



Ariane Weber (Autor)

**Die Veränderung der Finanzierungsweisen
medizinischer Leistungen, am Beispiel der
Krankenhausfinanzierung seit dem
Gesundheitsstrukturgesetz 1993 bis zum GKV-
Gesundheitsreformgesetz 2000**

Ariane Weber

Die Veränderung der Finanzierungsweisen
medizinischer Leistungen, am Beispiel
der Krankenhausfinanzierung seit dem
Gesundheitsstrukturgesetz 1993 bis
zum GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000



Cuvillier Verlag Göttingen

<https://cuvillier.de/de/shop/publications/3059>

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>

A. Einleitung

I. Einführung

Das Recht der Krankenhausfinanzierung hat seit dem am 01.01.1993 in Kraft getretenen Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992 (GSG) bis zu dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22.12.1999 wesentliche Änderungen erfahren. Während dieser Zeit wurde das Vergütungssystem, welches sich bis dahin überwiegend an den Selbstkosten des einzelnen Krankenhauses orientierte, auf ein leistungsorientiertes Finanzierungssystem umgestellt. Begleitet wurde dieser Prozess durch zahlreiche Gesetzentwürfe. Die Entwürfe, die der Zustimmung des Bundesrates bedurften, scheiterten jedoch meist. Reformen, die strukturelle Veränderungen in größerem Umfang zum Ziel hatten, waren im Wesentlichen nicht durchsetzbar.

Eine Ausnahme stellt dabei das GSG dar, bei dem es in intensiven umfassenden Verhandlungen gelang, eine breite Mehrheit sowohl der regierenden als auch der oppositionellen Parteien im Bundestag zu finden. Mit der Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips und der Einführung von pauschalierten Entgelten (Fallpauschalen und Sonderentgelten), die den tagesgleichen Pflegesatz so schnell wie möglich aufheben sollten, leitete das GSG eine grundlegende Reform im Krankenhausfinanzierungsrecht ein. Erkannt worden war, dass Fehlsteuerungen und eine zu hohe Verweildauer die ökonomischen logischen Konsequenzen des bisherigen Krankenhausfinanzierungsrechts waren, in der das belegte Bett und nicht die Leistung, die der Patient benötigt, Maßstab für die Einnahmen war. Mit der Bundespflegesatzverordnung vom 26.09.1994 (BPflV 1995) wurden die durch das GSG im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) festgelegten Vorgaben für die Vergütung der stationären Leistungen umgesetzt und die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser konkretisiert.

Als weiteres zentrales Gesetz ist das Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. NOG) vom 23.06.1997 hervorzuheben, das die Reform des GSG zur leistungsgerechten Vergütung fortsetzte und dabei die eigenverantwortlichen Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltungspartner von Krankenkassen und Krankenhäusern ausweitete. Staatliche Regelungen wurden zugunsten

von Selbstverwaltungsentscheidungen zurück genommen. Künftig sollten die Spitzenverbände der Selbstverwaltungspartner, also die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Fallpauschal- und Sonderentgeltkataloge weiter entwickeln. Die bisherige Festlegung auf dem Verordnungsweg entfiel damit.

Eine weitere Zäsur im Krankenhausfinanzierungsrecht wurde schließlich mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 gesetzt, das allerdings seinen Weg durch das parlamentarische Verfahren erst finden konnte, nachdem es von zustimmungsbedürftigen Passagen „befreit“ und damit in seinem ursprünglich gedachten Umfang erheblich gekürzt worden war. Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 legte der Gesetzgeber fest, dass ab dem 01.01.2003 ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem das bisherige Mischsystem aus leistungsgerechten Entgelten und tagesgleichen Pflegesätzen ersetzt. Den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene wurde die Aufgabe übertragen, das neue Vergütungssystem, welches sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRGs) zu orientieren hatte, zu verhandeln und zu vereinbaren. Bei den DRGs handelt es sich um ein Patientenklassifikationssystem, das Behandlungsfälle aufgrund klinischer Kriterien Fallgruppen mit ähnlichen Behandlungskosten zuordnet. Ein Behandlungsfall wird dabei genau einer Fallgruppe zugeordnet.

In welchem zukünftigen Rahmen das pauschalierende Entgeltsystem eingesetzt werden sollte, ließ das Gesetz offen. Im Laufe des Jahres 2001 wurde zur Regelung der Krankenhausfinanzierung im Zusammenhang mit der Einführung eines diagnoseorientierten Fallpauschalensystems ein entsprechendes Gesetzgebungsverfahren initiiert, das den neuen Anwendungsrahmen dieses Vergütungssystems definierte. Am 01.03.2002 stimmte der Bundesrat dem durch den Bundestag verabschiedeten Gesetzentwurf zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) zu. Mit dem FPG wird der Umstieg auf das neue Entgeltsystem geregelt. Dabei werden die ordnungspolitischen Vorgaben durch das FPG allerdings nur bis zum 01.01.2007 festgelegt. Erst zu diesem Zeitpunkt ist der Umstiegsprozess auf das neue Entgeltsystem beendet, dessen verbindliche Einführung für den 01.01.2004 festgelegt wurde. Wie das System langfristig aussehen soll, wurde von dem Gesetzgeber bewusst offen gelassen, um die Erfahrungen der

Umstiegsphase nutzen und mit einfließen lassen zu können. Das FPG hat damit den Charakter eines Einführungsgesetzes. Auf eine Darstellung wurde vor diesem Hintergrund verzichtet.

Kennzeichnend für die Entwicklung des Krankenhausfinanzierungsrechts, spätestens ab dem 2. NOG, ist die zunehmende Entstaatlichung und Übertragung von Entscheidungskompetenzen auf die Selbstverwaltung. Hier stellen sich insbes. vor dem Hintergrund der privaten Rechtsform der einzelnen Krankenhausgesellschaften und ihres Spitzenverbandes, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, verfassungsrechtliche Fragen in Bezug auf die Legitimation der gemeinsamen Selbstverwaltung, Verträge mit Bindungswirkung gegenüber den einzelnen Krankenhäusern und Krankenkassen schließen zu dürfen. Untersucht werden in diesem Zusammenhang beispielhaft die zentralen Aufgaben, die der Gesetzgeber in der beschriebenen Zeitspanne den Selbstverwaltungspartnern übertragen hat: die Übertragung der Weiterentwicklung der leistungsgerechten Entgelte durch das 2. NOG (§ 17 Abs. 2a KHG), aber auch die Vereinbarung des neuen umfassenden Vergütungssystems durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (§ 17b Abs. 2 KHG).

Mit der Deregulierung verschiebt sich schließlich auch die Problematik des Zielkonflikts zwischen Beitragssatzstabilität und Versorgungsbedarf von dem Gesetzgeber auf die Selbstverwaltung. Ob es ihr gelingen kann, diesen Zielkonflikt zu bewältigen, hängt entscheidend von dem Umfang des Gestaltungsrahmens und den weiter bestehenden Steuerungsmechanismen im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsrechts ab.

Die aufgezeigte und untersuchte Problematik verliert dabei auch nach In-Kraft-Treten des FPG nicht an Aktualität.

II. Vorgehensweise in den einzelnen Kapiteln

In Abschnitt B wird die Entwicklung des Krankenhausfinanzierungsrechts seit Einführung des GSG (1993) bis zum GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 beschrieben. Neben der Darstellung der wesentlichen Inhalte der Änderungen im KHG und der BPflV werden auch die Bewertungen der von der Gesetzgebung betroffenen Akteure, d.h. der Krankenkassen und Krankenhäuser, aufgezeigt.

Im Abschnitt C werden ausgewählte Rechtsprobleme der veränderten Finanzierungsweisen am Beispiel der zunehmenden rechtliche Stärkung der Selbstverwaltung erörtert.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Deregulierungen i.V.m. der Übertragung von Normsetzungsbefugnissen auf die gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und Krankenhäusern auf Bundesebene wird in dem I. Teil des Abschnitts C die im Gesetz angeordnete Bindungswirkung gegenüber den Krankenhäusern und Krankenkassen auf ihre Verfassungskonformität untersucht.

In dem II. Teil des Abschnitts C beschäftigt sich die Arbeit zunächst mit dem Gestaltungsprinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung im stationären Bereich. Sodann wird auf den Gestaltungsrahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung eingegangen und die staatlichen Steuerungsmechanismen vor dem Hintergrund beabsichtigter Deregulierung erörtert. Anschließend wird der Zielkonflikt der Selbstverwaltung aufgezeigt, nämlich zum einen die Beitragssatzstabilität zu wahren und zum anderen den Versorgungsbedarf zu sichern. In diesem Rahmen erfolgt abschließend eine kurze historische Betrachtung und ergänzend eine Darstellung, wie Sachverständige und Sachverständigenräte die Ursachen und die Bewältigung dieser Problemstellungen sehen.

In Abschnitt D werden die wesentlichen Inhalte der Arbeit zusammengefasst und vor dem Hintergrund der aufgezeigten Probleme analysiert und bewertet.