

1 Das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 und Folgegesetzgebung bis 1992

Die jüngere Geschichte der Krankenhausfinanzierung beginnt mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vom 29. Juni 1972 (BGBl. I, 1009). Ihm ging eine jahrelange Diskussion über die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser voraus. In ihrem Bericht über die finanzielle Lage der Krankenanstalten (sog. Krankenhaus-Enquête) vom 19. Mai 1969 (BT-Drucks. V/4230) schätzte die Bundesregierung das Defizit der Krankenhäuser 1970 auf 980 Mio. DM mit wachsender Tendenz. Ursache hierfür waren die unzureichenden Möglichkeiten der Krankenhäuser, ihre laufenden Kosten und die Kosten für Investitionen über Pflegesätze zu finanzieren (Tuschen u. Trefz 2004, 14). Die Defizite in den Krankenhäusern hatten bereits zu einer starken Überalterung der Krankenhäuser geführt. Mehr als ein Drittel aller Krankenhäuser war älter als 50 Jahre. Künftigen Anforderungen würden sie nicht mehr gewachsen sein. In ihrem Bericht vertrat die Bundesregierung die Auffassung, dass die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen eine öffentliche Aufgabe der Daseinsvorsorge sei und deshalb öffentliche Finanzierungshilfen für Investitionen in Krankenhäuser erforderlich seien.

Das KHG von 1972 sah deshalb vor, dass die Länder die Investitionskosten übernehmen. Der Bund konnte sich an der Finanzierung beteiligen. Die Länder erhielten die Zuständigkeit für die Krankenhausplanung. Die Kosten für die Behandlungen und den laufenden Betrieb wurden über Pflegesätze finanziert, die von den Benutzern (Patienten und Kostenträgern) zu tragen sind. Damit war die **duale Finanzierung** geboren. Zweck der dualen Finanzierung ist es, die Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewähr-

leisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen (§ 1 KHG). Die öffentliche Förderung und die Erlöse aus den Pflegesätzen sollen zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken (§ 4 KHG). Das **Selbstkostendeckungsprinzip** ist damit das zweite prägende Merkmal des KHG 1972. Die zur Durchführung des KHG erlassene Bundespflegesatzverordnung (BPflV) vom 25.4.1973 (BGBl. I, 333) regelte Einzelheiten über die Bildung von Pflegesätzen und das Verfahren. Kernelement war die Einführung eines **vollpauschalierten** Pflegesatzes auf der Basis der Selbstkosten des Krankenhauses. Eine bestimmte Form des vollpauschalierten Pflegesatzes war nicht vorgeschrieben; in der Praxis hatte nur der **tagesgleiche** vollpauschalierte Pflegesatz Bedeutung. Zur Untermauerung der Selbstkostendeckung wurde ein **Gewinn- und Verlustausgleich** für den Zeitraum seit der letzten Pflegesatzfestsetzung für den Fall eingeführt, dass die Einnahmen-/Ausgabenentwicklung von der Kalkulation abwich. Die Festsetzung der Pflegesätze erfolgte durch die Länder, zumeist **retrospektiv**.

Die vorstehenden gesetzlichen Regelungen – als „Jahrhundertgesetz“ gepriesen – zeigten rasch Wirkung. Die Investitionsförderung der Länder nahm von 3,2 Mrd. DM im Jahr 1973 auf 4,5 Mrd. DM im Jahr 1984 zu. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen entwickelten sich explosionsartig mit Steigerungsraten von jährlich 25 v.H. in den Jahren 1973 und 1974. Der durchschnittliche Beitragssatz der Krankenkassen stieg nicht zuletzt wegen dieser Ausgabensteigerungen von 8,2 v.H. auf fast 10 v.H. an. Das gab den Anstoß für eine bis heute andauernde Kostendämpfungspolitik mit dem Ziel der **Beitragssatzstabilität** in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In der gesundheitspolitischen Diskussion wurde an der Krankenhausfinanzierung vor allem bemängelt, dass von der Krankenhausplanung und der Pflegesatzgestaltung keine Anreize für eine wirtschaftliche Betriebsführung in den Krankenhäusern ausgingen. Hauptsächlich der vollpauschalierte tagesgleiche Pflegesatz, der keinen Anreiz zur Verkürzung der Liegezeiten der Patienten bot, stand in der Kritik. Schon 1977 unternahm die Bundesregierung im Rahmen des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes den ersten Versuch, Korrekturen am KHG vorzunehmen. Die Landesverbände der Krankenhausträger und der Krankenkassen sollten stärker in die Verantwortung für die Krankenhausplanung einbezogen werden. Der Versuch scheiterte am Widerspruch der Länder. Zwei weitere Anläufe in 1978 und 1981 blieben ebenfalls ohne Erfolg (Tuschen u. Trefz 2004, 21). Danach setzte eine erneute Grundsatzdiskussion über die Krankenhausfinanzierung ein, die vorerst mit dem Krankenhaus-Neuordnungsgesetz vom 20.12.1984 (BGBl. I, 1716) ihren Abschluss fand. Dieses Gesetz brachte folgende Neuerungen:

- Die Länder werden allein für die Investitionsfinanzierung zuständig; die Mitfinanzierung durch den Bund wird abgeschafft.
- Die Krankenhäuser erhalten einen Rechtsanspruch auf Förderung (§ 8 KHG).

- Die duale Finanzierung wird gelockert, indem die Möglichkeit geschaffen wird, durch Investitionsverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern insbesondere Rationalisierungsinvestitionen über die Pflegesätze zu finanzieren (§ 18b KHG).
- Die Selbstverwaltung von Krankenhäusern und Krankenkassen wird gestärkt durch Mitwirkung an der Krankenhausplanung und Einführung des **Vereinbarungsprinzips** für die Pflegesätze mit einem **Schiedsverfahren** bei Nichteinigung (§ 18a KHG).
- Die nachträgliche Kostenerstattung und der Gewinn- und Verlustausgleich werden abgeschafft.
- Die Pflegesatzparteien können neue Entgeltformen erproben.

Mit der neu gefassten Bundespflegesatzverordnung vom 21.8.1985 (BGBl. I, 1666) – BPflV 1986 – wurden die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen hinsichtlich der Vergütung der Krankenhausleistungen näher ausgeformt. Die Hauptintention bestand dabei darin, die aufgetretenen fehlsteuernden Wirkungen zu beseitigen und bessere Anreize für eine wirtschaftliche Betriebsführung in den Krankenhäusern zu schaffen. Dazu dienten hauptsächlich folgende Regelungen (Tuschen u. Trefz 2004, 74):

- Einführung eines **prospektiven Verhandlungsverfahrens** für die Pflegesätze. Verhandlungsgegenstand ist die Kosten- und Leistungsentwicklung für eine künftige Periode.
- Modifizierung des Selbstkostendeckungsprinzips durch **Vorauskalkulation** der Selbstkosten.
- Einführung der **flexiblen Budgetierung**. Die Pflegesatzparteien vereinbaren ein **Budget** für einen zukünftigen Zeitraum. Die Pflegesätze haben nur noch den Charakter von **Abschlagszahlungen** auf das Budget. Weicht die in der Budgetvereinbarung zugrunde gelegte Belegung von der tatsächlichen Belegung ab, ist das Budget anzupassen und für die wegen der abweichenden Belegung veränderte Erlössituation ist über das nachfolgende Budget ein **Erlösausgleich** vorzunehmen. Mehr- oder Mindererlöse werden zu 75 v.H. ausgeglichen.
- Möglichkeit zur Vereinbarung von **Sonderentgelten** außerhalb des Budgets und zusätzlich zu den tagesgleichen Pflegesätzen insbesondere für teure Leistungen.
- Zulassung von Gewinnen und Verlusten bei Kostenabweichungen gegenüber den vorauskalkulierten Selbstkosten.

Im Kern ging es darum, den Krankenhäusern einen im Voraus festgelegten finanziellen Rahmen mit dem Risiko von Gewinnen und Verlusten zur Verfügung zu stellen, das ganze Vergütungssystem also **erlösorientiert** auszurichten (Tuschen 1984, 373). Die Ausgleichsregelung sollte sicherstellen, dass die Krankenhäuser bei von der Budgetvereinbarung abweichender Belegung jedenfalls ihre Fixkosten, die mit 75 v.H. angenommen wurden, decken konn-

ten. Maßgeblich blieb jedoch das in Abhängigkeit von der Belegung angepasste Budget. Ausnahmen von der Bindung an das Budget waren nur in eng begrenzten Ausnahmefällen zugelassen. Für die außerhalb des Budgets zu vergütenden Sonderentgelte für besonders teure Leistungen enthielt die BpflV einen Leistungskatalog. Für diese Sonderentgelte galten die Ausgleichsregelungen für das Budget nicht. Sie deckten ca. 4 v.H. der Kosten eines Krankenhauses (Tuschen u. Trefz 2004, 80).

2 Struktur- und Reformgesetze 1993–2000

Ende 1992 war der durchschnittliche Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung auf 13,4 v.H. angestiegen und die gesetzliche Krankenversicherung befand sich in einer schweren Finanzkrise. Die Ausgaben der Krankenkassen wiesen Jahr für Jahr zweistellige Ausgabensteigerungen auf. Mit dem am 1. Januar 1993 in Kraft getretenen Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (**Gesundheitsstrukturgesetz – GSG**) vom 21.12.1992 (BGBl. I, 2266) wurden eine Sofortbremsung des Ausgabenanstiegs und wichtige strukturelle Änderungen des Systems der Krankenhausfinanzierung beschlossen.

Im Rahmen der Sofortbremsung der Ausgabenentwicklung wurden in nahezu allen Leistungsbereichen die Zuwachsraten begrenzt. Im Krankenhausbereich durften die Budgets der Krankenhäuser in den Jahren 1993 bis 1995 ausgehend von den für 1992 vereinbarten Budgets nicht stärker steigen als die beitragspflichtigen Einnahmen (**Grundlöhne**) der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen. Die bei einer Abweichung von der vorauskalkulierten Belegung entstehende Über- oder Unterdeckung des (**gedeckelten**) Budgets musste vollständig ausgeglichen werden, d.h., ein Krankenhaus musste seine Mehrerlöse in vollem Umfang zurückzahlen und die Krankenkassen mussten Mindererlöse bei anderen Krankenhäusern in voller Höhe nachzahlen. Somit wurde das flexible Budget durch das feste Budget als absolute Höchstgrenze ersetzt. Dabei wurden die Budgets für 1992 mit der Grundlohnrate fortgeschrieben. Allerdings hatten die Krankenhäuser einen Anspruch auf Ausschöpfung der Budgetobergrenze, wodurch ein Anreiz bestand, durch Kostensenkungen – insbesondere durch Verweildauerreduzierungen – Überschüsse zu erzielen.

Die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung sowie ambulante Operationen, durch das GSG neu eingeführt, wurde in das feste Budget einbezogen. Von der strikten **Budgetdeckelung** wurden einige wichtige Ausnahmen zugelassen, so die Finanzierung zusätzlicher Stellen im Pflegedienst; nach der in Art. 13 GSG beschlossenen Pflege – Personalregelung sollten in den Jahren 1993 bis 1996 13.000 zusätzliche Personalstellen geschaffen werden. Ferner sollten Kostensteigerungen wegen einer Veränderung des Leistungsangebots nach Maßgabe der Krankenhausplanung des Landes über die Budgetobergrenze hinaus berücksichtigt werden. Für im Gesamtzeitraum der Budgetbegrenzung 1993–1995 über die Grundlohnrate hinausgehende BAT-Tarifsteigerungen sollte es einen nachträglichen Ausgleich geben.

Nach dem Auslaufen der strikten Budgetdeckelung sollten grundsätzlich wieder Budgetabschlüsse oberhalb der Grundlohnrate möglich sein, aber nur, wenn die notwendige medizinische Versorgung anders nicht gewährleistet werden konnte. Die Krankenkassen waren verpflichtet, bei der Ermittlung der Pflegesätze den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten (§ 17 Abs. 1 KHG 1992).

In struktureller Hinsicht hatte die **Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips** eine zentrale Bedeutung. Der Anspruch des Krankenhauses auf Deckung der vorauskalkulierten Selbstkosten wurde ersetzt durch den Anspruch auf „**medizinisch leistungsgerechte**“ **Pflegesätze**, die es einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen (§ 17 Abs. 1 KHG 1992). Von zentraler Bedeutung war ferner die Veränderung des Entgeltsystems. Der tagesgleiche Pflegesatz wurde mit Wirkung ab 1995 ersetzt durch ein System aus landesweit einheitlichen **Fallpauschalen** und **Sonderentgelten** sowie einem Restbudget mit **Abteilungspflegesätzen** für medizinische Leistungen und einem **Basispflegesatz** für nicht-medizinische Leistungen. Mit der am 1. Januar 1995 in Kraft getretenen Bundespflege-satzverordnung vom 26.9.1994 (BGBl. I, 2750) wurden in einem ersten Schritt 73 Fallpauschalen und 147 Sonderentgelte eingeführt. Die Entgeltstruktur war durch Punktzahlen auf der Basis von Bewertungsrelationen anstatt von DM-Beträgen vorgegeben. Die Bewertungsrelationen waren auf eine definierte Bezugsleistung bezogen. Von den Verbänden der Krankenkassen und der Krankenhäuser auf der Landesebene wurden Punktwerte festgelegt. Das Restbudget wurde weiterhin krankenhausspezifisch verhandelt. Die Bundespflege-satzverordnung enthielt umfangreiche Kalkulationsvorgaben (Näheres bei Tuschen u. Philippi 2000, 54ff.; Tuschen u. Trefz 2004, 91ff.).

Politisch bedeutsam für die Bewältigung der Herausforderungen nach der Wiedervereinigung Deutschlands war das Gemeinschaftsprogramm zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen in den neuen Bundesländern. Hier-nach werden die Krankenkassen – systemwidrig – zur Finanzierung der Kran-kenhausinvestitionen herangezogen; sie sollten in den Jahren 1995 bis 2014 jährlich 350 Mio. DM in Form eines Investitionszuschlages in Höhe von (da-

mals) 8 DM für jeden Berechnungstag aufbringen (Art. 14 GSG). Mit der Verabschiedung des GSG wurde eine Entschließung gefasst, nach der die duale Finanzierung durch eine **monistische Finanzierung** abgelöst werden sollte (BT-Drucks. 12/3930).

Mit dem GSG wurde auch im Krankenhausbereich ein Paradigmenwechsel zur Stärkung **wettbewerblicher Elemente eingeleitet**. Die Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten war der Einstieg in ein **Preissystem**. Die Öffnung der Krankenhäuser für das ambulante Operieren eröffnete den Wettbewerb mit den niedergelassenen Ärzten.

Die mit dem GSG beschlossenen Maßnahmen konnten den Ausgabenanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht bremsen. In den Jahren 1992 bis 1995 stiegen die Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausbehandlungen doppelt so stark an wie die Grundlohnsumme der Krankenkassenmitglieder. Hierfür wurden vor allen Dingen die im GSG vorgesehenen Ausnahmen von der Budgetbegrenzung verantwortlich gemacht. So waren schon Ende 1995 fast 21.000 neue Stellen im Pflegedienst geschaffen worden, also weit mehr als bis Ende 1996 geplant.

Der Gesetzgeber reagierte erneut mit einer Sofortbremsung. Am 1. Januar 1996 trat das **Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben** vom 29.4.1996 (BGBl. I, 654) in Kraft. Es sah vor, dass der **Gesamtbetrag** der Erlöse des einzelnen Krankenhauses für stationäre Behandlung, vor- und nachstationäre Behandlung sowie ambulante Operationen in 1996 nicht höher sein durfte als der vergleichbare Gesamtbetrag für 1995. Lediglich lineare Tarifsteigerungen im öffentlichen Dienst durften erhöhend berücksichtigt werden. Der Anspruch auf Ausschöpfung der so gebildeten Budgetobergrenze wurde aufgehoben. Unterhalb der Budgetobergrenze war das medizinisch leistungsgerechte Budget der entscheidende Maßstab. Bei Vorhandensein von Wirtschaftlichkeitsreserven oder einem Leistungsrückgang konnte sich daher auch ein Gesamtbetrag unterhalb der Budgetobergrenze ergeben. **Im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung gilt dieser Grundsatz bis heute** (s. Kap. IV.1.2). Die Überschreitung der Obergrenze wurde nur noch zugelassen wegen Folgekosten „zusätzlicher Kapazitäten für medizinische Leistungen aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes“ sowie für in 1995 nicht ausfinanzierte Veränderungen des Leistungsangebots nach Maßgabe der Landesplanung. Die kostenträchtige Pflegepersonalregelung wurde für das Jahr 1996 ausgesetzt.

Nachdem der Gesetzgeber mit Artikel 3 des **Beitragsentlastungsgesetzes** vom 1.11.1996 (BGBl. I, 1631) die Krankenhäuser zur Finanzierung der neu eingeführten Pflegeversicherung herangezogen hatte, indem die Krankenhausbudgets in den Jahren 1997 bis 1999 zum Abbau von Fehlbelegungen um mindestens 1 Prozent pauschal gesenkt wurden, stand zum 1. Januar 1997 eine weitere Reform der Krankenhausfinanzierung mit dem Ziel an, für eine län-

gerfristige Stabilität der GKV-Financen zu sorgen. Die bisherige Kostendämpfungsgesetzgebung hatte immer nur eine begrenzte Wirkung gehabt. Dazu sollten die Selbstverwaltung von Krankenhäusern und Krankenkassen stärker in die Verantwortung genommen und die Krankenhäuser stärker in die Sicherung der Beitragssatzstabilität der GKV eingebunden werden (Tuschen u. Trefz 2004, 38ff.). **Das Zweite GKV – Neuordnungsgesetz (2. GKV – NOG)** vom 23.6.1997 (BGBl. I, 1520), das rückwirkend zum 1. Januar 1997 in Kraft trat, enthielt unter anderem folgende Regelungen:

- Rückkehr zu einer leistungsorientierten Vergütung (Abkehr von den ohne Leistungsbezug gedeckelten Budgets in den Jahren 1993 bis 1996).
- Die Entgeltkataloge für Fallpauschalen und Sonderentgelte wurden in die Zuständigkeit der Selbstverwaltung von Krankenhäusern und Krankenkassen auf der Bundesebene übergeben.
- Verhandlungslösungen für die Personalausstattung im Pflegedienst; Aufhebung der Verordnung zur Pflege – Personalreglung.
- Einführung einer Instandhaltungspauschale in Höhe von 1,1 v.H. der Erlöse für stationäre Leistungen. (Das Bundesverwaltungsgericht hatte mit Urteil vom 23.1.1993 – 3 C 66.90 – [KRS 93.001] entschieden, dass auch die sogenannten großen Instandhaltungsmaßnahmen wie Fassadensanierung etc. zum pflegesatzfähigen Kostenbereich gehören.)
- Bindung der Pflegesatzparteien an eine bundesweit gültige Grundlohnrate (**Veränderungsrate**), die von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene zu vereinbaren ist.
- Begrenzung der Erhöhung der Budgets und der Fallpauschalen und Sonderentgelte infolge allgemeiner Kostensteigerungen durch diese Veränderungsrate. Ausnahmen: Kostensteigerungen wegen zusätzlicher Kapazitäten für medizinische Leistungen aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes, wegen Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen.
- Begrenzung des BAT-Ausgleichs auf ein Drittel des Unterschieds zwischen der Veränderungsrate und einer (höheren) linearen Tarifsteigerungsrate.
- Wiedereinführung des flexiblen Budgets mit einem Mehrerlösausgleich von 75 v.H. und einem reduzierten Mindererlösausgleich von 50 v.H.

Diese Regelungen wurden durch Artikel 7 des **GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes (GKV-SolG)** vom 19.12.1998 (BGBl. I, 3853) in zentralen Punkten für das Jahr 1999 außer Kraft gesetzt. Dieses Gesetz wurde als Vorschaltgesetz für ein umfassendes Gesundheitsreformgesetz erlassen, um drohende Beitragserhöhungen in der GKV zu vermeiden. Den Pflegesatzparteien wurde die Bildung eines Gesamtbetrages für die Pflegesatzerlöse vorgeschrieben, der neben dem Budget für die Abteilungspflegesätze und den Basispflegesatz auch die Fallpauschalen und Sonderentgelte umfasste. Dieser Gesamtbetrag durfte 1999

nicht höher sein als die vereinbarte Erlössumme für das Jahr 1998, erhöht um die Grundlohnrate (Veränderungsrate), die jetzt vom Bundesministerium für Gesundheit bekannt gemacht wurde. Zusätzliche Leistungen der Krankenhäuser wurden mit Ausnahme von Kapazitätserhöhungen aufgrund der Krankenhausplanung der Länder nicht finanziert. Der Mehrerlösausgleich belief sich jetzt auf 85 bis 90 v.H., der Mindererlösausgleich auf 50 v.H.

Das angestrebte umfassende Gesundheitsreformgesetz trat als **GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000** vom 22.12.1999 (BGBl. I, 2626) am 1. Januar 2000 in Kraft. Mit ihm erging der Auftrag an die Spitzenverbände der Krankenkassen, den Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf der Bundesebene), gemeinsam ein neues, durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG-orientiertes Fallpauschalensystem) zu entwickeln und zum 1. Januar 2003 einzuführen.

Nur in eng begrenzten Ausnahmefällen sollten zur Ergänzung der Fallpauschalen Zusatzentgelte zulässig sein, z.B. für die Behandlung von Blutern. Die Psychiatrie und die Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin wurden vom neuen Vergütungssystem ausgenommen. Für sie sollte weiterhin die Bundespflegesatzverordnung maßgebend sein. § 17b KHG 2000 enthält detaillierte Vorgaben für die Vertragsparteien auf der Bundesebene. Ihnen wurde aufgegeben, bis zum 30. Juni 2000 die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen, insbesondere der zugrunde zu legenden Fallgruppen, sowie die Grundzüge des Verfahrens zur laufenden Pflege des Systems auf Bundesebene zu vereinbaren.

Mit der **DRG-Einführung** wurde der mit dem GSG eingeleitete Paradigmenwechsel (Abbau staatlicher Einflussnahme, Einführung eines umfassenden Preissystems, Stärkung des Wettbewerbs) fortgeführt. Folgende gesundheits- und ordnungspolitische Ziele wurden vom Gesetzgeber verfolgt:

- Herstellung von Transparenz über Leistungen und Kosten
- Einführung einer strikt leistungsorientierten Vergütung („**Geld folgt der Leistung**“)
- Förderung des Strukturwandels (Abbau von Überkapazitäten, Schwerpunktbildung, Kooperationen etc) durch mehr Wettbewerb
- Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten
- Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven
- längerfristige Stabilisierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Bundespflegesatzverordnung erhielt in wichtigen Punkten ihre überwiegend bis zum 31. Dezember 2012 gültige Fassung, vor allem durch die Neufassung des § 6 (Grundsatz der Beitragssatzstabilität). Der mit dem GKV-SolG für

1996 eingeführte Gesamtbetrag als Summe der Erlöse aus Budget, Fallpauschalen und Sonderentgelten wurde festgeschrieben, ebenso die Anbindung des Gesamtbetrages für das einzelne Krankenhaus an die Einnahmenentwicklung bei den Krankenkassen (Grundlohnrate bzw. Veränderungsrate). Eine Überschreitung der durch die Grundlohnrate vorgegebenen Obergrenze für Erlöszuwächse ist weiterhin nur in eng begrenzten Ausnahmefällen möglich (s. Kap. IV.1.2). Ein BAT-Ausgleich findet nur noch statt, „soweit dies erforderlich ist, um den Versorgungsauftrag zu erfüllen“ (§ 6 Abs. 2 BPflV). Der Mindererlösausgleich wurde von 50 v.H. auf 40 v.H. abgesenkt.

Die Regelungen zielten insgesamt erkennbar darauf ab, eine Leistungsausweitung möglichst zu vermeiden und Überschreitungen des prospektiv vereinbarten Budgets stärker zu begrenzen. Der grundsätzliche Anspruch der Krankenhäuser auf medizinisch leistungsgerechte Budgets und Pflegesätze wurde dadurch erheblich eingeschränkt.