Karsten Raupach (Autor)

Der Übergang zur DRG-basierten Vergütung von Krankenhausleistungen in Deutschland

https://cuvillier.de/de/shop/publications/2215

Copyright:
Cuvillier Verlag, Inhaberin Annette Jentzsch-Cuvillier, Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen, Germany
Telefon: +49 (0)551 54724-0, E-Mail: info@cuvillier.de, Website: https://cuvillier.de

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis und Glossar IX
Inhaltsverzeichnis XV

Teil 1.
Die Einführung von DRGs in Deutschland 1

Kapitel 1.
Die Krankenhausfinanzierung in Deutschland 2

A. Der Ursprung der deutschen Krankenhäuser 2
B. Der Ursprung des deutschen Krankenhausfinanzierungssystems 3
I. Das „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ von 1883 3
II. Ökonomische Bewertung 4
C. Die Regulierung der Pflegesätze nach 1936 5
D. Die Bundespflegesatzverordnung von 1954 6
E. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 7
I. Dualistische Krankenhausfinanzierung 7
II. Krankenhausbedarfsplanung 9
F. Die Bundespflegesatzverordnung von 1973 11
G. Die Auswirkungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 1972 und der Bundespflegesatzverordnung 1973 12
H. Die Entwicklung der Krankenhausfinanzierung nach 1972 13
I. Setzen ökonomischer Anreize 13
1. Prospektive Pflegesatzberechnung und Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzips 14
2. Budgetierung 15
II. Einführung leistungsorientierter Entgeltformen 16
1. Bundespflegesatzverordnung 1973 16
2. Bundespflegesatzverordnung 1986 17
3. Bundespflegesatzverordnung 1995 18
III. Die geplante Rückkehr zur monistischen Krankenhausfinanzierung 19

Kapitel 2.

Die Einführung von DRGs 21

A. Wortlaut des § 17b KHG i.d.F. des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 21
B. Die Grundvorgaben für das neue Vergütungssystem 22
I. „Durchgängigkeit“, „Leistungsorientierung“ und „Pauschalierung“ 22
II. Die Orientierung an einem „international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG)“ 23
1. „Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups“ 23
a. Die Grundstruktur von DRG-basierten Vergütungssystemen 25
aa. Eingruppierung und Fallgruppenbildung 25
bb. Der Ablauf der Eingruppierung 27
(1) Hauptdiagnose 27
(2) Prozeduren – A-DRG 28
(3) Nebendiagnosen – CC 29
(4) weitere Kriterien 30
(5) Die Bezeichnung der DRG 30
(6) Die Bedeutung von Dokumentation und Kodierung 31
cc. Die Berechnung der Fallpauschale 32
dd. Die Bedeutung der Grenzverweildauer 34
ee. Zu- und Abschläge 35
ff. Die Bedeutung von Casemix und Casemix-Index 36
b. DRGs in Fest- und Höchstpreissystemen 37
aa. Festpreissysteme 37
bb. Höchstpreissysteme 38
c. Wirtschaftliche Anreize und Fehlanreize von DRG-Systemen 38
aa. Fallgruppen wirtschaftlicher Fehlanreize 39
bb. Qualitätssicherung 40
(1) Sicherung der Behandlungsqualität 40
(2) Sicherung der Kodierqualität 41
2. „International bereits eingesetztes Vergütungssystem“ 42
a. Yale-DRGs 43
b. HCFA-DRGs 43
c. Weiterentwicklungen 44
aa. Erste Generation 44
bb. Zweite Generation 45

cc. Dritte Generation 46
dd. Vierte Generation 47
d. Leistungsorientierte Diagnosefallgruppen 48
C. Die Umsetzung der Vorgaben des § 17b KHG i.d.F. des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 49
I. Vereinbarungen der Selbstverwaltungsträger 49
1. Vereinbarung Entgeltsystem 49
a. Auswahl eines ausländischen DRG-Systems 49
b. Die „DRG-Familie“ 51
c. Weitere Regelungen der Vereinbarung Entgeltsystem 51
2. Vereinbarung Zu- und Abschläge 52
3. Vereinbarung Methodentest 54
4. Das DRG-Institut 54
II. DRG-Systemzuschlags-Gesetz und Vereinbarung Systemzuschlag 55
III. Das Fallpauschalengesetz 56
1. Änderungen des Fünften Buch Sozialgesetzbuch – Art. 1 FPG 56
a. Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität 57
b. Mindestmengen 58
c. Einführung von Qualitätsberichten 59
2. Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes – Art. 2, 3 FPG 59
a. § 17 KHG – Zulässigkeit von Gewinnen und Verlusten 60
b. § 17a KHG – Ausbildungsfinanzierung 60
c. § 17b KHG – Grundsätze des DRG-Systems 61
aa. Orientierung am australischen System 61
bb. Mögliche Ersatzvornahme des Bundesgesundheitsministeriums 61
cc. Budgetneutrale Einführungsphase, Optionsmodell in 2003 62
dd. Begleitforschung 63
d. § 17c KHG – Fehlbelegungs- und Abrechnungsprüfung 63
3. Änderung der Bundespflegesatzverordnung – Art. 4 FPG 65
4. Einführung des Krankenhausentgeltgesetzes – Art. 5 FPG 65
a. Die Regelung des Übergangs zu landeseinheitlichen Fallpauschalen ab 2009 (§§ 3, 4 KHEntgG) 66
b. Zu- und Abschläge (§ 5 KHEntgG) 68
aa. Allgemeine Zu- und Abschläge 68
bb. Sicherstellungszuschläge 68
c. Durchgängigkeit des DRG-Systems, medizinische Innovationen (§ 6 KHEntgG) 69

d. Entgeltarten und Abrechnung (§§ 7, 8 KHEntgG) 70

e. Vereinbarungen auf Bundes- und Landesebene und „vor Ort“ (§§ 9, 10, 11 KHEntgG) 71

f. Erhebung, Übermittlung und Nutzung von DRG-Daten (§ 21 KHEntgG) 72

IV. Das Gesetzgebungsverfahren zum Fallpauschalengesetz 73

1. Vorarbeiten und Kabinettsbeschluss 73

2. Gesetzgebungsverfahren in Bundestag und Bundesrat 75

3. Ablehnung im Bundesrat 77

4. Vermittlungsausschuss – Stärkung der Länder 78

a. Strukturvereinbarungen (Entwurf des § 109 SGB V) 79

b. Mindestmengenvorgaben (§ 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SBG V) 80

c. Sicherstellungszuschläge (§ 17b Abs. 1 S. 6, S. 7 KHG, § 5 Abs. 2 KHEntgG) 80

d. Begleitforschung (§ 17b Abs. 8 S. 1 KHG) 81

e. Umfang der an die Länder weiterzuleitenden DRG-Daten (§ 21 KHEntgG) 81

5. Gesetzesbeschluss des Bundestags, Zustimmung des Bundesrats 82

V. Die Fallpauschalenverordnung / Die Fallpauschalenvereinbarung 82

VI. Das Fallpauschalenänderungsgesetz 84

VII. Das zweite Fallpauschalenänderungsgesetz 85

Teil 2.

Das deutsche DRG-basierte Vergütungssystem und das Arztrecht 89

Kapitel 3.

Die Umstellung des Vergütungssystems für Krankenhausleistungen aus verfassungsrechtlicher Sicht 89

A. Die Einführung des DRG-Systems vor dem Hintergrund der verfassungsrechtlichen Grenzen einer „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens 91

I. Die „Ökonomisierung“ des Krankenhauswesens als Ausweg aus der Finanzierungskrise 91

1. Kostendämpfung und Gesundheitsökonomie 91

2. Die Instrumente der Rationalisierung und der Rationierung als wirtschaftswissenschaftlicher Ansatz der Gesundheitsökonomie 93

II. Sozialstaatsprinzip und Grundrechte als verfassungsrechtliches Regulativ der Gesundheitsökonomie 96

1. Das Sozialstaatsprinzip und Grundrechte der Patienten 96
2. Die Grundrechte der Krankenhausträger 97
III. Die verfassungsrechtliche Zulässigkeit des DRG-Systems als gesundheitsökonomische Maßnahme 101
1. Das Problem der bedarfsunterdeckenden Krankenhausstrukturen 102
2. Das Problem der bedarfsunterdeckenden Leistungserbringung 103
a. Die grundsätzliche verfassungsrechtliche Zulässigkeit von Rationierungen 104
b. Einfachgesetzliche Ansatzpunkte für Rationierungen im System der GKV 105
c. Die verfassungsrechtliche Unzulässigkeit von Rationierungen durch ärztliche Leistungsverweigerung im konkreten Bedarfsfall 109
3. Folgerungen für die Ausgestaltung des DRG-Systems 112
B. Die „Kompetenz der Länder zur Krankenhausplanung“ als Bremse im Gesetzgebungsverfahren 113
I. Die Zulässigkeit von Strukturvereinbarungen 114
1. Die geplante Änderung des § 109 SGB V 114
2. Die Begründung zur Änderung des § 109 SGB V 116
3. Die Kompetenz des Bundesgesetzgebers zur Änderung des § 109 SGB V 118
a. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes 119
aa. Die Kompetenz zur Regelung der Sozialversicherung (Art. 74 Nr. 12 GG) 120
bb. Die Kompetenz zur Regelung der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG) 121
b. Die Verwaltungskompetenz des Bundes 125
aa. Art. 84 Abs. 1 GG als eigenständige Kompetenzgrundlage 125
bb. Die tatbestandliche Einschlägigkeit des Art. 84 Abs. 1 GG 126
cc. Der Rückgriff auf die mittelbare Staatsverwaltung 127
dd. Die fachliche Eignung der mittelbaren Staatsverwaltung 128
4. Ergebnis 130
II. Das Verfahren zur Festlegung der Sicherstellungszuschläge 131
1. Die gesetzliche Regelung 131
2. Die Kompetenz des Bundes zum Erlass der Regelung 132
a. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes 132
b. Die Verwaltungskompetenz des Bundes 133
3. Ergebnis 134

C. Die Delegierung der DRG-Systementwicklung an die Spitzenverbände der Krankenkassen, den Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft 134

I. Die verfassungsrechtlichen Grundlagen der mittelbaren Staatsverwaltung durch Selbstverwaltungsträger 135

II. Das Demokratieprinzip des Grundgesetzes 138

1. Arten demokratischer Legitimation 139

2. Bestimmtes Legitimationsniveau 142

III. Hinreichendes Legitimationsniveau der gemeinsamen Selbstverwaltung nach § 17b KHG i.d.F. 2000 143

1. Erfordernis demokratischer Legitimation, keine Delegationssperre 144

2. Hinreichendes Legitimationsniveau 145

a. Institutionelle Legitimation 145

b. Organisatorisch-personelle Legitimation 145

c. Sachlich-inhaltliche Legitimation 146

aa. Gesetzesbindung 146

bb. Verantwortlichkeit und Kontrolle 148

Kapitel 4.

Zivilrecht, insbesondere Haftungsfragen 151

A. Die rechtliche Struktur innerhalb des Krankenhauses 152

I. Der Krankenhausträger 152

II. Die Krankenhausleitung 153

III. Der Ärztliche Direktor 154

IV. Der Pflege- und der Verwaltungsdirektor 154

V. Die Chefärzte als Leiter der Abteilungen 155

VI. Die nachgeordneten Ärzte (Oberärzte, Assistenzärzte) 157

VII. Belegärzte 158

VIII. Der Arzt im Praktikum (AiP) und der Student im Praktischen Jahr (PJ) 159

IX. Der Pflegedienst, der Funktionsdienst und der medizinisch-technische Dienst 161

B. Die schuldrechtliche Sonderverbindung zwischen Krankenhaus und Patient 161

I. Der Krankenhausaufnahmevertrag 161

1. Zuordnung zum öffentlichen oder zum privaten Recht 162

2. Die Vertragsparteien 164

3. Abschluss- und Inhaltsfreiheit 165
II. Arten des Krankenhausaufnahmevertrages 166
1. Der totale Krankenhausaufnahmevertrag 166
2. Der totale Krankenhausaufnahmevertrag mit Arztzusatzvertrag 168
3. Der gespaltene Krankenhausaufnahmevertrag 169
III. Allgemeine Krankenhausaufnahmebedingungen 171
IV. Geschäftsführung ohne Auftrag 172
C. Das Rechtsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenversicherung 173
D. Die Systematik der Arzt- und der Krankenhaushaftung 176
I. Vertragliche und deliktische Haftung 178
II. Die persönliche Haftung des Krankenhausarztes 180
1. Haftungsnormen 180
2. Haftung für nachgeordnetes Personal 183
3. Die einzelnen Haftungstatbestände 183
a. Haftung für Behandlungsfehler 184
aa. Der medizinische Standard 184
(1) Allgemeines Begriffsverständnis 184
(2) Die Bedeutung von Leitlinien 187
bb. Abweichen vom medizinischen Standard aus Wirtschaftlichkeitserwägungen – „Spannungsfeld“ zwischen Sozialrecht und zivilem Haftungsrecht 190
b. Haftung für „Aufklärungs“fehler 193
aa. Die therapeutische Aufklärung 193
bb. Die Selbstbestimmungsaufklärung 194
cc. Die wirtschaftliche Aufklärung 198
dd. Die haftungsrechtlichen Folgen der Aufklärungspflichtverletzung 199
c. Beweisfragen 202
d. Dokumentationspflicht und Recht auf Einsicht in die Unterlagen 207
III. Die Haftung des Krankenhausträgers 209
1. Haftung für Pflichtverletzungen des Klinikpersonals 210
a. Haftung für Erfüllungsgehilfen 210
b. Haftung für Verrichtungsgehilfen 211
c. Haftung für Organe und organgleiche Funktionsträger 213
2. Haftung für Organisationsverschulden 215
a. Haftungsgrundlagen 215
b. Überblick über die einzelnen Organisationspflichten 216

aa. Personaleinsatz und Personalüberwachung 217

bb. Interdisziplinäre ärztliche Zusammenarbeit, Dokumentation, Information und Kommunikation 219

cc. Organisation der Patientenaufklärung 220

dd. Anwendung von Arzneimitteln, Gewinnung und Anwendung von Blut und Blutprodukten, Einsatz von Medizinprodukten 221

ee. Hygiene und Infektionsschutz 223

ff. Allgemeine Aufenthaltssicherheit 224

3. Haftungsverteilung im Innenverhältnis, Haftungskonzentration beim Krankenhausträger 225

IV. Der Versicherungsregress 227

1. Regress aus abgeleitetem Recht 228

2. Regress aus eigenem Recht 228

E. Die haftungsrechtliche Relevanz der typischen DRG-systemimmanenten Fehlanreize 230

I. Überleitung der ökonomischen Anreize auf die Chefärzte durch Chefarztvertragsgestaltung 231

II. Vergütungsoptimierung durch Dokumentation und Kodierung 235

1. Anreiz: Verbesserte Dokumentation und Kodierung 235

2. Anreiz: Upcoding 237

3. Rechtliche Würdigung von Upcoding 239

a. Ansprüche der Patienten 239

b. Ansprüche der Kostenträger 240

c. Konsequenzen für den verantwortlichen Arzt 241

III. Reduktion des Ressourcenaufwandes je Behandlungsfall 243

1. Reduktion des Ressourcenaufwandes bei der Wahl der Art der Krankenhausbehandlung 243

a. „Ambulant vor stationär“ – „Im Zweifel stationär vor ambulant“ 244

b. Haftungsrechtliche Erfordernisse bei einer stärkeren Nutzung des ambulanten Sektors 245

2. Reduktion des Ressourcenaufwandes in Diagnostik und Therapie 247

a. Einsparungen bei der Methodenauswahl und -anwendung 248

aa. Diagnostik 248

bb. Therapie 249

b. Einsparungen bei der sachlichen und personellen Ausstattung der Klinik 250

aa. Sachliche (apparative) Ausstattung der Klinik 251

bb. Einsparungen bei der Vorhaltung von Medikamenten 253

cc. Personelle Ausstattung der Klinik 253

dd. Fazit 254
IV. Verweildauerreduzierung 254
1. „Blutige Entlassungen“ – „Quicker & Sicker“ 256
a. § 17c Abs. 1 Nr. 2 KHG als Organisationspflicht und Schutzgesetz 256
b. Möglichkeiten zur Kompensation der kürzeren Verweildauern 258
2. „Drehtüreffekt“ 258
a. Die Vergütungsregelung des § 8 Abs. 5 KHEntgG 259
b. Vergütung bei Wechsel des Krankenhauses 260
V. Patientenselektion 262
1. Intra-sektorale Verweisungsketten 263
a. Die Abweisung teurer Patienten 264
aa. Unmöglichkeit der Behandlung 265
bb. Unzumutbarkeit der Behandlung 265
cc. Unwirtschaftlichkeit der Behandlung 265
b. Rechtliche Folgen der Abweisung teurer Patienten 267
aa. Ansprüche des abgewiesenen Patienten 267
bb. Ansprüche der behandelnden Kliniken 267
(1) Öffentlich-rechtliche Ausgleichsansprüche 268
(2) Zivilrechtliche Ersatzansprüche 268
(a) Schadensersatz nach § 823 Abs. 1 BGB – Recht am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb 270
(b) Schadensersatz nach § 823 Abs. 2 BGB – Schutzgesetzverletzung 271
(c) Schadensersatz nach § 826 BGB – Sittenwidrige vorsätzliche Schädigung 272
(aa) Sittenwidrige Handlung 273
(bb) Schädigung 274
(cc) Zurechnungszusammenhang 275
(dd) Vorsatz 277
(ee) Zwischenergebnis 277
c. Die Verlegung teurer Patienten 278
d. Unlautere Selbstbestimmungsaufklärung 279
2. Defizitäre Anschlussversorgung, Kosten- und Leistungsverlagerung in benachbarte Pflegebereiche 280
a. Auswirkungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation 281
aa. Mehrbelastungen der Rehabilitationseinrichtungen 282

(1) Allgemeiner Anstieg der Fallschwere in den Rehabilitationseinrichtungen 283
(2) Gründung von „Rehabilitationsstationen“ in den Kliniken 283
bb. Bewertung der Mehrbelastung des Rehabilitationssektors 284
b. Auswirkungen im Bereich der Pflege 285
c. Rechtliche Bewertung der Leistungs- und Kostenverlagerung in den Rehabilitationssektor 286
VI. Wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen 288
1. Spezialisierung 290
2. Veränderungen im Diagnose- und Kodierverhalten 291
3. Erbringung nicht indizierter Leistungen 292
a. Ansprüche der Patienten 293
b. Ansprüche der Kostenträger 294
aa. Private Krankenversicherung 294
bb. Gesetzliche Krankenversicherung 296
c. Ansprüche konkurrierender Kliniken bei fehlerhafter Behandlungsübernahme 296
4. Fallsplitting 298
a. Rechtliche Würdigung 299
b. Prävention durch entsprechende Fallgruppenbildung 300

Kapitel 5.
Fazit 303

Literaturverzeichnis 307