

Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung

1 Kurzdarstellung des Krankenhausbereiches

1.1 Begriffe und Abgrenzungen

Krankenhäuser im Sinne des § 107 SGB V sind Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen ... und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten, ... darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten und in denen die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

Die Krankenhäuser unterliegen in der Regel der staatlichen **Krankenhausplanung** der Länder (vgl. §§ 6 bis 11 KHG) und einer entsprechenden staatlichen Förderung der Investitionskosten. Von den 1791 Allgemeinen Krankenhäusern werden 1433 Krankenhäuser voll gefördert, 128 Krankenhäuser teilweise gefördert und nur 94 nicht gefördert. Nicht geförderte Krankenhäuser sind in der Regel auf Grund eines Versorgungsvertrages mit den gesetzlichen Krankenkassen zur Behandlung der Patienten zugelassen (§ 109 SGB V).

Von den Krankenhäusern sind die **Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen** nach § 107 Abs. 2 SGB V zu unterscheiden. Dies sind Einrichtungen, die der stationären Behandlung der Patienten dienen, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder die dazu dienen, eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (Rehabilitation) ... Die Einrichtungen stehen fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und sind ... darauf eingerichtet, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen. Die Patienten müssen in den Einrichtungen auch untergebracht und gepflegt werden können. Im Jahr 2007 wurden in 1239 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in rd. 170845 Betten von 115639 Beschäftigten rd. 1,9 Mio. Patienten bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 25,5 Tagen behandelt. Für den Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gibt es keine staat-

liche Bedarfsplanung. Viele Einrichtungen sind in Trägerschaft der Renten- oder Unfallversicherung. Die Kliniken schließen mit den gesetzlichen Krankenkassen **Versorgungsverträge** (§ 111 SGB V). Dabei ist mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde „Einvernehmen“ anzustreben. Die Vergütungen für die Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der Einrichtungen vereinbart.

Der staatlich nicht geregelte Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationskliniken hat stark expandiert, während im Krankenhausbereich Betten abgebaut wurden. Mit dem Ziel, die Versorgung der Patienten über die Grenzen der Versorgungssektoren „ambulanten Versorgung durch niedergelassene Vertragsärzte“, „stationäre Krankenhausbehandlung“ und „Rehabilitationseinrichtungen“ hinweg zu verbessern, wurde mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 rechtlich die Möglichkeit einer „**integrierten Versorgung**“ eingeführt (§§ 140ff. SGB V). Zum Beispiel können sich die Träger von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen zusammenschließen, Konzepte (Behandlungsleitfäden) für eine sektorenübergreifende Behandlung der Patienten entwickeln und über eine solche integrierte Versorgung einen Vertrag mit den Krankenkassen schließen. Entsprechende Verträge Versorgung sind auch unter Einbeziehung der ambulant tätigen, niedergelassenen Vertragsärzte möglich. Ziel ist es, einerseits die Behandlung der Patienten über die Sektorengrenzen hinweg zu verbessern und die Behandlungszeiten zu verkürzen sowie andererseits die Gesamtbehandlung für die Krankenkassen kostengünstiger zu gestalten.

Das nachfolgend beschriebene **Krankenhausfinanzierungsrecht** regelt nur den Bereich der Krankenhäuser (§ 107 Abs. 1 SGB V, § 2 Nr. 1 KHG).

1.2 Statistische Daten

Rund ein Drittel der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entfällt auf die Krankenhausbehandlung. Dies waren im Jahr 2008 etwa 52,6 Mrd. Euro. Für privat Versicherte, Beamte und sonstige Patienten werden von den Privaten Krankenversicherungen (PKV, Bahn und Post) und den öffentlichen Haushalten (insbesondere Beihilfe und Zahlungen durch die Sozialhilfestellen) für die Krankenhausbehandlung einschl. der Zahlungen für die Wahlleistung „Unterkunft in Ein- und Zweibettzimmer“ und die Wahlleistung „Arzt“ (sog. Chefarztbehandlung) schätzungsweise zusätzlich über 11 Mrd. Euro ausgegeben. Der Jahresumsatz der **Krankenhäuser** einschließlich der Investitionen dürfte über 64 Mrd. Euro betragen. In 2007 Krankenhäusern mit rd. 506 954 Betten werden von 1 067 287 Beschäftigten (792 299 Vollkräften) 17,1 Millionen Patienten behandelt. Die Krankenhäuser stellen somit einen bedeutenden Wirtschaftsfaktor innerhalb der Bundesrepublik Deutschland dar. Ihr Umsatz ist größer als in der Textil- und Bekleidungsindustrie sowie Stahlindustrie zusammen. Je 10 000 Einwohner werden 61,6 Betten vorgehalten.

Übersicht 1: Statistische Daten über Krankenhäuser 2007

Krankenhaus-Statistik 2007 (Deutschland) – Vergleich 1992/2007 –			
	1992	2007	Veränd. in %
Krankenhäuser insgesamt			
Anzahl	2 381	2 087	–12,35 %
Betten insgesamt	646 995	506 954	–21,64 %
Betten je 100 000 Einwohner	803	616	–23,29 %
Ausbildungsstätten	1 131	1 013	–10,43 %
Ausbildungsplätze	107 261	96 537	–10,00 %
Allgemeine Krankenhäuser¹			
Anzahl	2 145	1 791	–16,50 %
Betten insgesamt:	591 830	468 169	–20,89 %
davon: – öffentliche Träger	361 312	229 971	–36,35 %
– freigemeinnützige Träger	211 137	167 739	–20,55 %
– private Träger	25 381	70 459	177,61 %
Nutzungsgrad der Betten in %	83,7	76,0	–9,20 %
Intensivbetten	20 051	23 260	16,00 %
Behandlungsfälle/Fallzahlen	13 984 758	16 670 545	19,21 %
Berechnungs-/Belegungstage	180 749 439	129 943 448	–28,11 %
Verweildauer	12,9	7,8	–39,53 %
Personal (Vollkräfte im Jahres- durchschnitt)	827 012	743 797	–10,06 %
davon: – Ärztlicher Dienst	93 921	120 674	28,48 %
– Pflegedienst	303 990	274 481	–9,71 %
– Medizin.-techn. Dienst	118 698	117 244	–1,22 %
– Funktionsdienst	75 943	83 780	10,32 %
– Klinisches Hauspersonal	37 469	12 581	–66,42 %
– Wirtschafts-/Versorg. Dienst	88 960	45 243	–49,14 %
– Techn. Dienst	21 884	16 841	–23,04 %
– Verwaltungsdienst	57 502	53 699	–6,61 %

1 Kurzdarstellung des Krankenhausbereiches

Krankenhaus-Statistik 2007 (Deutschland) – Vergleich 1992/2007 –			
	1992	2007	Veränd. in %
– Sonderdienste	9 553	3 644	–61,85 %
– sonstiges Personal	19 092	15 610	–18,24 %
Personalkosten insgesamt in 1 000 €	28 268 828	39 513 902	39,78 %
Krankenhäuser mit: – mind. einem med.-techn. Großgerät	538	1 089	102,42 %
– Dialyseeinrichtungen	270	277	2,59 %
– Ausbildungsstätten	1 056	947	–10,32 %
Medizin.-technische Großgeräte ²	1 426	9 564	570,69 %
Dialyseplätze	3 219	3 292	2,27 %
Ausbildungsplätze	100 468	91 627	–8,80 %

1 Ab 2002 veränderte Zählweise durch die Novellierung der KHStatV – Vorjahresvergleiche nicht möglich.

2 Ab 2002 werden neu erfasst: Dialysegeräte, Digitale-Subtraktions-Angiographiegeräte, Gammakameras und Herz-Lungen-Maschinen.

Seit Einführung der Krankenhausstatistik-Verordnung im Jahr 1990 (vgl. Kapitel 4.3) stehen bundesweit einheitliche statistische **Daten über den Krankenhausbereich** zur Verfügung. Ausgewiesen werden Strukturdaten (Krankenhäuser, Betten, Auslastungsgrade, Personal, Großgeräte, Dialysegeräte, Ausbildungsstätten u.a.), Bewegungsdaten (Fallzahlen, Verweildauern, Diagnosen, Geburten, Einzugsbereich, Kosten u.a.) sowie Kostendaten. Die Daten werden vom Statistischen Bundesamt (www.destatis.de) in der Fachserie 12 „Gesundheitswesen“ veröffentlicht und über die SFG-Servicecenter Fachverlage GmbH, Reutlingen vertrieben. **Übersicht 1** gibt wesentliche Daten wieder.

1.3 Vergütung der Krankenhausbehandlung

In der Bundesrepublik Deutschland sind die Versorgungssektoren noch immer stark voneinander abgeschottet. So findet die Krankenhausbehandlung grundsätzlich voll- oder teilstationär statt, d.h. der gesetzlich krankenversicherte Patient muss zur Behandlung grundsätzlich von einem niedergelassenen, ambulant tätigen Arzt oder einem Notarzt in das Krankenhaus eingewiesen werden. Kennzeichnend für die stationäre Krankenhausbehandlung ist in der Regel die Übernachtung des Patienten; vgl. die Erläuterungen zu § 1 Abs. 1 KHEntgG in Teil II. Lediglich in besonderen Fällen der teilstationären Versorgung kann auf eine Übernachtung verzichtet werden, z.B. bei einer Dialyse oder bei sog. Tages-

kliniken in der Geriatrie und in der Psychiatrie. Das Krankenhaus ist nach § 39 SGB V verpflichtet, trotz vorliegender Einweisung selbst noch einmal zu prüfen, ob der Patient wirklich stationär behandelt werden muss. Hält das Krankenhaus eine **ambulante Behandlung** für möglich, darf es diese grundsätzlich nicht selbst durchführen, sondern muss den Patienten abweisen bzw. zurück zu einem niedergelassenen Arzt schicken; ausgenommen sind Notfälle.

Möglichkeiten des Krankenhauses, Leistungen ambulant zu erbringen sind jedoch vom Gesetzgeber nach und nach in begrenztem Umfang geschaffen worden, z.B.

- die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115a SGB V,
- die Zulassung des Krankenhauses zum ambulanten Operieren nach § 115b SGB V,
- die ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte, die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen (ambulanten) Versorgung ermächtigt sind (§ 116 SGB V),
- die Ermächtigung von Krankenhäusern zur ambulanten vertragsärztlichen Behandlung bei Unterversorgung einer Region mit Vertragsärzten (§ 116a SGB V),
- die ambulante Behandlung im Krankenhaus bei Teilnahme des Krankenhauses an einem strukturierten Behandlungsprogramm oder bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (§ 116b SGB V),
- bei Hochschulambulanzen, soweit dies für Forschung und Lehre erforderlich ist (§ 117 SGB V),
- bei psychiatrischen Institutsambulanzen, soweit diese dazu ermächtigt sind (§ 118 SGB V),

Darüber hinaus kann das Krankenhaus an einer integrierten, d.h. einer verschiedenen Leistungssektoren übergreifenden oder einer interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung nach § 140a SGB V ff teilnehmen.

Abbildung 1 zeigt die verschiedenen Vergütungsbereiche für Krankenhäuser auf.

Auf Grund der mit dem DRG-Fallpauschalensystem einhergehenden Verkürzungen der Verweildauern der Patienten im Krankenhaus wird die Diskussion um erweiterte ambulante Versorgungsmöglichkeiten der Krankenhäuser weiterhin geführt werden.

Das neue DRG-Fallpauschalensystem gilt ab dem Jahr 2004 verbindlich für etwa 90 % der Krankenhäuser. Dieser Entgeltbereich unterliegt den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG), dessen Vorschriften in diesem Kommentar dargestellt und erläutert werden.

Für die zunächst aus dem Fallpauschalensystem ausgenommenen **Einrichtungen für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin** gilt weiterhin die Bundespflegesatzverordnung (BpflV). Die Vergütung nach der Bundespflegesatzverordnung wird in Kapitel 5 dieser Einführung ausführlich erläutert. Eine Kommentierung der Vorschriften gibt das Buch „Taschen/Quaa, Bundespflegesatzverordnung, 5. Auflage“, a.a.O., Erläuterungen zu den um-

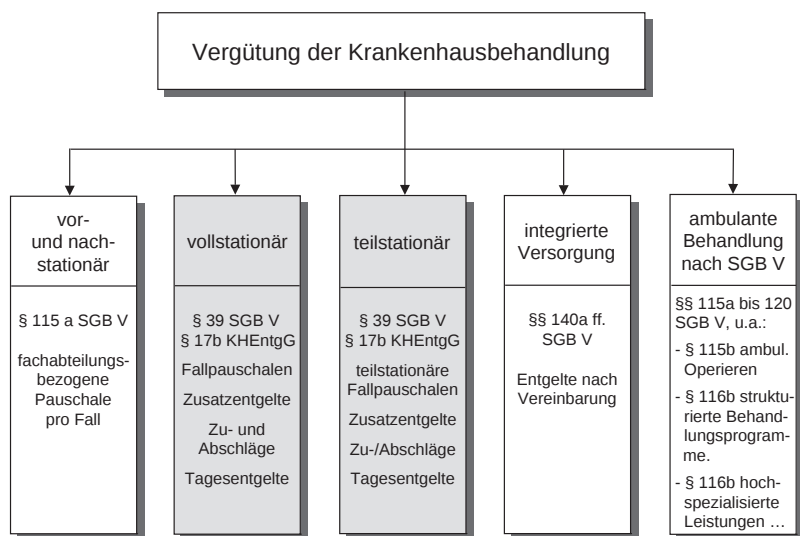


Abbildung 1: Vergütung der Krankenhausbehandlung

fangreichen Verhandlungsunterlagen einschließlich einer Beispielrechnung gibt das Buch „Taschen/Philippi, Leistungs- und Kalkulationsaufstellung im Entgeltsystem der Krankenhäuser, 2. Auflage“, a.a.O. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) hat der Gesetzgeber den Selbstverwaltungspartnern mit einem neuen § 17d KHG den Auftrag erteilt, auch für diese Krankenhäuser ein pauschalierendes, grundsätzlich tagesbezogenes Entgeltsystem zu entwickeln. Es soll im Jahr 2013 budgetneutral eingeführt werden (vgl. Artikel 1 Nr. 5 des KHRG).

1.4 Duale Finanzierung der stationären Leistungen nach dem KHG

Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz vom 29. Juni 1972 wurde die duale Krankenhausfinanzierung eingeführt; vgl. Kapitel 2.3 Die Vorhaltung von Krankenhäusern wurde als öffentliche Aufgabe angesehen, die aus Steuermitteln zu finanzieren ist. Bei der dualen Finanzierung wird zwischen folgenden Bereichen unterschieden:

- Die **Investitionskosten** der Krankenhäuser, die im Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgeführt sind, werden durch öffentliche Fördermittel finanziert. Diese werden teilweise als Einzelförderung für bestimmte Investitionsmaßnahmen vergeben und teilweise jährlich regelmäßig als Pauschalförderung in Abhängigkeit von z.B. Bettenzahl, Abteilungen oder Fallzahlen gezahlt. Nähere Angaben können den Krankenhausplänen oder den Investitionsprogrammen der einzelnen Bundesländer entnommen werden.

- Die laufenden **Betriebskosten** der Krankenhäuser werden von den Krankenkassen bzw. von den selbstzahlenden Patienten mit Pflegesätzen finanziert. „**Pflegesatz**“ ist der Oberbegriff für die verschiedenen Entgeltformen im Rahmen der Krankenhausfinanzierung. Zu ihnen gehören insbesondere tagesgleiche Pflegesätze (Abteilungspflegesatz, Basispflegesatz), Fallpauschalen, Sonderentgelte oder Zusatzentgelte sowie Zuschläge und Abschläge.

Die Einführung der dualen Krankenhausfinanzierung machte 1972 nähere Regelungen darüber erforderlich, welche Kosten über die Fördermittel der Länder und welche über die Pflegesätze zu finanzieren sind. Die erforderliche Abgrenzung wurde mit der **Abgrenzungsverordnung** (AbgrV) vorgenommen; vgl. Kapitel 4.1. In § 2 AbgrV werden auch die Wirtschaftsgüter des Krankenhauses den beiden Finanzierungsbereichen zugeordnet; vgl. **Abbildung 2**.



Abbildung 2: Abgrenzung der Wirtschaftsgüter
(aus: Tuschen, f & w Sonderheft, 7/90)

Die Bundesländer nahmen ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 21. Januar 1993 zum Anlass, die bisher von ihnen durchgeführte Einzelförderung

großer Instandhaltungsmaßnahmen einseitig einzustellen. Große Instandhaltungsmaßnahmen werden deshalb seit 1997 nicht mehr einzeln durch die Länder gefördert, sondern mit einer Instandhaltungspauschale in Höhe von 1,1 % des Budgets bzw. der Pflegesätze von den Krankenkassen finanziert; vgl. Kapitel 4.1.3.

Die im Jahr 1972 noch hohe Bedeutung der Investitionsförderung der Länder ist seitdem kontinuierlich zurückgegangen, wie die **Übersicht 2** zeigt.

Die Verschiebungen zwischen den beiden Finanzierungsbereichen haben sich einerseits auf Grund der medizinischen und medizinisch-technischen Entwicklung in den letzten fast 30 Jahren ergeben, die zu einer starken Erhöhung der Behandlungskosten (Pflegesätze) geführt haben. Die Investitionsmittel sind durch die Länder nicht entsprechend erhöht worden.

Lt. Bruckenberg (vgl. Investitionsoffensive für Krankenhäuser?, a.a.O., S. 18f. sowie www.bruckenberg.de) ist „die Investitionsquote als prozentualer Anteil der Investitionen am Gesamtbetrag der Benutzer- und Investitionskosten aller zugelassenen Krankenhäuser (Hochschulkliniken, Plankrankenhäuser, Vertragskrankenhäuser) ... im Zeitraum von 1973 bis 2001 im Bundesdurchschnitt von 17 % auf 9 % gesunken. ... Dies ist ein objektiver Beweis für die zu geringe **Investitionsförderung** im Krankenhaussektor und ein Beweis dafür, dass die Länder ihren Rechtsverpflichtungen aus dem KHG auf eine zeitnahe Vollfinanzierung nicht nachkommen. ... Um eine modernen Betrieben vergleichbare Investitionsquote von 20 % zu erreichen, müssten die derzeitigen insgesamt aufgewendeten jährlichen Investitionsmittel von rd. 5 Mrd. Euro auf rd. 12 Mrd. Euro aufgestockt werden.

Übersicht 2: Bedeutung der Fördermittel im Rahmen der dualen Finanzierung

Jahr	Fördermittel der Länder	GKV-Ausgaben für Krankenhäuser	Anteil
1973	1,6 Mrd. Euro	6,0 Mrd. Euro	27%
2007	2,7 Mrd. Euro	50,8 Mrd. Euro	5%

Dabei ist die Beseitigung des Investitionsstaus noch nicht berücksichtigt.“ Diese seit vielen Jahren zu niedrigen Investitionen (**Investitionsstau**) beeinträchtigen die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser stark. Bruckenberg hat die höheren Fördermittel des Landes Bayern pro Krankenhausbett mit den Fördermitteln verglichen, die andere Bundesländer in dem Zeitraum seit 1973 bereitgestellt haben. Er kommt durch diese Differenzrechnung auf einen rechnerischen „Nachholbedarf“ an KHG-Mitteln je Bett in Höhe von 26,6 Mrd. Euro (vgl. **Abbildung 3**) und verweist auf eine Studie der Oppenheim Research vom November 2001, in der der Investitionsstau mit rd. 60 Mrd. DM veranschlagt wird (vgl. Bruckenberg, a.a.O., S. 34f.).

Eine solche Addition von Unterschieden in der Fördermittelhöhe von Ländern kann auf Grund unterschiedlicher Versorgungsstrukturen und Kapazitäten und einer unterschiedlich effiziente Verwendung der Mittel nur bedingt aussagefähig sein. Zudem führen die Annahmen, dass unterlassene Investitionen der Vergangenheit zum Beispiel im Sanitärbereich, bei der Energieversorgung, der Infor-

1.4 Duale Finanzierung der stationären Leistungen nach dem KHG

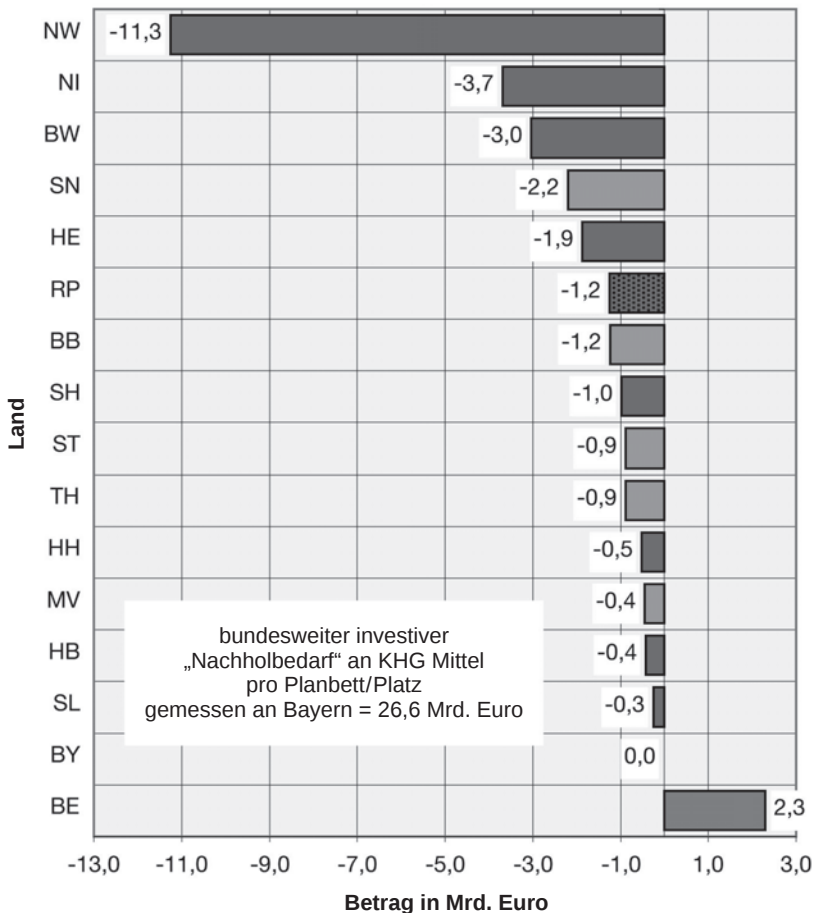


Abbildung 3: Investiver „Nachholbedarf“ gemessen an der KHG-Finanzierung Bayerns pro Planbett seit 1973 (Brucknerberger, Investitionsoffensive für Krankenhäuser?, a.a.O., S. 35)

mationstechnologie oder in medizinische Geräte spätestens nach Ablauf der anzusetzenden Nutzungsdauer nicht mehr nachgeholt werden können und dass bei einem Antragsverfahren für öffentliche Mittel nicht immer die wirtschaftlichste Alternative realisiert wird, zu einer wesentlich niedrigeren Schätzung des Höhe des Investitionsstaus.

Obwohl über den Investitionsstau seit schätzungsweise zwanzig Jahren diskutiert wird, haben die Länder ihre Fördermittelzahlungen weiter abgesenkt. Dies wird für den Zeitraum von 1996 bis 2007 durch die **Abbildung 4** deutlich. Bei den neuen Bundesländern ist hier allerdings zu berücksichtigen, dass diese auch

1 Kurzdarstellung des Krankenhausbereiches

ihre hohes Förderniveau in Folge des Nachholbedarfs nach der Wiedervereinigung inzwischen normalisiert haben.

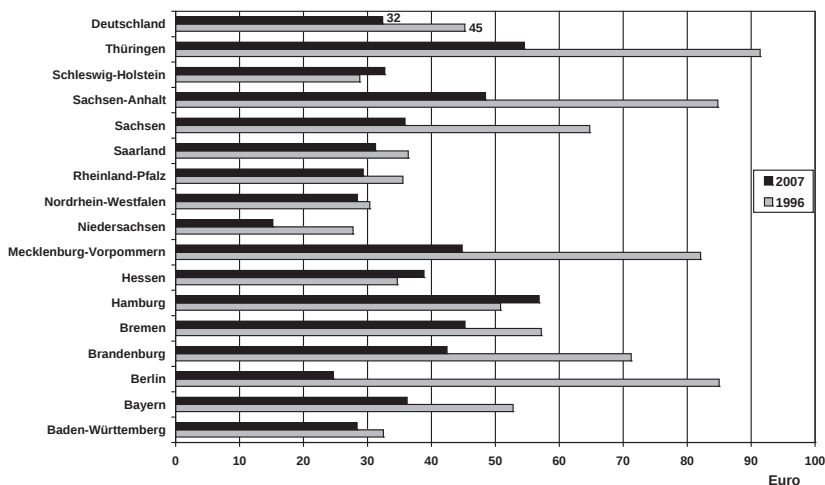


Abbildung 4: KHG-Fördermittel der Länder je Einwohner in den Jahren 1996 und 2007 (Rau, Ferdinand, a. a. O., *das Krankenhaus*, 12.2008, S. 1298)

Die Höhe der Fördermittel je Land, gegliedert nach Einzel- und Pauschalförderung stellt **Übersicht 3** dar.

Im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (vgl. Kapitel 3.7) wurde von Seiten der Regierungsfractionen und einiger SPD-geführter Länder (A-Länder) versucht, die **monistische Finanzierung** einzuführen. Dies wurde von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und anderen Ländern grundsätzlich abgelehnt. Die meisten Länder wollten keine Einschränkung ihrer Planungshoheit hinnehmen und den Krankenkassen keine stärkeren Mitwirkungsrechte bei der Gestaltung der Leistungsstrukturen zugestehen. Weil man sich auf eine vollständige Gegenfinanzierung der zusätzlichen Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht einigen konnte, sollten die Krankenhäuser letztlich auf einen relativ großen Teil der Ländermittel verzichten und diesen Wegfall durch eine Erhöhung ihrer Wirtschaftlichkeit selbst finanzieren. Dieser Vorschlag konnte nicht durchgesetzt werden, weil das Gesetz insgesamt nicht die Zustimmung des Bundesrates erhielt und in ein zustimmungsfreies Gesetz umgeformt werden musste. Dabei musste auf die Einführung der monistischen Finanzierung verzichtet werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat bei der Vorbereitung des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) im Jahr 2007 erneut den Versuch unternommen, Änderungen in Richtung auf eine monistische Finanzierung zu erreichen. Auch dieses Mal sprachen sich die Länder gegen eine solche Entwick-