

Kapitel I.4

Mythen über die Selbstkostendeckung

Krankenhäuser sind bedarfsnotwendige Einrichtungen der Daseinsvorsorge. Für Einrichtungen der Daseinsvorsorge ist die adäquate Finanzierungsform der Ersatz der notwendigen Kosten (Selbstkostendeckung). So ist es in Schulen, bei Museen, bei der Feuerwehr usw. – warum soll das in den Krankenhäusern nicht so sein?

Das Selbstkostendeckungsprinzip war die von 1973 bis 1985 geltende Form der Krankenhausfinanzierung durch die Krankenkassen. Marktorientierte Ökonom*innen und Politiker*innen behaupten, dass diese Finanzierungsform unwirtschaftlich und intransparent sei. Sie führe zu einer Kostenexplosion und zur Selbstbedienungsmentalität bei den Krankenhäusern bzw. den Leistungserbringern und bedeute für die Patient*innen Freiheitsberaubung (längere Liegezeiten). Das sind Mythen.

► Kostenexplosion

Die angebliche Kostenexplosion im Gesundheitswesen war *das* Totschlagargument für die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips. Viele glaubten daran und daran, dass »wir uns« das alles nicht mehr leisten könnten. Und auch heute noch wird dieses Argument immer wieder in der politischen Diskussion bei passender Gelegenheit verwendet. Das Problem ist nur: Es gab diese Kostenexplosion nie. Problematisch war die Einnahmenentwicklung der Kassen aufgrund steigender Arbeitslosigkeit und nur gering steigender Löhne. Die Lohnquote (also der Anteil der Löhne am gesamten Volkseinkommen sank auf unter 68% ab. Deshalb stiegen zwar die Beitragssätze, aber nicht die GKV-Ausgaben gemessen am Bruttoinlandsprodukt. Sie lagen während der 80er und 90er Jahre des letzten Jahrhunderts relativ konstant bei 6,5%. Die beiden nachfolgenden Grafiken belegen die tatsächlichen Zusammenhänge eindrücklich. → siehe Abb. 1, 2

Der Anstieg der Beitragssätze war natürlich den Arbeitgeber*innen ein Dorn im Auge, weil so die so genannten Lohnnebenkosten stiegen und die internationale

Abb. 1: Beitragssatzentwicklung in der GVK und Anteil der GKV-Ausgaben am BIP 1980 -2011

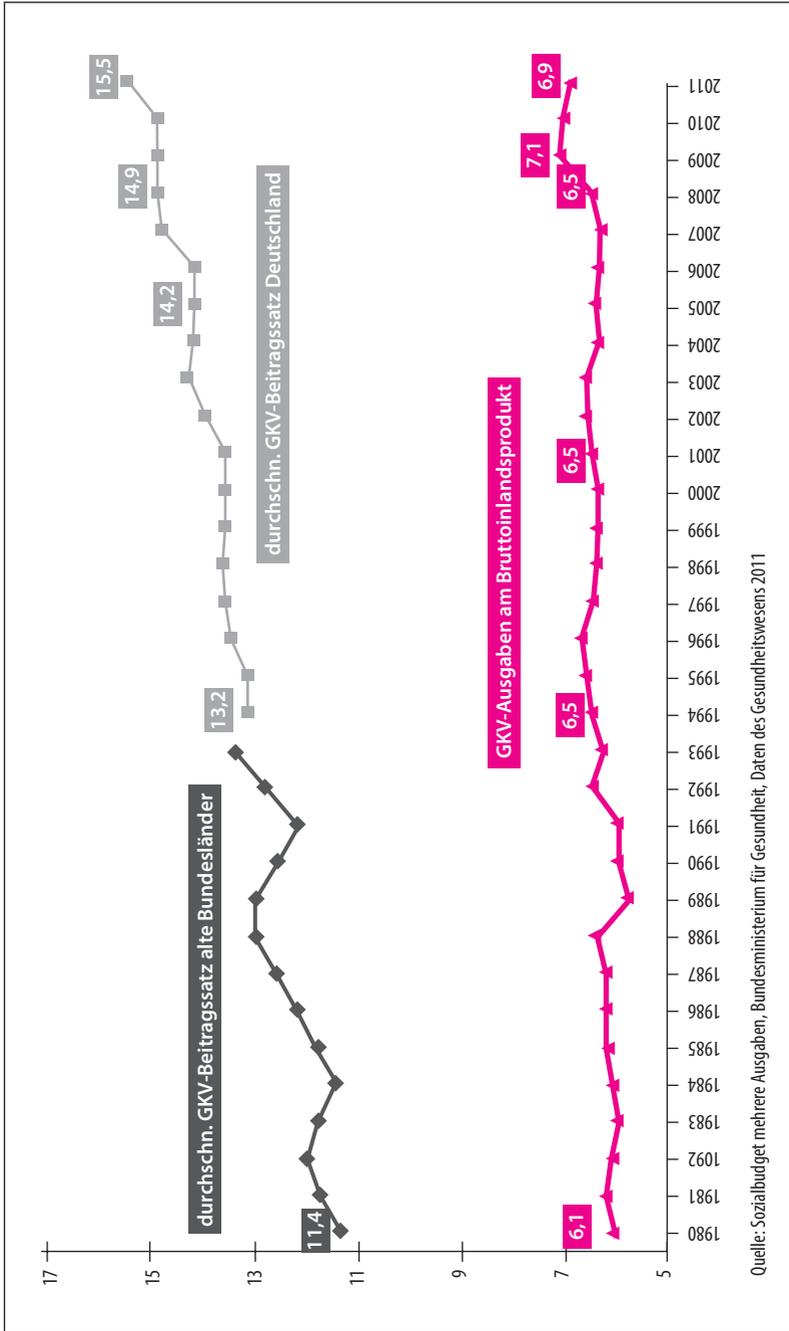
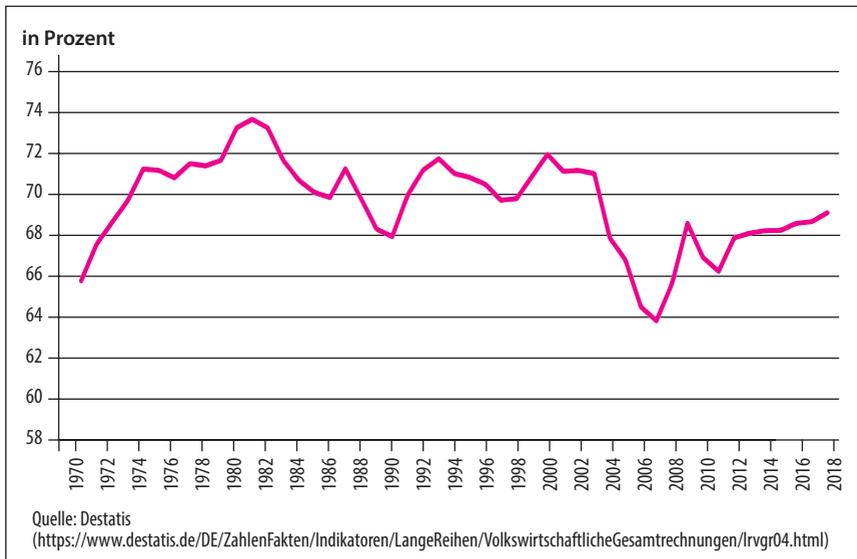


Abb. 2: Lohnquote 1970 – 2018 (in % des Volkseinkommens)



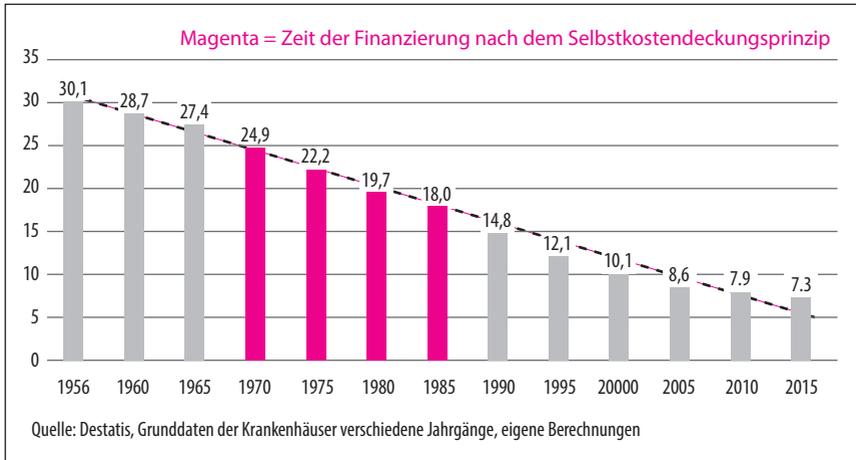
Wettbewerbsfähigkeit gelitten habe. Deshalb drangen sie auf eine Absenkung dieser Kosten, was in ihrer Ideologie nur der Markt leisten konnte. Weit gefehlt, wie man weiter unten sieht.

► Freiheitsberaubung

Die Selbstkostendeckung war verbunden mit dem Verbot, Gewinne zu machen. Hatte ein Krankenhaus Überschüsse, wurden sie im nächsten Jahr abgezogen, hatte es Verluste, wurde nachfinanziert. Während des Jahres wurden die Gelder in Form von so genannten tagesgleichen Pflegesätzen für jeden Patienten abgerechnet. Nach Ablauf des Jahres mussten die Krankenhäuser ihre Kosten den Kassen offenlegen. Diese mussten sie vollständig übernehmen, soweit sie wirtschaftlich nachvollziehbar waren. Die Tagespflegesätze waren also nur eine Abschlagszahlung auf die tatsächlichen Kosten. Eine Erhöhung der Liegezeiten, um mehr Tagessätze einzunehmen, hatte also finanziell keinen Sinn. Die Übervergütung hätte im nächsten Jahr zurückgezahlt werden müssen, indem der tagesgleiche Pflegesatz um den überbezahlten Anteil abgesenkt worden wäre.

Es gab allerdings andere Gründe für das Phänomen, dass damals Patient*innen

Abb. 3: Verweildauer-Entwicklung in 5-Jahres-Schritten, alle KHs



tatsächlich noch über das Wochenende im Krankenhaus behalten wurden (oder bleiben durften), wie zum Beispiel die Konkurrenz von Chefärzten um die Bettenzahlen ihrer Abteilungen. Dafür war die Summe an Belegungstagen über das Jahr hinweg wichtig. Die »Vollbelegung« spielte auch eine Rolle für die im Krankenhausplan der Länder ausgewiesene Bettenzahl eines Krankenhauses, von der auch die Höhe der pauschalen Zuweisungen von Investitionsmitteln abhing.

Auch tatsächlich widerspricht die Behauptung, Fallpauschalen hätten eingeführt werden müssen, um die Liegezeiten zu reduzieren, eklatant den realen Entwicklungen. So ist die Liegezeit in allen Krankenhäusern in den Jahren 1970 bis 1985 um fast 30% gesunken und hat sich nicht anders verhalten als in den Jahren davor und danach.

Offensichtlich spielen bei der Liegezeit andere Faktoren (neue wissenschaftliche Erkenntnisse, neue Entwicklungen in der medizinischen Versorgung) eine wichtige Rolle. Jedenfalls ist der Vorwurf der Freiheitsberaubung aufgrund der Selbstkostendeckung an den Haaren herbeigezogen. → siehe Abb. 3

► Der Markt macht es teurer

Das Selbstkostendeckungsprinzip ist noch lange kein Freifahrtschein für Verschwendung. Die Kassen haben ein Kontrollrecht und müssen unwirtschaftlich entstandene (und medizinisch nicht notwendige) Kosten auch nicht übernehmen. Auch zu Zei-

ten des Selbstkostendeckungsprinzips haben die Kassen diese Kontrollfunktion genutzt und Wirtschaftlichkeitsprüfungen veranlasst.

Sicher gab es auch damals berechtigte (aber ignorierte) Kritik an den Behandlungsprozessen und den Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern (z.B. die ausgeprägte Hierarchie oder der »Halbgott in Weiß«). Diese waren aber nicht Folge systematischer ökonomischer Fehlanreize.

Die Fakten sprechen für die Selbstkostendeckung und gegen eine finanzielle Steuerung über Preise: Und auch die Gesamtausgaben für Krankenhäuser sind – entgegen der erklärten politischen Absicht bei Einführung der DRG – steiler gestiegen als vor den DRG. Das Projekt DRG muss in dieser Hinsicht als gescheitert betrachtet werden. Allerdings nur, wenn dies auch die tatsächliche Zwecksetzung war.

Das DRG-Fallpauschalensystem setzt auf Steuerung durch Preise und Mengen. Folgerichtig stiegen die Fallzahlen nach der Einführung von 2005 bis 2017 um 15%. Sie stiegen auch bei den Fächern, die zunehmend in die ambulante Versorgung gingen, wie die Augenheilkunde, der HNO-Bereich, die Dermatologie. Wenn jedes Krankenhaus versucht, seine Einnahmen zu maximieren und dementsprechend auch aufkrüstet, muss auch das Gesamtsystem teurer werden.

Gleichzeitig stiegen auch die Landesbasisfallwerte, also der landesspezifische Eurobetrag, mit dem die Fallwerte der einzelnen DRG in einen Preis umgerechnet werden, um ca. 24% (am Beispiel Baden-Württembergs).

Die Ausgaben der GKV lagen vor Einführung der DRG gleichbleibend bei ca. 2,2% des BIPs. Weder war vor der Einführung des DRG-Systems ein Anstieg des BIP-Anteils zu verzeichnen, noch nach seiner Einführung ein Absinken. Lediglich von 2008 auf 2009 erhöhte sich der BIP-Anteil infolge des Wirtschaftseinbruchs in der Weltwirtschaftskrise: Das BIP verringerte sich im Jahr 2009 im Vergleich zu 2008 um 84,3 Mrd. Euro, gleichzeitig stiegen die GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung um 3,3 Mrd. Euro. Ab 2009 verlief die Ausgabenentwicklung wieder parallel zur Entwicklung des BIP. In absoluten Zahlen (Euro-Beträgen) ausgedrückt, führte die Einführung der DRG nicht zu einer Verlangsamung, sondern zu einer Beschleunigung des Kostenanstiegs für Krankenhausbehandlungen.

Insgesamt stiegen die Kosten der allgemeinen Krankenhäuser von 2005 bis 2017 um 60%. Damit fiel der Anstieg deutlich steiler aus als vor der DRG-Einführung, obwohl auch in den Jahren zuvor schon etliche Elemente von Marktsteuerung aktiv waren. (siehe Grafiken unten)

Selbst wenn man zugesteht, dass ein Teil der Fallschwere- und Fallzahlsteigerungen demografisch bedingt ist und die Erhöhungen des Landesbasisfallwertes ange-

Abb. 4: Bereinigte Kosten Allg. Krankenhäuser in tausend Euro

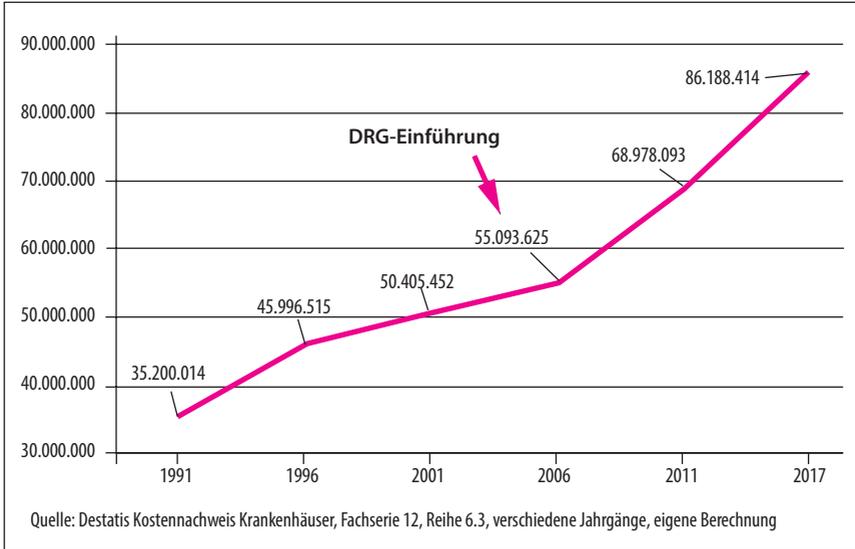
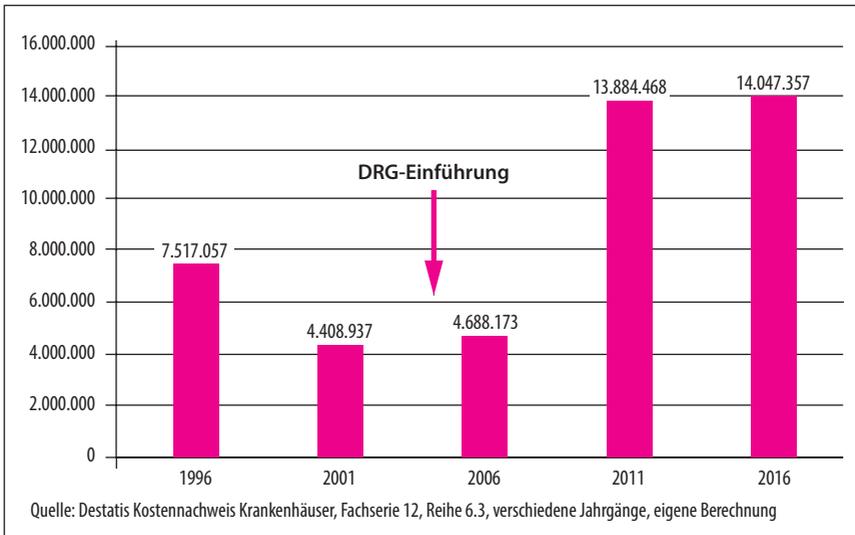


Abb. 5: Kostensteigerungen Allg. Krankenhäuser in tausend Euro



sichts der Lohn- und Preissteigerungen eher niedrig ausgefallen sind, bleibt als Resultat: Anstatt das Krankenhaussystem volkswirtschaftlich günstiger zu machen, sind die Kosten weiter und sogar stärker gestiegen. → siehe Abb. 4, 5

► Fazit

Die Abschaffung des sozialstaatlichen Selbstkostendeckungsprinzips war Voraussetzung dafür, den Krankenhaussektor zu ökonomisieren und zu einem lukrativen Geschäftsfeld für private Investoren zu machen. Die – damals bis in Gewerkschaftskreise hinein – gelungene Dämonisierung dieses Prinzips war die ideologische Voraussetzung für die Abschaffung. Es wurde ein »Sachzwang« behauptet, der angeblich »alternativlos« war.

Hiergegen muss festgehalten werden: Eine transparente Selbstkostendeckung ist das adäquate Finanzierungsprinzip für die Daseinsvorsorge. Eine sinnvolle Grundlage dafür sind eine – demokratisch kontrollierte – Bedarfsplanung und selbstverständlich effektive Kontrollmechanismen, die vor Verschwendung und Missbrauch von öffentlichen bzw. Versicherungsgeldern schützen.