruch des Patienten gegen den Krankenhausträger. Der Patient hat nur ein Recht auf Behandlung durch einen ausreichend qualifizierten Arzt, nicht jedoch durch einen bestimmten Arzt (z. B. Chefarzt).

2.4.3 Wahlleistungen

Leistungen, die über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehen sind Wahlleistungen. Sie sind nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung. Man unterscheidet zwischen ärztlichen (z. B. Chefarztbehandlung) und nichtärztlichen Wahlleistungen (v. a. Unterkunft und Verpflegung). Auch wenn man bei ärztlichen Wahlleistungen oft von einer »Chefarztbehandlung« spricht, ist es nicht zwingend erforderlich, dass tatsächlich ein Chefarzt tätig wird.

Wahlleistungen müssen vor der Erbringung schriftlich vereinbart werden. Für Wahlleistungen darf kein unangemessen hohes Entgelt verlangt werden (§ 17 Abs. 1 KHEntgG).

Es besteht für den Krankenhausträger keine Verpflichtung, Wahlleistungen, weder allgemein, noch einem bestimmten Patienten gegenüber, anzubieten. Kliniken unterliegen insofern keinem Kontrahierungszwang. Eine Vereinbarung über gesondert berechenbare Unterkunft darf nicht von einer Vereinbarung über sonstige Wahlleistungen abhängig gemacht werden (§ 17 Abs. 4 KHEntgG).

2.4.4 Stationäre/teilstationäre Leistungen

Eine Abgrenzung stationärer von teilstationären Leistungen nimmt das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 04.03.2004 vor (AZ.: B 3 KR 4/03R). Bei stationären Leistungen ist der Patient ununterbrochen, also Tag und Nacht, in der Klinik. Bei teilstationären Leistungen verbringt der Patient entweder nur den Tag (Tagesklinik) oder die Nacht (Nachtklinik) in der Einrichtung. Die Behandlung erfolgt jedoch regelmäßig nicht im Rahmen eines einzigen Tagesaufenthalts im Krankenhaus, sondern vielmehr erstreckt sich die teilstationäre Behandlung regelmäßig über einen längeren Zeitraum. Hierbei wird auf die medizinisch-organisatorische Infrastruktur des Krankenhauses zurückgegriffen, eine ununterbrochene Anwesenheit des Patienten im Krankenhaus ist allerdings nicht erforderlich.

2.4.5 Ambulantes Operieren

Unter einer ambulanten Operation versteht man solche Operationen, bei denen der Patient im Zusammenhang mit der operativen Leistung nicht stationär aufgenommen wird, also im Regelfall weder die Nacht vor noch die Nacht nach der Leistung in der Klinik verbringt. Grundlage für das ambulante Operieren im Krankenhaus ist § 115b SGB V.

2.4.6 Vor- und nachstationäre Behandlung

Das Krankenhaus kann gem. § 115a SGB V in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären, die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder um im Anschluss an eine

vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern bzw. zu festigen (nachstationäre Behandlung). Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt, die nachstationäre Behandlung grundsätzlich auf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung.

2.4.7 Belegärztliche Leistungen

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 bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.

Von Belegärzten sind Konsiliarärzte abzugrenzen. Dies sind Ärzte, die ergänzend hinzugezogen werden, um Unterstützung bei Diagnostik oder Therapie zu erhalten (► Kap. 7.6).

2.4.8 Krankenhausvertrag

Es gibt drei Arten von Krankenhausverträgen:

- Totaler Krankenhausaufnahmevertrag
- Gespaltener Arzt-Krankenhausaufnahmevertrag
- Totaler Krankenhausaufnahmevertrag mit Arztzusatzvertrag

Beim *totalen Krankenhausaufnahmevertrag* schuldet das Krankenhaus sowohl die ärztlichen als auch die sonstigen Leistungen wie Unterkunft und Pflege. Das Krankenhaus haftet dem Patienten gegenüber für Behandlungsfehler. Der Vergütungsanspruch steht dem Krankenhausträger zu.

Beim *gespaltenen Krankenhausaufnahmevertrag* verpflichtet sich das Krankenhaus gegenüber dem Patienten nur zur Erbringung der nichtärztlichen Leistungen. Zusätzlich schließt der Patient mit einem Arzt einen Behandlungsvertrag über die medizinische Versorgung ab. Kommt es im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit zu einem Fehler, so haftet der Arzt gegenüber dem Patienten. Diese Vertragsgestaltung ist üblich bei belegärztlicher Versorgung. Dem Krankenhaus steht nur ein Vergütungsanspruch für die nichtärztlichen Leistungen zu, der Belegarzt rechnet seine Leistungen selbst ab.

Beim *totalen Krankenhausaufnahmevertrag* mit Arztzusatzvertrag verpflichtet sich das Krankenhaus gegenüber dem Patienten zur Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen, also ärztlicher und sonstiger Leistungen wie Unterkunft und Pflege. Überdies schließt der Patient mit einem bestimmten Arzt, beispielsweise dem Chefarzt, einen zweiten Vertrag über seine ärztliche Versorgung ab. Bei ärztlichen Behandlungsfehlern kann sich der Patient sowohl an den behandelnden Arzt als auch an das Krankenhaus wenden.

2.5 Krankenhausplanung

2.5.1 Grundlagen

Mit der Krankenhausplanung verwirklichen die Bundesländer ihren Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung der Bevölkerung. Rechtliche Grundlage sind das KHG sowie die Krankenhausgesetze der Länder. Grundsätzliches Ziel ist es, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlich selbstständigen Krankenhäusern sicherzustellen (vgl. Preusker 2010, S. 260 f.). Die Herausforderung für die Länder besteht darin, einen Spagat zwischen Wirtschaftlichkeit der Planung auf der einen Seite und Gerechtigkeit auf der anderen Seite zu schaffen. Gerechtigkeit meint, dass es jedem Bürger in Deutschland innerhalb einer angemessenen Zeit möglich sein muss, in Abhängigkeit von seiner Erkrankung in ein für die Versorgung geeignetes Krankenhaus zu gelangen. Dem steht die Wirtschaftlichkeit dahingehend entgegen, dass Bettenkapazitäten an vielfältigen Standorten zwar helfen würden, das Gerechtigkeitsziel zu verwirklichen, die Kosten für die Vorhaltung und den Betrieb der Kapazitäten jedoch steigen würden.

Mit der Forderung nach »Leistungsfähigkeit« zielt der Gesetzgeber auf die Strukturen im Krankenhaus ab, also etwa auf die Zahl und Art der Abteilungen, Ärzte, Bettenzahl und Geräte (vgl. Münzel und Zeiler 2010, S. 39).

Krankenhausplanung ist in Deutschland Ländersache. § 6 Abs. 1 KHG besagt, dass die Länder Krankenhauspläne und Investitionsprogramme aufstellen, um die oben genannten Ziele verwirklichen zu können. Aufgabe des Krankenhausplans ist es, für einen räumlich abgegrenzten Bereich (Versorgungsgebiet), den notwendigen Bedarf der Bevölkerung an medizinischen Leistungen zu ermitteln (Bedarfsanalyse), die Versorgungsbedingungen der bereits im Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser zu beschreiben und zu bewerten (Krankenhausanalyse), um darauf aufbauend den festgestellten Bedarf auf bestehende oder neue Krankenhäuser zu verteilen.

§ 1 Abs. 2 KHG weist explizit auf die Vielfalt an Trägern hin und betont besonders, dass die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhausträger zu gewährleisten ist.

Krankenhäuser haben keinen Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan (§ 8 Abs. 2 Satz 1 KHG). Die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan wird durch einen Feststellungsbescheid dem Krankenhaus mitgeteilt; gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben (§ 8 Abs. 1 Satz 3,4 KHG).

Denkbar ist zudem eine sog. »Konkurrentenklage« (vgl. Münzel und Zeiler 2010, S. 53 f.). Diese kommt in Betracht, wenn sich verschiedene Krankenhäuser um die Zuerkennung einer neuen, vom Land als bedarfsgerecht angesehenen Abteilung streiten. Kläger ist in diesem Fall der Konkurrent, dem die Abteilung nicht zugewiesen wurde. Ein weiterer Fall liegt vor, wenn sich ein bereits im Plan befindliches Krankenhaus gegen die Aufnahme eines weiteren Krankenhauses wehrt, weil es hierdurch Bettenkürzungen für das eigene Haus befürchtet.

Der Feststellungsbescheid enthält diverse Festlegungen, in Bayern beispielsweise neben der Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan den Standort,

die Gesamtbettenzahl, die Fachrichtungen, die Versorgungsstufe und spezifische Versorgungsschwerpunkte (vgl. DKG 2014, S. 27).

Probleme ergeben sich immer dann, wenn weniger Betten benötigt werden, als von den Krankenhäusern, die in den Krankenhausplan integriert werden wollen, zur Verfügung gestellt werden. Die Behörde muss dann nach pflichtgemäßem Ermessen entscheiden, welche der in Betracht kommenden Krankenhäuser der Krankenhausplanung am besten gerecht wird.

Gerichtlich angreifbar ist lediglich der Feststellungsbescheid, nicht jedoch der Krankenhausplan. Dieser ist nur die Grundlage für die Entscheidung gegenüber dem Krankenhausträger, die im Feststellungsbescheid mitgeteilt wird.

Im Landesrecht ist bestimmt, wer die zuständige Behörde für die Aufstellung des Krankenhausplans ist. Zu beachten ist lediglich, dass §7 KHG fordert, dass die Landesbehörden mit den an der Krankenhausversorgung im Land Beteiligten (regelmäßig fallen hier die Landeskrankenhausgesellschaft sowie Vertreter der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung darunter) eng zusammenarbeiten müssen und zudem das betroffene Krankenhaus anzuhören ist. Die Aufstellung obliegt letztendlich jedoch ausschließlich der nach Landesrecht zuständigen Behörde. In Bayern stellt beispielsweise das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege nach Beratung mit dem Krankenhausplanungsausschuss den Krankenhausplan auf. Dabei wird eine einvernehmliche Lösung angestrebt.

2.5.2 Bedarfsermittlung

Die meisten Bundesländer verwenden zur Bedarfsermittlung die sog. »Hill-Burton-Formel«. Diese berücksichtigt folgende Parameter:

Einwohnerzahl (E): Derzeitige Einwohnerzahl in einer Versorgungsregion sowie deren voraussichtliche Entwicklung.

Verweildauer (VD): Durchschnittliche Zahl an Tagen, die ein Patient im Krankenhaus verbringt (Aufnahme- und Entlassungstag zählen als ein Tag).

$$VD = \frac{\text{Pflegetage}}{\text{Fallzahl}}$$

Krankenhaustätigkeit (KH): Relation der in einem bestimmten Gebiet wohnenden Patienten, die im Laufe des Jahres stationär behandelt werden, zu der Einwohnerzahl des betreffenden Gebiets.

$$KH = \frac{\text{Fallzahl} \times 1000}{\text{Einwohnerzahl}}$$

Bettennutzungsgrad (BN): Durchschnittliche Auslastung der vorgehaltenen Betten.

$$BN = \frac{\text{Pflegetage} \times 100}{\text{Betten} \times 365}$$

Der Bettennutzungsgrad wird vom Land vorgegeben.

Der *Bettenbedarf* kann mithilfe der Parameter wie folgt bestimmt werden:

$$\text{Bettenbedarf} = \frac{E \times KH \times VD \times 100}{BN \times 1000 \times 365}$$

Beispiel: Eine Versorgungsregion hat 750 000 Einwohner. Es wird von einer Fallzahl von 157 500 ausgegangen. Die geplante Zahl an Pflegetagen liegt bei 1 260 000. Es wird ein Bettennutzungsgrad von 80 % angestrebt.

Zunächst wird die durchschnittliche Verweildauer ermittelt:

$$VD = \frac{1\,260\,000 \text{ Tage}}{157\,500 \text{ Fälle}} = 8,0 \text{ Tage je Fall}$$

Als nächstes wird die Krankenhaushäufigkeit bestimmt:

$$HK = \frac{157\,500 \times 1000}{750\,000} = 210$$

Im letzten Schritt wird der Bettenbedarf berechnet:

$$\text{Bettenbedarf} = \frac{750\,000 \times 210 \times 8,0 \times 100}{80 \times 1000 \times 365} = 4315,07 \text{ Betten}$$

2.5.3 Versorgungsstufen

Die Bezeichnungen und das Vorhandensein von Versorgungsstufen differiert nach Bundesländern. Die gebräuchlichste Einteilung ist die Unterscheidung in vier Versorgungsstufen:

- Grundversorgung
- Regelversorgung
- Schwerpunktversorgung
- Maximalversorgung

Mit der Differenzierung soll zum Ausdruck gebracht werden, dass die verschiedenen Krankenhäuser unterschiedliche Aufgaben zu erfüllen haben. Tabelle 2.1 grenzt die Versorgungsstufen anhand der Merkmale Fachabteilungen, Bettenzahl und Einzugsgebiet voneinander ab.

Tab. 2.1: Versorgungsstufen

	Grundversorgung	Regelversorgung	Schwerpunktversorgung	Maximalversorgung
Fachabteilungen	<ul style="list-style-type: none"> • Innere • Chirurgie • Gynäkologie 	<i>zusätzlich:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Anästhesie • Augenheilkunde • Geriatrie • HNO • Intensivmedizin 	<i>zusätzlich:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Dermatologie • Neurologie • Pädiatrie • Psychiatrie • Orthopädie • Urologie • spezielle Disziplinen 	<i>zusätzlich:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Labormedizin • Nuklearmedizin • Strahlendiagnostik/-therapie • Pathologie • spezielle Disziplinen
Bettenzahl	100 bis 200	201 bis 450	451 bis 850	über 850
Einzugsgebiet	Ort bzw. Stadt	Kreis	Bezirk	landesweit

2.6 Versorgungsvertrag

Versorgungsverträge sind in den §§ 108, 109 SGB V geregelt. Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlungen nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen. Darunter fallen Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind, Kliniken, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), sowie Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben. Der Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V kommt gem. § 109 Abs. 1 SGB V durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam mit dem Krankenhausträger zustande. Bei den Hochschulkliniken gilt die Anerkennung nach den landesrechtlichen Vorschriften, bei den Plankrankenhäusern die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan nach § 8 Abs. 1 Satz 2 KHG als Abschluss des Versorgungsvertrags (sog. Fiktion eines Versorgungsvertrags). Ein Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 108 Abs. 3 SGB V besteht nicht.

2.7 Versorgungsauftrag

Der Begriff Versorgungsauftrag ist gesetzlich nicht definiert. In den Feststellungsbescheiden werden Angaben über den Träger, den Standort, die Bettenzahl und die

vorgehaltenen Fachabteilungen gemacht. Aus diesen Festlegungen lassen sich Versorgungsaufgaben ableiten (Münzel und Zeiler 2010, S. 22). Ferner legt § 109 Abs. 4 SGB V fest, dass Krankenhäuser für die Dauer des Versorgungsvertrags nicht zur Krankenhausbehandlung von Versicherten zugelassen sind, sondern auch im Rahmen des Versorgungsauftrags zur Krankenbehandlung verpflichtet sind. Die Krankenhausbehandlung selbst ist in § 39 SGB V geregelt. Versicherte haben demnach Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.