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

Teil 1.

Die Einführung von DRGs in Deutschland

Zum 01. Januar 2004 wurde das System zur Abrechnung von Krankenhausleistungen in Deutschland nach einer Übergangsphase in 2003 endgültig auf ein leistungsorientiertes, DRG-basiertes Entgeltsystem umgestellt. Seitdem richtet sich die Höhe der Krankenhausvergütung für die Behandlung eines Patienten[1] nicht mehr primär nach der Anzahl der von ihm in der Klinik[2] verbrachten Tage, sondern nach den im Rahmen seiner Behandlung tatsächlich erbrachten medizinischen und pflegerischen Leistungen der Klinik.

Die Umstellung des Krankenhausleistungs-Abrechnungssystems bedeutet weit mehr als eine bloße Reform von Abrechnungs- und Entgeltberechnungsmodalitäten. So sprachen namhafte Gesundheitsökonomen im Vorfeld der Einführung des neuen Entgeltsystems von einer erheblichen Zäsur, die nur mit der Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips in 1993 zu vergleichen sei,[3] und der Präsident der *Bundesärztekammer*, *Jörg-Dietrich Hoppe*, bezeichnete die Einführung des neuen Entgeltsystems gar als das womöglich „wagemutigste Experiment in der Nachkriegsgeschichte des Krankenhauswesens".[4] Der Grund für die große Bedeutung, die der Einführung des neuen Vergütungssystems in Deutschland zugesprochen wurde und wird, liegt in den erheblichen Wirtschaftlichkeits-Impulsen, die sich die Verantwortlichen – namentlich die Gesundheitspolitiker und ihre Berater – von ihr erhoffen. Das neue Abrechnungssystem soll zu deutlich mehr Kosten- und Leistungstransparenz in den Kliniken führen, dadurch effizientere und wirtschaftlichere Behandlungsabläufe in den Kliniken hervorrufen und mittelbar auch das regionale Angebot an Krankenhausleistungen unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten neu ordnen. Im Ergebnis soll das neue Abrechnungssystem zu deutlichen Kosteneinsparungen im Krankenhauswesen führen, welches mit ca. 2.200 Krankenhäusern, über 1,1 Millionen Beschäftigten und einem Jahresumsatz von mehr als 50 Mrd. Euro mittlerweile den größten deutschen Dienstleistungssektor ausmacht.[5]

Aus medizinischer Sicht wurde der Einführung des neuen Abrechnungssystem – wie sich aus dem Zitat *Hoppes* ablesen lässt – weitgehend mit Skepsis begegnet. Es wurde bezweifelt, dass das neue Vergütungssystem nicht nur aus ökonomischer, sondern auch aus medizinischer Sicht – insbesondere was die Behandlungsqualität angeht – von Vorteil sein wird, und vielfach wurde befürchtet, dass der dem Gesundheitswesen immanente Konflikt zwischen Leistungsfähigkeit,

---

1 Aus Gründen der sprachlichen Leichtigkeit wird bei der Bezeichnung von Personengruppen im Laufe dieser Arbeit zumeist nur die maskuline Form verwendet.

2 Die Begriffe von Krankenhaus und Klinik werden herkömmlich synonym gebraucht, *Genzel* in *Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, § 83 Rn 26.

3 *Lüngen/Lauterbach*, DRG in deutschen Krankenhäusern, S. 1; *Lauterbach/Lüngen*, KrV 2001, S. 272, ebenda; zur Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips vgl. unten Kap. 1. H. II. 1.

4 *Hoppe*, KMA September 2001, S. 22, ebenda.

5 *Rocke*, Das Krankenhaus 2/2002, S. 87, ebenda; *Buscher*, Das Krankenhaus 3/2005, S. 181, ebenda.

Humanität und Wirtschaftlichkeit[6] eine neue Schärfe erhalten würde. Der medizinethisch vielfach kritisierte Trend einer Entwicklung der Krankenhäuser hin zu „Profit-Centern“, der Patienten zu „Kunden“ und der Ärzte zu „Dienstleistern“ schien vielen bestätigt.[7]

Die vorliegende Arbeit soll den Umstellungsprozess des Krankenhausleistungs-Abrechnungssystem in Deutschland aus rechtlicher Sicht beleuchten, wobei sich auf verfassungsrechtliche (Kapitel 3) und zivilrechtliche Problemstellungen (Kapitel 4) beschränkt wird. Einleitend hierzu wird zunächst ein kurzer Überblick über die Ursprünge, die Entwicklung und die Grundstrukturen der bisherigen Krankenhausfinanzierung in Deutschland gegeben (Kapitel 1) und die Einführung des neuen Vergütungssystem in Deutschland nachgezeichnet (Kapitel 2).

Kapitel 1. Die Krankenhausfinanzierung in Deutschland

A. Der Ursprung der deutschen Krankenhäuser

In Deutschland haben die modernen Krankenhäuser ihren Ursprung in caritativen Pflegehospitälern, welche zu Beginn des 13. Jahrhunderts von Bischöfen und Klöstern im Zeichen der Nächstenliebe als Unterkunft für die besonders Bedürftigen, die „Armen, Siechen und Bresthaften“, errichtet wurden.[8] Schon einige Jahrzehnte später wurden diese privat getragenen und finanzierten Einrichtungen dann durch öffentliche, städtische und gemeindliche „Bürgerspitäler“ – beispielsweise das noch immer bestehende Heilig-Geist-Hospital in Lübeck aus dem Jahre 1287 – ergänzt. Ihr Zweck war anders als der der Pflegehospitäler allerdings weniger, notleidenden Menschen Unterstützung zukommen zu lassen, als vielmehr der gemeinbezogenen „Stadthygiene“ zu dienen. Ihre Finanzierung erfolgte entsprechend ihrer Trägerschaft aus öffentlichen Steuermitteln, wobei ein geregeltes Finanzierungssystem jedoch nicht bestand.

Zum Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts folgte dann eine weitgehende „Verstaatlichung“ des Krankenhauswesens in Deutschland, indem Preußen mit der Einführung des Allgemeinen Landrechts im Jahre 1794 die mittlerweile entstandenen Krankenhäuser[9] unter staatlichen Schutz und staatliche Aufsicht stellte,[10] und im Jahre 1803 im Rahmen der Säkularisation nach der Französischen Revolution den Kirchen und Klöstern gar die Tätigkeit in der Krankenpflege völlig untersagte: Die Kirchen und Klöster mussten ihre Einrichtungen schließen oder an die Gemeinden

---

6 *Genzel* in: *Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, § 86 Rn 2; vgl. auch § 70 SGB V für die Krankenhausversorgung.

7 Vgl. *Kendel*, ArztR 4/2001, S. 98; *Pföhler*, Das Krankenhaus 1/2002, S. 21 ff.; allgemein auch *Geisler*, BT-Drs. 14/9020, S. 216.

8 *Tuschen/Trefz*, Krankenhausentgeltgesetz, S. 14; *Tuschen/Quaas*, Bundespflegesatzverordnung, 5. Auflage, S. 1; *FvV*, Betriebswirtschaftliche Aspekte in der Krankenhausfinanzierung, 49; *Hoppe*, KMA – September 2001, 22.

9 Z.B. die Universitätsklinik „Charité“ in Berlin (1710) und das Allgemeine Krankenhaus in Leipzig (1784).

10 *FvV*, Betriebswirtschaftliche Aspekte in der Krankenhausfinanzierung, 51; *Tuschen/Quaas*, Bundespflegesatzverordnung, 5. Auflage, S. 2.

abtreten. Dies wiederum brachte die Letzgenannten oftmals in erhebliche Finanzierungsnöte[11] und dürfte in jener Zeit sicherlich nicht zur Hebung des allgemeinen Gesundheitsstandards der Bevölkerung beigetragen haben.

B. Der Ursprung des deutschen Krankenhausfinanzierungssystems

I. Das „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter" von 1883

Der Ursprung des geordneten Systems der Krankenhausfinanzierung in Deutschland geht zurück auf das als Teil der Bismarckschen Sozialgesetzgebung im Jahre 1883 erlassene „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter"[12], später „Krankenversicherungsgesetz (KVG)"[13] genannt,[14] welches das bis heute gültige Prinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland einführte. Das Gesetz verpflichtete die Mehrzahl der gewerblichen Arbeiter und Angestellten, einer gesetzlichen Krankenkasse beizutreten, an die sie dann auch Mitgliedsbeiträge abzuführen hatten, welche allerdings zu einem Drittel von den Arbeitgebern übernommen wurden. Im Gegenzug waren die Krankenkassen verpflichtet, den Versicherten im Krankheitsfalle freie ärztliche Behandlung, freie Arznei- und Heilmittelversorgung sowie im Falle der Erwerbsunfähigkeit zunächst (für mindestens 13 Wochen) ein Krankengeld in Höhe der Hälfte des Lohns zu gewähren. Alternativ – und das war im Hinblick auf die Krankenhausfinanzierung eigentlich bedeutsam – bestand für die Versicherten auch die Möglichkeit, von der Krankenversicherung die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung erstattet zu erhalten.[15] Im Ergebnis bewirkte das Bismarcksche Krankenversicherungsgesetz einen deutlichen Anstieg der Nutzung der in Deutschland bestehenden Krankenhäuser und bescherte diesen einen erheblichen Einnahmenzuwachs, wodurch sie parallel zu der sich deutlich entwickelnden Medizin[16] ausgebaut werden und sich rapide fortentwickeln konnten.[17]

Die Abrechnung der Krankenhausleistungen erfolgte über Pflegesätze, welche zuvor zwischen den Krankenhäusern und den Versicherungen autonom und ohne staatliche Einflussnahme ausgehandelt wurden. Über sie sollten „monistisch" (nur eine Finanzierungsquelle kennend[18]) die gesamten Kosten des jeweiligen Krankenhauses – also sowohl die Betriebskosten als auch die

---

[11] *FvV*, Betriebswirtschaftliche Aspekte in der Krankenhausfinanzierung, S. 57; *Robert Bosch Stiftung* (Hrsg.), Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung, Teil I (Kommissionsbericht), S. 38.
[12] RGBl. 1883, S. 73.
[13] RGBl. 1883, S. 417.
[14] *Kaltenborn*, JZ 1998, S. 770, 771.
[15] *FvV*, Betriebswirtschaftliche Aspekte in der Krankenhausfinanzierung, S. 52; *Kaltenborn*, JZ 1998, S. 770, 771.
[16] Um 1847 wurde die Narkose eingeführt, 1867 die Antisepsis und 1886 die Asepsis, *FvV*, Betriebswirtschaftliche Aspekte in der Krankenhausfinanzierung, S. 51.
[17] *FvV*, Betriebswirtschaftliche Aspekte in der Krankenhausfinanzierung, S. 52 f., mit tabellarischen Übersichten zur Entwicklung der Kosten und Einnahmen.
[18] *FvV*, Betriebswirtschaftliche Aspekte in der Krankenhausfinanzierung, S. 88.

Investitionskosten und die Verzinsung des betriebsnotwendigen Kapitals[19] – abgegolten werden, was allerdings aufgrund schon damals schwieriger Pflegesatzverhandlungen nicht gelang. So blieb auch nach 1883 die Vorhaltung von Kliniken weiterhin tendenziell nur über finanzielle Zuschüsse der Krankenhausträger möglich, und mit den mit der Verschlechterung der Weltwirtschaftslage ab Ende der 1920er Jahre einhergehenden weiteren finanziellen Problemen der Kliniken erlosch deren Investitionstätigkeit ab Beginn der 1930er Jahre fast völlig.[20]

II. Ökonomische Bewertung

Das Bismarcksche Krankenversicherungssystem ist für die Entwicklung und den Ausbau einer hochentwickelten Gesundheitsversorgung in Deutschland fraglos von unschätzbarer Bedeutung gewesen, da einzig solidarisch finanzierte Krankenversicherungen in der Lage waren und noch immer sind, die Gesundheitsrisiken des einzelnen Versicherten als solventer Kostenträger abzufangen und die immer teurer werdende Medizin zu finanzieren. Allerdings schuf es auch nachhaltige Strukturen im deutschen Gesundheitswesen, welche aus ökonomischer Sicht hinsichtlich der Preis-Leistungs-Steuerung in der gesetzlichen Krankenversicherung bis heute problematisch geblieben sind: So statuierte die Bismarcksche Krankenversicherung das bis heute gültige "Dreier"-System zwischen dem Versicherten als Konsumenten, dem Arzt bzw. Krankenhaus als Leistungserbringer und der Versicherung bzw. der jeweiligen Krankenkasse als Kostenträger. Dieses System befreit den Konsumenten von der direkten Kostentragungspflicht für die von ihm in Anspruch genommenen Leistungen und verhinderte dadurch eine kostenbewusste, ökonomisch sinnvolle Leistungssteuerung allein durch Angebot und Nachfrage. Erschwerend kommt hinzu, dass das Arzt-Patient Verhältnis seinem Wesen nach von einer asymmetrischen Informationsverteilung zwischen Arzt und Patient in Bezug auf die medizinisch sinnvolle Vorgehensweise gekennzeichnet ist. Durch seinen Wissensvorsprung in medizinischen Fragen hat der Arzt die Möglichkeit, den Patienten in diagnostischen und therapeutischen Fragen zu bevormunden und dessen Behandlungsentscheidungen in Richtung seiner (des Arztes) eigenen, fachfremden wirtschaftlichen Ziele zu manipulieren; so kann der Arzt seinen Patienten regelmäßig dazu veranlassen, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, die dieser bei einer hinreichenden Information über seinen Gesundheitszustand nicht nachgefragt hätte.[21]

Ein weiterer ökonomischer Nachteil des Bismarckschen Krankenversicherungssystems war die Wahl der tagesgleichen Pflegesätze als maßgebliche Abrechnungsform für die Leistungen der Krankenhäuser, welche in Deutschland endgültig erst mit der Einführung des DRG-Systems überwunden werden konnten. Die tagesgleichen Pflegesätze, die eine gleichmäßige, verweildauer-

---

[19] *FvV*, Betriebswirtschaftliche Aspekte in der Krankenhausfinanzierung, S. 58; *Jung*, Bundespflegesatzverordnung 1986, S. 37 f.; *Tuschen/Quaas*, Bundespflegesatzverordnung, 5. Auflage, S. 2.

[20] *Robert Bosch Stiftung* (Hrsg.), Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung, Teil I (Kommissionsbericht), S. 38 f.

[21] Sog. Principal (Auftraggeber)-Agent (Sachwalter)-Beziehung, *Nowy*, Ergebnisorientierte fallbasierte Vergütung, S. 44 ff; *Neubauer*, in: *Arnold/Klauber/Schellschmidt* (Hrsg), Krankenhaus-Report 2002, S. 3, 19 ff.

orientierte Vergütung unbeachtlich der im Einzelnen erbrachten Leistungen des Krankenhauses bedeuten, verhinderten weitgehend das Entstehen eines für eine sparsame Behandlungsweise notwendige Kostenbewusstsein bei den behandelnden Ärzten, und haben nach zum Teil geäußerter Auffassung eine große Mitschuld an der expansiven Kostenentwicklung im Krankenhauswesen in den letzten Jahren und Jahrzehnten.[22]

C. Die Regulierung der Krankenhausfinanzierung nach 1936

Nach der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten im Jahre 1933 fand die privatautonome und unregulierte Aushandlung der Krankenhauspflegesätze zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen in Deutschland ihr Ende. Im Rahmen ihrer Wirtschaftsgesetzgebung erließen die Nationalsozialisten die sogenannte „Verordnung über das Verbot von Preiserhöhungen“,[23] deren § 1 Abs. 1 zur Vorbeugung von Inflation in Deutschland ein striktes Verbot von „Preiserhöhungen für Güter und Leistungen jeder Art (…)“ bestimmte; die Krankenhauspflegesätze waren hiervon ausdrücklich mitumfasst, was ihre einstweilige Festschreibung bedeutete.[24] Für die Entwicklung des deutschen Krankenhauswesens bedeutete dies Stagnation, und durch die Zerstörungen der nun folgenden Kriegsjahre verschlechterte sich die Lage der Kliniken zusätzlich.[25]

Der Wirtschaftsrat des Vereinigten Wirtschaftsgebiets – dieses bestand aus der amerikanischen und der britischen Besatzungszone – hob 1948 zur Bewältigung der Finanzprobleme der Krankenhäuser und zur Förderung des Wiederaufbaus das Verbot der Erhöhung von Pflegesätzen auf.[26] Diese konnten nun wieder frei verhandelt und den tatsächlichen Bedürfnissen angepasst werden. Die Aufhebung des Verbotes von Preiserhöhungen galt allerdings nur für die Pflegesätze, nicht aber für die Krankenversicherungsbeiträge; in der angespannten wirtschaftlichen Situation sollten die Lohnnebenkosten offenbar gering gehalten werden. Logische Folge dieser Asymmetrie war, dass die von den Krankenhäusern beantragten Erhöhungen der Pflegesätze schon bald die Finanzkraft der Krankenkassen übertraf,[27] woraufhin die alte Preisstoppverordnung schlicht wieder in Kraft gesetzt wurde.[28] Eine Erhöhung der Pflegesätze war fortan nur noch mit Genehmigung der Preisbehörde und nach gutachterischer Anhörung der Verbände der Krankenhäuser und Krankenkassen möglich. Lehnte die Preisbehörde den Antrag der Krankenkassen ab und konnte keine anderweitige Einigung gefunden werden, kam es zu einer Entscheidung des Direktors der Verwaltung für

---

22 *Sell*, Sozialer Forschritt 5/2000, S. 103, ebenda.

23 Verordnung über das Verbot von Preiserhöhungen vom 26. November 1936 (RGBl. I S. 955).

24 *FvV*, Betriebswirtschaftliche Aspekte in der Krankenhausfinanzierung, S. 60; *Robert Bosch Stiftung* (Hrsg.), Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung, Teil I (Kommissionsbericht), S. 38.

25 *Simon*, Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland, S. 42.

26 Anordnung über Preisbildung und Preisüberwachung nach der Währungsreform vom 25.06.1948 (“Preisfreigabeverordnung“), WiGBl. S. 61, dazu *FvV*, Betriebswirtschaftliche Aspekte in der Krankenhausfinanzierung, S. 62.

27 *FvV*, Betriebswirtschaftliche Aspekte in der Krankenhausfinanzierung, 63; *Simon*, Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland, S. 43.

28 „Anordnung PR Nr. 140/48 über Pflegesätze der Kranken- und Heilanstalten und sonstigen pflegerischen Anstalten aller Art“ vom 18. Dezember 1948.

Wirtschaft. Dieses Verfahren war sehr langwierig und führte zu erheblichen Liquiditätsproblemen vieler Krankenhäuser, denn die Pflegesätze deckten Anfang der 1950er Jahre gerade einmal durchschnittlich 60-65 % der ihnen entstehenden Kosten.[29]

D. Die Bundespflegesatzverordnung von 1954

Im Jahre 1954 wurde – noch auf der Grundlage der §§ 2 und 3 des Preisgesetzes vom 19. April 1948[30] – die erste Fassung der Bundespflegesatzverordnung erlassen,[31] die sich mittlerweile auf § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) stützt.

Sie bestimmte (scheinbar) als Reaktion auf die Kostenunterdeckung der Krankenhäuser in den vorangegangenen Jahren, dass die Höhe der Krankenhausentgelte zukünftig von den Krankenhäusern und den Versicherungsträgern im Anschluss an einen Abrechnungszeitraum rückblickend zu vereinbaren war, wobei Grundlage für die Höhe der Pflegesätze die jeweiligen Selbstkosten einer Klinik sein sollte.[32] Die Einführung dieses „Selbstkostendeckungsprinzips“ erschien auf den ersten Blick als sinnvoller Ausweg aus der Finanzierungskrise der Krankenhäuser; jedoch wurde dieser Eindruck dadurch getrübt, dass § 6 der Verordnung zugleich eine sehr restriktive, vom betriebswirtschaftlichen Selbstkosten-Verständnis deutlich abweichende Legaldefinition des Selbstkostenbegriffes gab: Selbstkosten im Sinne der Bundespflegesatzverordnung sollten zunächst nur die mit einer stationären Behandlung verbundenen Krankenhauskosten sein, die bei sparsamer Wirtschaftsführung entstanden,[33] außerdem durften bestimmte Kostenarten erst gar nicht als Selbstkosten angesetzt werden, beispielsweise Zinsen und Tilgungsbeträge für Fremdkapital, das zur Beseitigung der Kriegsschäden vielfach noch benötigt wurde, Kosten für die wissenschaftliche Forschung und Lehre, die über den normalen Krankenhausbetrieb hinausgingen.[34]

Die Gründe für diese etwas „eigentümliche Methodik“[35] der Einschränkung des Selbstkostendeckungsprinzips, welche im Ergebnis weiterhin zu einer nur beschränkten Abdeckung der Krankenhauskosten über die Entgelte führte, sind umstritten.[36] Naheliegend erscheint jedoch, dass die wirtschaftliche Sanierung der Kliniken wohl eher im Hintergrund stand und die damalige Bundesregierung aus preis-, wirtschafts- und sozialpolitischen Erwägungen in der schwierigen Wirtschaftslage Deutschlands nach dem Krieg versuchte, ein Ansteigen der Lohnnebenkosten zu verhindern,

---

29 *FvV*, Betriebswirtschaftliche Aspekte in der Krankenhausfinanzierung, S. 63 ff.; *Simon*, Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland, S. 43.

30 WiGBl 1948, S. 27.

31 Verordnung PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten vom 31. August 1954, Bundesanzeiger Nr. 173 vom 9. September 1954, S. 1.

32 § 3 BPflV-1954.

33 § 6 Abs. 1 S. 1 1. HS BPflV-1954.

34 § 6 Abs. 2 BPflV-1954.

35 *FvV*, Betriebswirtschaftliche Aspekte in der Krankenhausfinanzierung, S. 66; *Simon*, Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland, S. 67.

36 Vgl. *Jung*, Bundespflegesatzverordnung 1986, S. 39; *Tuschen/Quaas*, Bundespflegesatzverordnung, 5. Auflage, S. 4 einerseits und *Simon*, Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland, S. 47 andererseits.

indem sie die Beitragssätze zu den gesetzlichen Krankenversicherungen niedrig hielt.[37] Wie auch immer, fest steht jedenfalls, dass die Bundespflegesatzverordnung-1954 im Ergebnis nicht zu einer Entspannung der wirtschaftlichen Lage der Kliniken beitragen konnte. Vielmehr stiegen deren Defizite in der Folgezeit weiter an, und zwar von 280 Mio. DM im Jahre 1957 und 785 Mio. DM im Jahre 1964 auf 840 Mio. DM in 1966,[38] was ein weiteres staatliches Tätigwerden erforderte.[39]

E. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972

Im Jahre 1972 trat in Deutschland als zweite Säule der Krankenhausfinanzierung neben der Bundespflegesatzverordnung das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) des Bundes in Kraft,[40] welches inhaltlich eine konsequente Folge der in den Vorjahren intensiv geführten politischen Diskussion um die finanzielle Lage der deutschen Krankenhäuser[41] war. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes ergab sich aus dem extra neu eingefügten Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG.[42] Ergänzend zum Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes ergingen Krankenhausgesetze der Länder, welche den Vollzug der Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Länderebene sicherstellen und ergänzen sollten.[43]

I. Dualistische Krankenhausfinanzierung

Ausdrückliches Ziel des Krankenhausfinanzierungsgesetzes war und ist bis heute nach seinem § 1 „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren

---

37 Bericht der Bundesregierung über die finanzielle Lage der Krankenanstalten in der Bundesrepublik Deutschland vom 14. Mai 1969 („Krankenhausenquête“), BT-Drs. V/4230, S. 6 f.

38 Zahlen nach *FvV*, Betriebswirtschaftliche Aspekte in der Krankenhausfinanzierung, 80, S. 83 ff., 92; weiterhin *Jung*, Bundespflegesatzverordnung 1986, S. 39; *Simon*, Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland, S. 43; *Tuschen/Quaas*, Bundespflegesatzverordnung, 5. Auflage, S. 4.

39 Vgl. zusammenfassend *Robert Bosch Stiftung* (Hrsg.), Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung, Teil I (Kommissionsbericht), S. 40 f.

40 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze – KHG – vom 29. Juni 1972, BGBl. I, S. 1009; mit der Einführung des DRG-basierten Fallpauschalensystems trat als dritte Säule das Krankenhausentgeltgesetz hinzu, welches allerdings lediglich die Bedeutung der Bundespflegesatzverordnung, nicht aber die Bedeutung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes schmälerte; zum Krankenhausentgeltgesetz vgl. unten Kap. 2. C. III. 4.

41 Vgl. die „Krankenhausenquête“ vom 14. Mai 1969, BT-Drs. V/4230.

42 Einfügung der Art. 74 Nr. 19a GG („die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze“ als Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung), Art. 104a GG („Ausgabenzuständigkeit, Finanzhilfen, Haftung“, der es dem Bund ermöglichte, den Ländern für Investitionen der Länder und Gemeinden Finanzhilfen zur Verfügung zu stellen, § 104a Bas. 4) und Art. 91a GG („Mitwirkung des Bundes bei Länderaufgaben“, beispielsweise beim Aus- und Neubau von Hochschulkliniken, Art. 91a Abs. 1 Nr. 1 GG) durch das 21. und das 22. Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes vom 12. Mai 1969, BGBl I, S.359, 363.

43 Z.B. Niedersächsisches Gesetz zum Bundesgesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze – Nds. KHG – vom 12. Juli 1973, GVBl. 1973, S. 231; Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen – KHG NRW – vom 25 November 1975, GVBl. 1975, S. 210; Übersicht der aktuellen Fassungen und der Krankenhausgesetze der „neuen“ Länder bei *Genzel*, in: *Laufs/Uhlenbruck* (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, § 84 Rn 22.

Pflegesätzen beizutragen.“[44] In 1972 sollte als Mittel hierzu vor allem der Einstig des Staates als zusätzlicher Geldgeber in die Krankenhausfinanzierung dienen, da sich in der politischen Diskussion vor 1972 die Überzeugung herausgebildet hatte, dass die Vorhaltung von Krankenhausbetten rechtssystematisch als eine Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge anzusehen sei, an deren Finanzierung sich der Staat aktiv beteiligen müsste.[45] Außerdem fordere das Sozialstaatsprinzip des Grundgesetzes (Art. 20, 28 GG), die finanzielle Belastung der Bevölkerung und insbesondere der wirtschaftlich weniger leistungsstarken Bevölkerungsteile durch Krankheiten zu lindern und „sozial tragbar“ zu gestalten.[46]

Uneinigkeit bestand in der Politik allerdings darüber, auf welche Weise die staatliche Beteiligung an der Krankenhausfinanzierung erfolgen sollte. Der Bundesrat plädierte dafür, es bei dem bisherigen System zu belassen und sämtliche Krankenhauskosten über vollkostendeckende Pflegesätze abzudecken, diese jedoch deutlich zu erhöhen. Um gleichzeitig einen zu starken Anstieg der Beitragssätze zu verhindern und die „soziale Tragbarkeit“ der hohen Pflegesätze zu gewährleisten, sollten jedoch die Sozialversicherungsträger und die sonstigen dem Krankenhaus gegenüber Zahlungspflichtigen, insbesondere die privaten Krankenversicherungen, staatlich subventioniert werden.[47] Die Bundesregierung hingegen favorisierte ein anderes Finanzierungssystem weg von den vollkostendeckenden Pflegesätzen: Die Krankenhauskosten sollten unterschieden werden in die laufenden Betriebs- und Behandlungskosten einerseits und in die Investitionskosten – also die Kosten für den Neu-, Aus- und Umbau der Krankenhäuser – andererseits. Die Betriebs- und Behandlungskosten sollten weiterhin über die Pflegesätze vergütet werden, für die Investitionskosten hingegen sollte der Staat aufkommen, was wegen der Umlegung der Krankenhauskosten auf zwei verschiedene Geldgeber als dualistisches oder duales Finanzierungssystem bezeichnet wird.[48]

Gegen das dualistische Finanzierungsmodell wurde von seinen Kritikern eingewandt, dass die Übernahme der Investitionskosten durch die öffentliche Hand einen massiven Eingriff in die Preisgestaltungsmöglichkeiten der Krankenhäuser im Pflegesatzverfahren bedeutete: Es würde ihnen verwehrt, vollkostendeckende Entgelte zu vereinbaren, sie würden künstlich subventionsbedürftig gehalten und gerieten dadurch unter staatlichen Einfluss und in staatliche Abhängigkeit. Diese Probleme ergäben sich bei einer Beibehaltung des monistischen Systems unter Subventionierung der Krankenkassen nicht. Gegen das monistische System sprachen allerdings mögliche Umsetzungsprobleme in der Praxis: Die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen wie auch die Bezuschussung von Selbstzahlern und Privatversicherten, die aus Gleichheitsgesichtspunk-

---

44 § 1 KHG, ausführliche hierzu *Simon*, Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland, S. 74 ff.

45 „Krankenhausenquête“ vom 14. Mai 1969, BT-Drs. V/4230, S. 28; Schriftliche Antwort der Bundesregierung auf die Anfrage der Fraktion der SPD zur Gesundheitspolitik vom 12. Juni 1968, BT-Drs. V/3008, S. 11; vgl. auch *Jung*, Bundespflegesatzverordnung 1986, S. 41; *Tuschen/Quaas*, Bundespflegesatzverordnung, 5. Auflage, S. 5.

46 *Bachof/Scheuing*, Krankenhausfinanzierung und Grundgesetz, S. 19.

47 Vgl. *Bachof/Scheuing*, Krankenhausfinanzierung und Grundgesetz, S. 19.

48 *Neubauer*, in: *Arnold/Klauber/Schellschmidt* (Hrsg.), Krankenhaus-Report-2002, S. 71, 72; *Genzel*, in: *Laufs/Uhlenbruck* (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, § 84 Rn 17, § 86 Rn 1, spricht sogar von einem „trialen“ System da nicht immer alle Kosten der Krankenhäuser von Pflegesätzen und der öffentlichen Investitionsförderung gedeckt würden.

ten geboten gewesen wäre, hätte ein sehr ausdifferenziertes Subventionierungsmodell mit einem hohen bürokratischen Aufwand erfordert. Auch wäre bei einer Subventionierung der Krankenkassen im Gegensatz zu einer Direktzahlung der öffentlichen Gelder an die Kliniken nicht stets gewährleistet gewesen, dass die staatlichen Gelder auch tatsächlich an der für sie bestimmten Stelle zweckentsprechend eingesetzt würden.

Die späteren Regelungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz entsprachen dem dualistischen Modell der Bundesregierung, welches angesichts der weiten Gestaltungsfreiheit des Bundesgesetzgebers im Bereich der Krankenhausfinanzierung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG) grundsätzlich keinen verfassungsmäßigen Bedenken begegnet.[49] Die Betriebs- und Behandlungskosten der Krankenhäuser wurden über die Pflegesätze vergütet, und die Finanzierung der Investitionskosten teilten sich Bund und Länder, zunächst im Verhältnis eins zu zwei („Mischfinanzierung") § 21 KHG-1972. Die genaue Abgrenzung von Investitionskosten einerseits und Behandlungs- und Betriebskosten andererseits wurde später in der sog. Abgrenzungsverordnung geregelt.[50] Das Krankenhausfinanzierungsgesetz hielt am Selbstkostendeckungsprinzip der Bundespflegesatzverordnung-1954 fest. § 4 Abs. 1 KHG-1972 bestimmte, dass Pflegesätze und öffentliche Investitionen zusammengenommen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhaus decken mussten.

II. Krankenhaus(bedarfs)planung

Als zweite große Neuerung neben dem dualen Finanzierungssystem führte das Krankenhausfinanzierungsgesetz in § 6 KHG-1972 die bis heute bestehende Krankenhausplanung der Länder durch Krankenhauspläne und die Investitionsprogramme ein.[51] Mit ihrer Hilfe soll ein flächendeckendes Netz von Krankenhäusern zur wohnortnahen stationären Versorgung der Bevölkerung errichtet und die öffentliche Investitionsförderung durch Bund und Länder koordiniert werden.[52]

In den *Krankenhausplänen* als wichtigstem Element der Krankenhausplanung analysiert die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, beispielsweise das Ministerium für Gesundheit, zunächst den Stand und den Bedarf an Krankenhausversorgungsleistungen im Land im Wege einer analytischen, formelhaften Berechnung, in die bestimmte statistische Daten wie Einwohnerzahl, Herkunft der Patienten, Behandlungshäufigkeit, durchschnittliche Verweildauer und Krankenhausauslastung für einen bestimmten Behandlungszeitraum einfließen.[53] In der Praxis bereitet dies

---

[49] *Bachof/Scheuing*, Krankenhausfinanzierung und Grundgesetz, S. 19-24.

[50] Abgrenzungsverordnung (AbgrV) vom 05. Dezember 1977, BGBl. I, S. 2355; dazu *Genzel*, in: *Laufs/Uhlenbruck* (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, § 86 Rn. 15 ff., *FvV*, Betriebswirtschaftliche Aspekte in der Krankenhausfinanzierung, S. 112 ff.; *Tuschen/Quaas*, Bundespflegesatzverordnung, 5. Auflage, S. 41 ff.; bezüglich der Finanzierung größerer baulicher Anlagen (Außenmauer) vgl. *BVerwG*, NJW 1993, S. 2391 ff.

[51] Im KHG-1972 hieß die Krankenhausplanung noch „Krankenhausbedarfsplanung", die Krankenhauspläne hießen dementsprechend „Krankenhausbedarfspläne". Zum aktuellen Investitionsstau bei sinkenden Investitionsfördermitteln unter dem neuen Vergütungssystem *Steiner/Mörsch*, Das Krankenhaus 6/2005, S. 473 ff.

[52] *Genzel,* in: *Laufs/Uhlenbruck* (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, § 86 Rnrn. 28, 34.

[53] Vgl. z.B. § 13 Abs. 2 KHG NRW.