

2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die stationäre Krankenhausbehandlung ist in hohem Maße staatlich reguliert, was sich in einer wahren Flut von Gesetzen und Gesetzesänderungen sowie Reformen und Reformvorhaben widerspiegelt. Um die sehr komplexen Zusammenhänge des deutschen Gesundheitswesens und die Interaktionen im Medizinbetrieb Krankenhaus zu verstehen, ist es daher erforderlich, sich zunächst mit den rechtlichen Rahmenbedingungen auseinanderzusetzen.⁴⁰ Wie kaum ein anderer Dienstleistungssektor unterliegt der Kliniklandschaft einem sehr restriktiven Ordnungsrahmen, der in seiner Funktion als gesundheitspolitisches Gestaltungsinstrument normative Sozialstaatsziele verfolgt. Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie gehen Hand in Hand, wobei konventionelle Kliniken oft nur der Weg des Stakeholder Managements und des Lobbyismus einschlagen, um ihre Interessen gegenüber der Politik durchzusetzen. Einhergehend mit der Privatisierung im Kliniksektor entstehen aber zunehmend unternehmerische Geschäftsmodelle, die offensiv Wettbewerbsspielräume auslotsen und diese strategisch nutzen. Trotzdem ist die Rechtssystemkompetenz ein strategisches Erfolgspotenzial, das auf die finanzielle Ergebnisebene „voll durchschlägt“.⁴¹

2.1 Krankenhausfinanzierungsgesetz und Bundespflegesatzverordnung

Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972⁴² und der auf dem KHG basierenden Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) von 1973⁴³ wurde den Krankenhäusern ein Anspruch auf Deckung ihrer Selbstkosten gewährt. Zugleich wurden die staatliche Krankenhausplanung, die allgemeinen tagesgleichen Pflegesätze und die duale Finanzierung eingeführt.

Das Selbstkostendeckungsprinzip normierte die Berechnung der Pflegesätze derart, dass sie die Kosten eines wirtschaftlich arbeitenden Krankenhauses deckten. In der

⁴⁰ Auf die ausführliche Darstellung zur historischen Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems bei Simon (2010), S. 15-71 sei an dieser Stelle verwiesen, da es das Verständnis dafür fordert, warum notwendige Veränderungen im Gesundheitswesen nur schwer durchführbar sind.

⁴¹ Vgl. weiterführend zur wertsteigernden Führung von Dienstleistungsunternehmen Friedrich/Rasche/Stahl (2002)

⁴² Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflege (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) vom 29. Juni 1972 (BGBl. I, S. 1009)

⁴³ Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung) vom 25. April 1973 (BGBl. I, S. 333)

Regel wurden den Krankenhäusern in den Entgeltverhandlungen die nachgewiesenen Kosten erstattet,⁴⁴ wobei als Vergütungsform nach dem KHG ein allgemeiner, tagesgleicher Pflegesatz vorgesehen war. Die Länder wurden verpflichtet, den Bedarf an Krankenhausleistungen festzustellen und in einem Krankenhausplan aufzuführen. Im Rahmen der dualen Finanzierung erhielten dann die in die staatliche Krankenhausplanung aufgenommenen Krankenhäuser eine leistungsgerechte Vergütung ihrer laufenden Betriebskosten durch die Krankenversicherung und einen Anspruch auf Investitionsförderung durch die Länder. Die über die allgemeinen Krankenhausbehandlungen hinausgehenden Leistungen für Privatpatienten und Selbstzahler sind seit 1972 zusätzlich zu berechnen.

2.2 „Kostendämpfungsgesetze“ in der BRD bis 1989

Mitte der 70er Jahre setzte ein Wandel in der Gesundheitspolitik ein: Infolge der erheblichen Ausgabensteigerungen nach Einführung des KHG wandelte sich der vom gesellschaftlichen Konsens getragene Ausbau der Gesundheitsleistungen in eine Politik der Begrenzung der Ausgabenentwicklung in der Gesundheitsversorgung.⁴⁵ Zahlreiche Kostendämpfungsgesetze wurden verabschiedet, darunter aus Krankenhaussicht folgende elementare:

- am 27. Juni 1977 das Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz – KVKG)⁴⁶
- am 22. Dezember 1981 das Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHKG)⁴⁷
- am 20. Dezember 1982 das Gesetz zur Wiederbelebung der Wirtschaft und Beschäftigung und zur Entlastung des Bundeshaushaltes (Haushaltsbegleitungsgesetz)⁴⁸
- am 20. Dezember 1984 das Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (Krankenhaus-Neuordnungsgesetz – KHNG)⁴⁹

⁴⁴ Simon (2010), S. 38.

⁴⁵ Vgl. Berg (1986), S. 40; Simon (2000), S. 89.

⁴⁶ BGBl. I, S. 1069.

⁴⁷ BGBl. I, S. 1568.

⁴⁸ BGBl. I, S. 1857.

- am 20. Dezember 1988 das Gesetz zur Gesundheitsstrukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsstrukturgesetz).⁵⁰

Allen Gesetzesänderungen war gemein, dass sie die Umverteilung von Kosten regelten, jedoch wesentliche Grundstrukturen unverändert ließen. Das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984 veränderte die retrospektive Selbstkostenerstattung dahingehend, dass es eine „prospektive Budgetierung“⁵¹ einführte. Seit der Gesetzesänderung werden in den Krankenhäusern in der Pflegesatzverhandlung Budgets und Pflegesätze für zukünftige Zeiträume und Sonderentgelte für 16 in der Bundespflegesatzverordnung⁵² aufgeführte Behandlungen als Vergütungspauschale vereinbart.

2.3 Gesetzesänderungen nach der Wiedervereinigung Deutschlands bis zum Jahr 2000

Nach der Wiedervereinigung wurden die Kostendämpfungsmaßnahmen fortgeführt.⁵³ Den Beginn struktureller Reformen markierte das zum 1. Januar 1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz⁵⁴, welches aus Krankenhaussicht zwei wesentliche Regelungsinhalte umfasste:

- die gesetzliche Begrenzung der Steigerungsraten des Krankenhausbudgets zur Vermeidung der Steigerung von Beitragssatzerhöhungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (sektorale Budgetierung)
- der Auftrag an das Bundesministerium der Gesundheit, eine Strukturreform der Krankenhausfinanzierung vorzubereiten, die weg vom allgemeinen Pflegetagesatz hin zu einer pauschalisierten, verweildauerunabhängigen Vergütung führt. Das neue Entgeltsystem sollte Basis- und Abteilungspflegesätze umfassen und zudem Sonderentgelte und Fallpauschalen vorsehen.

Zahlreiche weitere Reformen folgten für den Bereich der Krankenversicherung und Pflegeversicherung.⁵⁵

⁴⁹ BGBl. I, S. 1716.

⁵⁰ BGBl. I, S. 2477.

⁵¹ Simon (2010), S. 41.

⁵² Bundespflegesatzverordnung vom 21.08.1985 (BGBl. I, S. 1666)

⁵³ Simon (2010), S. 54.

⁵⁴ Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I, S. 2266).

⁵⁵ Ein vertiefender Überblick über die zahlreichen Reformvorhaben findet sich bei Simon (2010), S. 55 f.

2.4 Gesundheitsreform im Jahr 2000

Im Krankenhausbereich wurde mit der Gesundheitsreformgesetzgebung⁵⁶ im Jahr 2000 der Einstieg in eine grundlegende Strukturreform verzeichnet: Zwar wurden 1995 in der Bundespflegesatzverordnung⁵⁷ Ansätze pauschalierte Entgeltformen eingeführt, dennoch zeigte dieses Vergütungssystem nicht die für den Wettbewerb erforderlichen Anreize. Lediglich 25% der Krankenhausleistungen wurden über Fallpauschalen abgerechnet, 75% der Entgelte basierten jedoch weiterhin auf tagesgleichen Pflegesätzen.⁵⁸ Da die Entwicklung eines eigenen Fallpauschalensystems in Deutschland gescheitert war, sollte im Jahr 2003 die Krankenhausfinanzierung auf ein international etabliertes DRG-System⁵⁹ umgestellt werden. Lenkte bisher die staatliche Intervention den Preis und den Marktzutritt des Krankenhauses, sollten mit der Einführung von Fallpauschalen als staatliche Deregulierungsmaßnahme die Wettbewerbsregelung neu definiert und in ein anderes Konkurrenzgefüge überführt werden.⁶⁰

2.5 Die Einführung des Fallpauschalensystems im Jahr 2003

Mit der Festlegung von Fallpauschalen beauftragte der Gesetzgeber die Vertragsparteien (Gesetzliche Krankenversicherung, Private Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft). Zur Umsetzung dieser Aufgabe wurde im Mai 2001 das „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)“ gegründet. Die Aufgabe des InEK liegt medizinisch in der Bildung von Fallpauschalen (DRG) und ökonomisch in der Berechnung der Relativgewichte der einzelnen Pauschalen anhand von Kostendaten.

Im Jahr 2002 wurde das auf dem australischen AR-DRG-System basierende Fallpauschalengesetz⁶¹ verabschiedet, welches die Grundzüge für ein neu strukturiertes Entgeltsystem im somatischen Krankenhausbereich legte. Im somatischen Bereich

⁵⁶ Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I, S. 2626).

⁵⁷ Bundespflegesatzverordnung vom 21.08.1985 (BGBl. I, S. 1666).

⁵⁸ Vgl. Simon (2010), S. 56.

⁵⁹ DRG: Diagnosis-Related-Groups als Bezeichnung von Diagnosenklassifikationssystemen auf Fallpauschalenbasis.

⁶⁰ Vgl. Braun von Reinersdorff (2007), S. 105.

⁶¹ Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG) vom 22. April 2002.

des §17b Krankenfinanzierungsgesetz (KHG) erfolgte die verbindliche Einführung von Fallpauschalen (DRG) ab 1.1.2004, während §17d KHG die Einführung von DRG in allen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ab 2013 vorsieht.

2.6 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung

Am 2. Februar 2007 beschloss der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG),⁶² dem der Bundesrat am 16. Februar 2007 zustimmte. Durch die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz beschlossenen Reformmaßnahmen sollte die Ausgestaltung der GKV-Finanzierung ab 2009 grundlegend verändert werden.

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds war der Gesetzgeber bestrebt, den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu befördern und Bürokratie abzubauen. Bis Ende 2008 gab es zwischen den gesetzlichen Krankenkassen einen Beitragssatz-Wettbewerb. Die Neuordnung der Finanzierung der GKV sollte unterschiedliche Einkommenshöhen und Leistungsausgaben der Versicherten zwischen den Krankenkassen vollständig ausgleichen, so dass im Wettbewerb verstärkt Leistungen im Vordergrund stehen. Durch die Priorisierung des Leistungsmerkmals mit einem gestiegenen Qualitäts-, Effektivitäts- und Effizienzanspruch zwingen die Krankenkassen ihrerseits die Krankenhäuser zur Einführung innovativer Geschäftsmodelle, zur Aufdeckung von Prozessressourcen und zur Vergleichbarkeit durch Transparenz. Das Kraftfeld der Akteure am Gesundheitsmarkt wurde im Rahmen der Reformierung zugunsten der Kassen verschoben und dynamisiert. Unternehmerisch-innovatives Handeln wird zum strategischen Imperativ, wie sich am Beispiel des privaten Kliniksektors zeigt, der die Wertsteigerung für Patienten, Kapitalgeber und Krankenkassen zur Leitmaxime werden lässt.⁶³

2.7 Krankenhausfinanzierungsreformgesetz

Die Umstellung der somatischen Krankenhausfinanzierung auf das Fallpauschalensystem war im Jahr 2003 erfolgt und wurde mit dem Ende der Konvergenzphase im

⁶² BGBl. 2007 Teil I Nr. 11, 30. März 2007.

⁶³ Vgl. grundlegend Heitele (2010).

Jahr 2008 abgeschlossen, so dass ab dem Jahr 2009 bundeseinheitliche Fallpauschalen gezahlt werden sollten. Da das Recht der Krankenhausfinanzierung auf diesen Zeitrahmen ausgerichtet wurde, musste für die Zeit ab 2009 ein neuer „ordnungspolitischer Rahmen“⁶⁴ geschaffen werden. Am 17. März 2009 trat das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz⁶⁵ (KHRG) in Kraft, dessen wesentliche Inhalte wie folgt charakterisiert werden können:

- Anteilige Finanzierung der Tarifierhöhungen abweichend von der stringenten Budgetdeckelung zur Refinanzierung der Tarifierhöhungen 2008 und 2009
- Ablösung der Veränderungsrate nach § 71 SGB V durch den Orientierungswert, d.h. die Kopplung der Veränderungsrate der Krankenhausentgelte an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen entfällt zugunsten eines Orientierungswertes, welcher vom Statistischen Bundesamt aufgrund der Kostenentwicklung im Krankenhausbereich ermittelt wird.⁶⁶
- Auftrag zur Entwicklung eines pauschalierten Entgeltsystems in der Psychiatrie, da diese bisher vom Fallpauschalensystem ausgenommen waren und weiterhin mit tagesgleichen Entgelten abrechnen durften. Die Einzelheiten zur Umstellung wird der Gesetzgeber in einem separaten Gesetz definieren.
- Förderprogramm zur Verbesserung der Situation im Pflegedienst zur Verbesserung der Situation der Pflegenden in den Krankenhäusern. Aufgrund des massiven Stellenabbaus von über 50.000 Stellen in der Pflege sollte über eine anteilige Förderung von 17.000 Stellen die prekäre Entwicklung im Pflegedienst abgewendet werden.⁶⁷

⁶⁴ Simon (2010), S. 65.

⁶⁵ Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG), BGBl. I, S. 534.

⁶⁶ § 10 Abs. 5 KHEntG.

⁶⁷ § 4 Abs. 10 KHEntG. Durch die lediglich anteilige und temporär begrenzte Förderung wurde eine Nachhaltigkeit im Krankenhaussektor jedoch nicht erreicht.

2.8 Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems in der Psychiatrie

Der Gesetzgeber beauftragte im Jahr 2009 die Selbstverwaltungspartner, ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen zu entwickeln.⁶⁸ Voll- und teilstationäre Behandlungen wurden bis dato in der Psychiatrie und Psychosomatik mit abteilungsbezogenen tagesgleichen Pflegesätzen unabhängig von der tatsächlich erbrachten Leistung vergütet. Nach dem am 06. Juli 2012 vom Bundesrat zugestimmten und am 14. Juni 2012 vom Bundestag beschlossenen Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz) wird das neue Vergütungssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik als lernendes System stufenweise ab 2013 eingeführt. In den Optionsjahren 2013 und 2014 können die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen frei entscheiden, ob sie schon nach dem neuen Entgeltsystem ihre Leistungen abrechnen wollen. Ab 2015 ist die Anwendung für alle Einrichtungen verpflichtend. 2017 soll eine fünfjährige Konvergenzphase beginnen, in der die Vergütung stufenweise von den krankenhausindividuellen Basisfallwerten auf Landesbasisfallwerte umgestellt wird. Die lange Ein- und Überführungsphase soll auch dazu genutzt werden, um das neue System kontinuierlich weiterzuentwickeln.⁶⁹

2.9 Überblick über die wichtigsten Rechtsgrundlagen

Der nachfolgende Überblick fasst die wichtigsten Gesetze und Verordnungen zur Krankenhausfinanzierung zusammen, welche bezüglich der Vergütung von Krankenhausleistungen in Anwendung zu bringen sind:

⁶⁸ Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG), BGBl. I, S. 534.

⁶⁹ Vgl. Clade (2012) A-1008/B-870/C-862.

Gesetz	Regelungsinhalt
Sozialgesetzbuch V (SGB V)	Voraussetzungen für die Vergütung von Krankenhausleistungen, Normierung des „ökonomischen Prinzips“
Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)	Regelungen zur Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung
Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG)	Regelung der Art der Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen
Bundespfllegesatzverordnung (BPflV)	Restgröße zur Regelung der aktuell im Pflegesatzsystem verbliebenen Bereiche
Fallpauschalenvereinbarung (FPV)	Jährlich zu treffende Vereinbarung über die Einzelheiten der Abrechnung im DRG-System als Anhang des Fallpauschalenkataloges
Krankenhaus-Fallpauschalenverordnung	Sofern keine FPV zwischen den Vertragsparteien vereinbart werden kann, nimmt das Bundesministerium eine als K-FPV gekennzeichnete Ersatzvornahme vor, in welcher die Regelungen der gültigen FPV enthalten sind.
Fallpauschalengesetz (FG) und Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG)	Grundlegende Einführung des DRG-Systems mit den notwendigen Änderungen der jeweiligen Paragraphen der betroffenen Gesetze wie das KHG bzw. der neu geschaffenen Rechtsgrundlagen (z.B. KHEntG)

Tabelle 1: Wichtige Entgeltgesetze der Krankenhausfinanzierung (eigene Darstellung)

Medizincontrolling

Theorie, Entwicklung und praktische Umsetzung

Erika, R.

2017, XXIII, 315 S. 86 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-17787-4