

Gelbe Erläuterungsbücher

## Krankenhausrecht

Kommentar

Bearbeitet von

Herausgegeben von Dr. Heinz-Uwe Dettling, Rechtsanwalt, und Dr. Alice Gerlach, Richterin am Landessozialgericht, Bearbeitet von Martin Altschwager, LL.M., Rechtsanwalt, Dr. Ocka Anna Böhnke, Rechtsanwältin und Ärztin, Dr. Torsten Gerhard, Rechtsanwalt, Dr. Torben Götz, Rechtsanwalt, Dr. Manuel Kamp, Regierungsdirektor, Dr. Martin Krasney, Dr. Kathrin Kubella, Rechtsanwältin, Jan Nayebagha, Katharina Niedziolka, LL.M., Rechtsanwältin, Nina Pütter, Richterin am Sozialgericht, Dr. Bernd Schrinner, Rechtsanwalt, Dr. Thomas Vollmöller, Rechtsanwalt, und Dr. Thomas Würtenberger, LL.M., Rechtsanwalt

an Investitionsfördermitteln. Legt man diejenigen Fälle zu Grunde, die in Plankrankenhäusern behandelt wurden, so entfielen im Jahr 2015 im Bundesdurchschnitt 162,53 EUR an KHG-Mitteln auf jeden Krankenhausfall.<sup>72</sup> Im Zeitraum von 1991 bis einschließlich 2015 stellten die Bundesländer insgesamt 78,59 Mrd. EUR bereit. Das sind je KHG-Bett des Jahres 2015 im Bundesdurchschnitt kumuliert von 1991 bis einschließlich 2015 179.630 EUR. Die Variationsbreite dieses Wertes im Bundesgebiet liegt zwischen 117.058 EUR in Nordrhein-Westfalen und 314.845 EUR in Mecklenburg-Vorpommern.<sup>73</sup> Im Vergleich zum Jahr 1991 sanken die KHG-Fördermittel bis 2015 nominal um ca. 23%, während das BIP im selben Zeitraum um 92% anstieg und sich die bereinigten Kosten der Krankenhäuser um ca. das 2,25-fache erhöhten. Infolge der langfristigen Negativentwicklung auf Bundesebene ist der Anteil der KHG-Fördermittel am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 0,23% im Jahr 1991 auf 0,09% im Jahr 2015 gesunken.<sup>74</sup> Die Investitionsquote der Krankenhäuser lag 2015 bei 3,3%, während die volkswirtschaftliche Investitionsquote im gleichen Jahr 19,9%, also das Sechsfache betrug.<sup>75</sup> Dies führt zu einem erheblichen **Investitionsstau** (→ Einleitung Rn. 52f.).<sup>76</sup>

**3. Vereinbarkeit öffentlicher Förderung mit EU-Beihilferecht.** Nach Art. 107 Abs. 1 AEUV sind staatliche oder aus staatlichen Mitteln gewährte **Beihilfen** gleich welcher Art, die durch Begünstigung bestimmter Unternehmen oder Produktionszweige den Wettbewerb verfälschen oder zu verfälschen drohen, mit dem Binnenmarkt **unvereinbar**, soweit sie den Handel zwischen den Mitgliedstaaten beeinträchtigen und in den Verträgen nicht etwas anderes bestimmt ist. Art. 107 Abs. 1 AEUV umfasst nicht nur den Waren-, sondern auch den Dienstleistungsverkehr.<sup>77</sup>

Die **Investitionsförderung** des einzelnen Krankenhauses stellt zwar eine **staatliche Subventionierung** dar.<sup>78</sup> Gleichwohl steht Art. 107 Abs. 1 AEUV dem dualen System der Krankenhausfinanzierung nicht entgegen (→ § 1 Rn. 21–25). Die Investitionsförderung ist nur Teil eines Gesamtsystems der Krankenhausplanung und -finanzierung. In diesem System übernimmt sie die Funktion einer „**Kompensationsleistung**“ für die hoheitliche Begrenzung der Pflegesätze auf die Betriebskosten ohne Investitionskosten und investitionsgleiche Kosten.<sup>79</sup> Die staatliche Investitionsförderung ist daher von ihrer Natur her ein Teil der Gegenleistung für die Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen durch (Plan-)Krankenhäuser.<sup>80</sup> Nach der Rspr. des EuGH liegt **keine unzulässige Beihilfe** vor, soweit die staatliche Leistung eine Gegenleistung für erbrachte Leistungen ist.<sup>81</sup> Darüber hinaus handelt es sich bei der stationären Versorgung letztlich um einen Universaldienst

<sup>72</sup> DKG, Bestandsaufnahme 2017, S. 83f.

<sup>73</sup> DKG, Bestandsaufnahme 2017, S. 82f.

<sup>74</sup> DKG, Bestandsaufnahme 2017, S. 73.

<sup>75</sup> DKG, Bestandsaufnahme 2017, S. 76.

<sup>76</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2007, Kurzfassung, 45.

<sup>77</sup> Von Wallenberg/Schütte in Grabitz/Hilf/Nettesheim AEUV Art. 107 Rn. 60.

<sup>78</sup> Vgl. BVerfGE 46, 120 (138); 82, 209 (223f.); Dettling in Lenz/Dettling/Kieser 3. Teil Rn. 22.

<sup>79</sup> Depenheuer 189.

<sup>80</sup> Dettling in Lenz/Dettling/Kieser 3. Teil Rn. 22.

<sup>81</sup> Vgl. EuGH EuZW 2002, 48.

im materiellen Sinne, bei dem gemäß Art. 106 Abs. 2 AEUV die Vorschriften der Verträge, insbes. die Wettbewerbsregeln für Unternehmen, die mit Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse betraut sind oder den Charakter eines Finanzmonopoles haben, nicht gelten, soweit die Anwendung dieser Vorschriften nicht die Erfüllung der ihnen übertragenen besonderen Aufgaben rechtlich oder tatsächlich verhindert. Fasst man die Investitionsförderung unter diese Bereichsausnahme, so wäre der Anwendungsbereich des Art. 107 Abs. 1 AEUV schon gar nicht eröffnet.<sup>82</sup>

### III. Leistungsgerechte Erlöse und Vergütungen (Nr. 2)

- 60 **1. Pflegesätze.** § 2 Nr. 4 KHG definiert Pflegesätze als die **Entgelte** der Benutzer oder ihrer Kostenträger **für stationäre und teilstationäre Leistungen** des Krankenhauses. Pflegesatzfähige Kosten sind nach § 2 Nr. 5 KHG die Kosten des Krankenhauses, deren Berücksichtigung im Pflegesatz nicht nach dem KHG ausgeschlossen ist. Es können Pflegesätze für **allgemeine Krankenhausleistungen** der DRG-Krankenhäuser, für allgemeine Krankenhausleistungen der PEPP-Krankenhäuser und Pflegesätze für **Wahlleistungen** und **Belegpatienten** unterschieden werden.
- 61 **a) Arten von Pflegesätzen. aa) Pflegesätze für allgemeine Krankenhausleistungen der DRG-Krankenhäuser.** Die Pflegesätze für **allgemeine Krankenhausleistungen der DRG-Krankenhäuser** sind überblickartig in §§ 3 und 7 Abs. 1 KHEntgG aufgeführt. Danach werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit folgenden Entgelten abgerechnet:
1. **Fallpauschalen** nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9 KHEntgG),
  2. **Zusatzentgelte** nach dem auf Bundesebene vereinbarten **Entgeltkatalog** (§ 9 KHEntgG),
  3. **gesonderte Zusatzentgelte** nach § 6 Abs. 2a KHEntgG,
  4. **Ausbildungszuschlag** (§ 17a Abs. 6 KHG) und **sonstige Zu- und Abschläge** (§ 17b Abs. 1 S. 4 und 6 KHG, § 4 Absatz 2a, 7, 9 und 10 KHEntgG, § 5 Abs. 4 KHEntgG und § 12 S. 3 KHEntgG),
  5. **Entgelte für besondere Einrichtungen** und für **Leistungen**, die **noch nicht** von den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten **erfasst** werden (§ 6 Abs. 1 KHEntgG),
  6. **Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**, die noch nicht in die Entgeltkataloge nach § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG aufgenommen worden sind (§ 6 Abs. 2 KHEntgG),
  7. **Qualitätssicherungsabschläge** nach § 8 Abs. 4 KHEntgG,
  8. **Pflegezuschlag** nach § 8 Abs. 10 KHEntgG,
  9. **DRG-Systemzuschlag** nach § 17b Abs. 5 KHG,
  10. **Systemzuschlag** für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen **nach §§ 91 Abs. 3 S. 1, 139a SGB V jeweils iVm § 139c SGB V**,
  11. **Telematikzuschlag** nach § 291a Abs. 7a S. 1 und 2 SGB V.
- 62 Nach § 3 KHEntgG werden die voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet durch

<sup>82</sup> Schwintowski 185ff., 194.

1. ein von den Vertragsparteien auf Ortsebene nach § 11 Abs. 1 KHEntgG gemeinsam vereinbartes **Erlösbudget** nach § 4 KHEntgG,
2. eine von den Vertragsparteien auf Ortsebene nach § 11 Abs. 1 KHEntgG gemeinsam vereinbarte **Erlössumme** nach § 6 Abs. 3 KHEntgG **für krankenhaushausindividuell zu vereinbarende Entgelte**,
3. **Entgelte** nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**,
4. **Zusatzentgelte** für die Behandlung von **Blutern**,
5. **Zu- und Abschläge** nach § 7 Abs. 1 KHEntgG.

**bb) Pflegesätze für allgemeine Krankenhausleistungen der PEPP-Krankenhäuser.** Die Pflegesätze für **allgemeine Krankenhausleistungen** der **PEPP-Krankenhäuser** sind überblickartig in § 7 Abs. 1 BpflV wie folgt aufgeführt: 63

1. mit tagesbezogenen Entgelten einschließlich der mit **Bewertungsrelationen** bewerteten Entgelte nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9 BpflV),
2. **Zusatzentgelte** nach dem auf Bundesebene vereinbarten **Entgeltkatalog** (§ 9 BpflV),
3. **Ausbildungszuschlag** (§ 17a Abs. 6 KHG) und **sonstige Zu- und Abschläge** (§ 17d Abs. 2 S. 4 und 5 KHG und Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4 BpflV),
4. Entgelte für **besondere Einrichtungen** und für **Leistungen**, die **noch nicht** von den auf Bundesebene vereinbarten Entgelten **erfasst** werden (§ 6 Abs. 1 BpflV),
5. **Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**, die noch nicht in die Entgeltkataloge nach § 9 aufgenommen worden sind (§ 6 Abs. 2 BpflV).
6. der **DRG-Systemzuschlag** nach § 17b Abs. 5 KHG,
7. der **Systemzuschlag** für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen **nach § 91 Abs. 3 S. 1 SGB V** iVm § 139c SGB V,
8. der **Telematikzuschlag** nach § 291a Abs. 7a S. 1 und 2 SGB V.

Ferner regelt § 3 BpflV die Vereinbarung eines **Gesamtbetrags**, § 5 BpflV die Vereinbarung von **Zu- und Abschlägen** und § 6 BpflV die Vereinbarung **sonstiger Entgelte**. Zur Unterstützung der Vertragsparteien nach § 11 BpflV bei der Vereinbarung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, eines leistungsgerechten krankenhaushausindividuellen Basisentgeltwerts und sonstiger leistungsgerechter krankenhaushausindividueller Entgelte erstellen die Vertragsparteien auf Bundesebene einen leistungsbezogenen Vergleich nach näherer Maßgabe des § 4 BpflV. 64

**cc) Pflegesätze für Wahlleistungen und Belegpatienten.** Auch die Entgelte für **Wahlleistungen** sind Pflegesätze. Wahlleistungen sind wahlärztliche Leistungen und nichtärztliche Wahlleistungen. Die Vereinbarung und Berechnung von Wahlleistungen richtet sich darüber hinaus – auch bei PEPP-Krankenhäusern (§ 16 S. 2 BpflV) – nach den §§ 17 und 19 KHEntgG (→ KHEntgG § 17 und → KHEntgG § 19). 65

Gemäß § 18 Abs. 2 KHEntgG und § 16 S. 1 BpflV werden für **Belegpatienten** **66** gesonderte pauschalierte Pflegesätze nach § 17 Abs. 1a KHG vereinbart (→ § 17 Rn. 14 und 53; → KHEntgG § 18 Rn. 11).

**b) Grundsatz der Leistungsgerechtigkeit.** Was unter **leistungsgerechten** **67** Pflegesätzen zu verstehen ist, lässt sich dem Gesetz nicht entnehmen. Es ist daher

unklar, was der Gesetzgeber mit der Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip und mit der zeitgleichen Einführung des Prinzips leistungsgerechter Pflegesätze im GSG 1992 tatsächlich bezwecken wollte.<sup>83</sup>

- 68 Gegen die Verfassungsmäßigkeit der Regelung bestehen daher unter dem Blickwinkel der **mangelnden Bestimmtheit** erhebliche Bedenken. Sie ist **deutlich unpräziser als andere Ermächtigungsnormen** für die Festlegung von Preisen für **Universaldienstleistungen**. So werden nach § 21 des **Energiewirtschaftsgesetzes** die Entgelte für den Netzzugang auf der Grundlage der **Kosten** einer **Betriebsführung**, die denen eines effizienten und strukturell vergleichbaren Netzbetreibers entsprechen müssen, unter Berücksichtigung von **Anreizen für eine effiziente Leistungserbringung** und einer **angemessenen**, wettbewerbsfähigen und risikoangepassten **Verzinsung des eingesetzten Kapitals** gebildet, soweit in einer Rechtsverordnung nach § 24 EnWG nicht eine Abweichung von der kostenorientierten Entgeltbildung bestimmt ist. Soweit die Entgelte kostenorientiert gebildet werden, dürfen Kosten und Kostenbestandteile, die sich ihrem Umfang nach im Wettbewerb nicht einstellen würden, nicht berücksichtigt werden. § 21a EnWG enthält weitere, sehr detaillierte Regulierungsvorgaben hinsichtlich der Anreize für eine effiziente Leistungserbringung. Weitere Detaillierungen sind in der Verordnung über die Entgelte für den Zugang zu Elektrizitätsversorgungsnetzen (Stromnetzentgeltverordnung – StromNEV) enthalten.
- 69 Ähnlich verpflichtet § 30 Abs. 3 des **Telekommunikationsgesetzes** (TKG) die Bundesnetzagentur bei der Regulierung von Entgelten für nach § 21 TKG auferlegte Zugangsleistungen von Betreibern öffentlicher Telekommunikationsnetze, die über beträchtliche Marktmacht verfügen, sicherzustellen, dass alle Entgelte die wirtschaftliche Effizienz und einen nachhaltigen Wettbewerb fördern und **für die Verbraucher** nicht nur kurzfristig, sondern auch **mittel- und langfristig möglichst vorteilhaft** sind. Sie berücksichtigt bei der Regulierung von Entgelten die zugrunde liegenden **Investitionen** und ermöglicht eine **angemessene Verzinsung des eingesetzten Kapitals**.
- 70 Selbst § 84 Abs. 2 SGB XI, der die Grundsätze für die Bemessung der **Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger** für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die soziale Betreuung und ggf. für die medizinische Behandlungspflege regelt, ist insoweit deutlich aussagekräftiger. Nach § 84 Abs. 2 SGB IX müssen die Pflegesätze leistungsgerecht sein. Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, in drei Pflegeklassen einzuteilen. Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine **Aufwendungen** zu **finanzieren** und seinen **Versorgungsauftrag** zu **erfüllen**. Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten. Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die Pflegesätze derjenigen **Pflegeeinrichtungen**, die nach Art und Größe sowie hinsichtlich der in § 84 Abs. 5 SGB XI genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen **gleichartig** sind, angemessen berücksichtigt werden.<sup>84</sup>
- 71 Die Einführung der „leistungsgerechten“ Pflegesätze ist allerdings auch im Gesetzeskontext zu sehen. Mit der Abkehr vom Selbstkostenprinzip und der Einfüh-

<sup>83</sup> Vgl. auch *Stollmann/Quaas/Dietz* in *Dietz/Bofinger KHG* § 4 Anm. III.

<sup>84</sup> Vgl. zur Drittvergleichsmethode auch BSGE 87, 199; LSG Stuttgart NZS 2008, 433; Urt. v. 7.12.2007 – L 4 P 721/07.

leistungsgerechter Pflegesätze wurden durch das GSG 1992 zugleich leistungsfeindliche mengensteuernde feste Budgets in § 17 Abs. 1a KHG aF eingeführt. Die Bedeutung des Grundsatzes der „Leistungsgerechtigkeit“ könnte sich daher darin erschöpfen, die „**Grenze nach unten**“ zu **öffnen** und die Krankenhäuser im Sinne einer „**trialen Finanzierung**“ über Verluste einen Teil der Kosten der stationären Versorgung der Bevölkerung selbst tragen zu lassen.<sup>85</sup> Teilweise wird der Anspruch des Krankenhauses auf „leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen“ vor diesem Hintergrund auch als „leere Hülse“ bezeichnet.<sup>86</sup>

Jedenfalls sollen nach der krankenhausesfinanzierungsrechtlichen Rspr. leistungsgerechte Pflegesätze keinen „kalkulatorischen Gewinnzuschlag“ umfassen. Nach dieser Rspr. soll dem Krankenhausfinanzierungsrecht ein **kalkulatorischer Gewinnzuschlag** „**fremd**“ sein.<sup>87</sup> Überdies war die Pflegesatzfindung jedenfalls in der Vergangenheit stark am Grundsatz der Beitragssatzstabilität orientiert, wie er gemäß § 17 Abs. 1 S. 3 KHG normiert ist. Inzwischen tritt allerdings insoweit der ausschließlich kostenbezogene Veränderungswert für die Kostenentwicklung der Krankenhäuser nach § 9 Abs. 1b KHEntgG und § 9 Abs. 1 Nr. 5 BPflV hinzu (→ § 1 Rn. 53; → § 17 Rn. 42). Insgesamt sind im Krankenhausfinanzierungsrecht **Chancen und Risiken nicht ausgewogen verteilt**, sondern zugunsten der Krankenkassen verzerrt (→ Rn. 16 und 45; → § 1 Rn. 47–63; → § 17 Rn. 31 und 39).

Für eine derartige Abweichung von den allgemeinen Grundsätzen des Preisrechts und insbes. von den in anderen Universaldienstbereichen wie der Energie- und Wasserversorgung, der Post- und Telekommunikationsdienste sowie der Arzneimittelversorgung und ambulanten ärztlichen Versorgung geltenden Prinzipien fehlt es aber bei zutreffender verfassungsrechtlicher Würdigung nach der hier vertretenen Auffassung an einer tragfähigen Grundlage (→ § 1 Rn. 37). Bei **normativer Betrachtung** ist das Merkmal der medizinischen Leistungsgerechtigkeit daher richtigerweise vor allem als Maßstab für die Festlegung des Entgelts für die einzelnen medizinischen Krankenhausleistungen zu verstehen. Er ist in Anlehnung an die in anderen Universaldienstbereichen wie der Energie- und Wasserversorgung, der Post- und Telekommunikationsdienste sowie der Arzneimittelversorgung und ambulanten ärztlichen Versorgung geltenden Prinzipien in der Weise anzuwenden, dass den Maßstab für solche Entgelte der **typische**, mit der Leistung verbundene medizinische und pflegerische **Aufwand** sowie ein angemessener **Gewinnzuschlag** (angemessene Verzinsung des eingesetzten Kapitals) bildet.

**c) Einschluss von Investitionskosten nach Maßgabe des Gesetzes.** Nach Maßgabe des Gesetzes können auch Investitionskosten pflegesatzfähig sein. Darin liegt eine **Ausnahme** von dem Grundsatz, dass Investitionskosten im Rahmen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden. Nur ausnahmsweise werden Investitionskosten über die Pflegesätze erstattet.<sup>88</sup> Pflegesatzfähige Investitionskosten bestimmen beispielsweise § 8 Abs. 1 S. 2 iVm § 17 Abs. 5 S. 3 KHG,<sup>89</sup> § 17 Abs. 4 Nr. 1 Alt. 2 sowie § 16 S. 1 Nr. 5 KHG iVm § 2 Abs. 3 AbgrV.

<sup>85</sup> So *Detting* in *Lenz/Detting/Kieser* 3. Teil Rn. 10.

<sup>86</sup> *Quaas/Zuck* § 26 Rn. 16.

<sup>87</sup> BVerwG KHuR 2006, 6.

<sup>88</sup> OVG Lüneburg 13 LA 4/08, BeckRS 2008, 37460.

<sup>89</sup> BT-Drs. 12/3608, 131.

75 **2. Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren.** Die Vergütung der Krankenhäuser für **vor- und nachstationäre Behandlung** (§ 115a SGB V) und für **ambulantes Operieren** (§ 115b SGB V) wurde durch das GSG 1992 in § 4 KHG aufgenommen. Die Aufnahme trägt dem Umstand Rechnung, dass den Krankenhäusern erst auf Grundlage der durch Art. 1 Nr. 71 GSG 1992 eingeführten §§ 115a und § 115b SGB V die Durchführung vor- und nachstationärer Behandlungen und ambulanter Operationen ermöglicht wurde. Für diese Leistungen besteht ein besonderer Vergütungsanspruch der Krankenhäuser (→ KHEntgG § 1 Abs. 3 Rn. 17). Das Pflegesatzrecht und die Erlöse aus den Pflegesätzen nach § 4 Nr. 2 KHG beziehen sich gem. § 2 Nr. 4 KHG nur auf die stationären und teilstationären Leistungen des Krankenhauses.<sup>90</sup>

76 **3. Sonstige Vergütungen.** In § 4 Nr. 2 nicht erwähnt sind **sonstige**, den Krankenhäusern zufließende **Vergütungen** wie **Vergütungen für Modellvorhaben** nach §§ 64 und 64b SGB V, für **besondere Versorgung** (§ 140a SGB V), für die **Abgabe verordneter Arzneimittel durch die Krankenhausapothek**e an Versicherte (→ SGB V § 129a), für **ambulante Notfallbehandlung** (→ SGB V § 115 Rn. 25), für **ambulante Behandlung** durch Krankenhäuser **bei Unterversorgung** (→ SGB V § 116a), für **ambulante spezialfachärztliche Versorgung** (→ SGB V § 116b) sowie Vergütungen für die **Tätigkeit von Hochschulambulanzen** (§ 117 SGB V), **psychiatrischen Institutsambulanzen** (§ 118 SGB V) und **geriatrischen Institutsambulanzen** (§ 118a SGB V). Die Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen ist in § 120 SGB V geregelt (§ 120 SGB V).

## § 5 Nicht förderungsfähige Einrichtungen

(1) Nach diesem Gesetz werden nicht gefördert

1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau gefördert werden; dies gilt für Krankenhäuser, die Aufgaben der Ausbildung von Ärzten nach der Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), zuletzt geändert durch Artikel 71 des Gesetzes vom 21. Juni 2005 (BGBl. I S. 1818), erfüllen, nur hinsichtlich der nach den landesrechtlichen Vorschriften für Hochschulen förderfähigen Maßnahmen,
2. Krankenhäuser, die nicht die in § 67 der Abgabenordnung bezeichneten Voraussetzungen erfüllen,
3. Einrichtungen in Krankenhäusern,
  - a) soweit die Voraussetzungen nach § 2 Nr. 1 nicht vorliegen, insbesondere Einrichtungen für Personen, die als Pflegefälle gelten,
  - b) für Personen, die im Maßregelvollzug auf Grund strafrechtlicher Bestimmungen untergebracht sind,
4. Tuberkulosekrankenhäuser mit Ausnahme der Fachkliniken zur Behandlung von Erkrankungen der Atmungsorgane, soweit sie nach der Krankenhausplanung des Landes der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen,
5. Krankenhäuser, deren Träger ein nicht bereits in § 3 Satz 1 Nr. 4 genannter Sozialleistungsträger ist, soweit sie nicht nach der Kranken-

<sup>90</sup> BSG GesR 2003, 382.

hausplanung des Landes der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen,

6. Versorgungskrankenhäuser,
7. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit die Anwendung dieses Gesetzes nicht bereits nach § 3 Satz 1 Nr. 4 ausgeschlossen ist,
8. die mit den Krankenhäusern verbundenen Einrichtungen, die nicht unmittelbar der stationären Krankenversorgung dienen, insbesondere die nicht für den Betrieb des Krankenhauses unerläßlichen Unterkunfts- und Aufenthaltsräume,
9. Einrichtungen, die auf Grund bundesrechtlicher Rechtsvorschriften vorgehalten oder unterhalten werden; dies gilt nicht für Einrichtungen, soweit sie auf Grund des § 30 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045) vorgehalten werden,
10. Einrichtungen, soweit sie durch die besonderen Bedürfnisse des Zivilschutzes bedingt sind,
11. Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen.

(2) Durch Landesrecht kann bestimmt werden, daß die Förderung nach diesem Gesetz auch den in Absatz 1 Nr. 2 bis 8 bezeichneten Krankenhäusern und Einrichtungen gewährt wird.

#### Übersicht

	Rn.
A. Allgemeines . . . . .	1
B. Nicht förderfähige Krankenhäuser und Einrichtungen (Abs. 1) . . . .	3
I. Universitätskliniken (Abs. 1 Nr. 1) . . . . .	4
II. Voraussetzungen des § 67 AO (Abs. 1 Nr. 2) . . . . .	7
III. Krankenhausfremde Einrichtungen in Krankenhäusern (Abs. 1 Nr. 3) . . . . .	10
IV. Tuberkulosekrankenhäuser (Abs. 1 Nr. 4) . . . . .	14
V. Krankenhäuser, deren Träger ein Sozialleistungsträger ist (Abs. 1 Nr. 5) . . . . .	16
VI. Versorgungskrankenhäuser (Abs. 1 Nr. 6) . . . . .	17
VII. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Abs. 1 Nr. 7) . . . .	18
VIII. Verbundene Einrichtungen (Abs. 1 Nr. 8) . . . . .	21
IX. Einrichtungen, die auf Grund bundesrechtlicher Rechtsvorschriften vorgehalten oder unterhalten werden (Abs. 1 Nr. 9) . .	23
X. Bedürfnisse des Zivilschutzes (Abs. 1 Nr. 10) . . . . .	26
XI. Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (Abs. 1 Nr. 11) . . . . .	27
C. Öffnungsklausel (Abs. 2) . . . . .	28

**Literatur:** *Quaas*, Der Versorgungsvertrag nach dem SGB V mit Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, 2000.

## A. Allgemeines

- 1 § 5, der im Wesentlichen § 4 Abs. 3 KHG 1972 entspricht, schließt mit Rücksicht auf die begrenzten öffentlichen Mittel bestimmte Krankenhäuser oder Einrichtungen aus der **öffentlichen Investitionsförderung** gemäß §§ 8ff. KHG aus.<sup>1</sup> Der Ausschluss der in Abs. 1 genannten Einrichtungen beruht auf unterschiedlichen gesetzgeberischen Erwägungen. Ausschlaggebend für den Ausschluss ist, dass Investitionen nach spezielleren Regelungen gefördert werden (Nr. 1), der Betrieb auf Gewinnerzielung gerichtet ist (Nr. 2), anstelle der Krankenbehandlung die Pflege oder Resozialisierung im Vordergrund steht (Nr. 3), die Einrichtung regelmäßig geschlossenen Benutzergruppen vorbehalten ist und insoweit eine spezielle Finanzierungsverantwortung besteht (Nr. 4–7), eine anderweitige öffentliche Förderung besteht oder kein hinreichend enger Zusammenhang mit der stationären Krankenhausversorgung besteht (Nr. 8–10),<sup>2</sup> oder dass aufgrund der Trägerschaft eine Investitionsförderung ausscheidet (Nr. 11).<sup>3</sup>
- 2 Die nicht förderfähigen Krankenhäuser fallen, anders als die in § 3 S. 1 KHG aufgezählten, **nicht insgesamt aus dem Anwendungsbereich** des Gesetzes heraus, sondern erhalten nur keine öffentliche Förderung. Für nicht förderfähige Krankenhäuser gelten grds. die allgemeinen Vorschriften über die Krankenhauspflegesätze gemäß §§ 16ff. KHG,<sup>4</sup> soweit nicht § 20 KHG auch die Anwendung des Pflegesatzrechts ausschließt.

## B. Nicht förderfähige Krankenhäuser und Einrichtungen (Abs. 1)

- 3 Abs. 1 enthält einen abschließenden Katalog der Krankenhäuser und Einrichtungen, die nicht gemäß §§ 8ff. KHG förderfähig sind:

### I. Universitätskliniken (Abs. 1 Nr. 1)

- 4 Krankenhäuser, deren Investitionen **nach Maßgabe des jeweiligen Landeshochschulförderungsrechts gefördert** werden, sind aus der öffentlichen Investitionsförderung nach dem KHG ausgeschlossen. Dazu zählen Universitätskliniken, die neben der allgemeinen Krankenhausversorgung der Bevölkerung der Forschung und Lehre dienen.<sup>5</sup> Die Universitätskliniken vieler Länder sind inzwischen als Anstalten des öffentlichen Rechts rechtlich verselbständigt (vgl. zB § 2 Uni-KlinG He;<sup>6</sup> § 7 Abs. 1 HMG LSA<sup>7</sup>). Nach den landesrechtlichen Regelungen

---

<sup>1</sup> Entwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 25. 2. 1971, BT-Drs. VI/1874, 12.

<sup>2</sup> BT-Drs. VI/1874, 12.

<sup>3</sup> Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. 12. 2001 zum Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser, BT-Drs. 14/7862, 6.

<sup>4</sup> Szabados in Spickhoff § 5 Rn. 2.

<sup>5</sup> Vgl. Stollmann in Prütting KHG § 5 Rn. 2.

<sup>6</sup> Gesetz für die hessischen Universitätskliniken vom 26. 6. 2000, GVBl. I 2000, 344.

<sup>7</sup> Hochschulmedizinsetz des Landes Sachsen-Anhalt vom 12. 8. 2005, GVBl. LSA 2005, 508.