

Zu den Mythen über die Selbstkostendeckung

Fakten und Argumente 5

► Die These

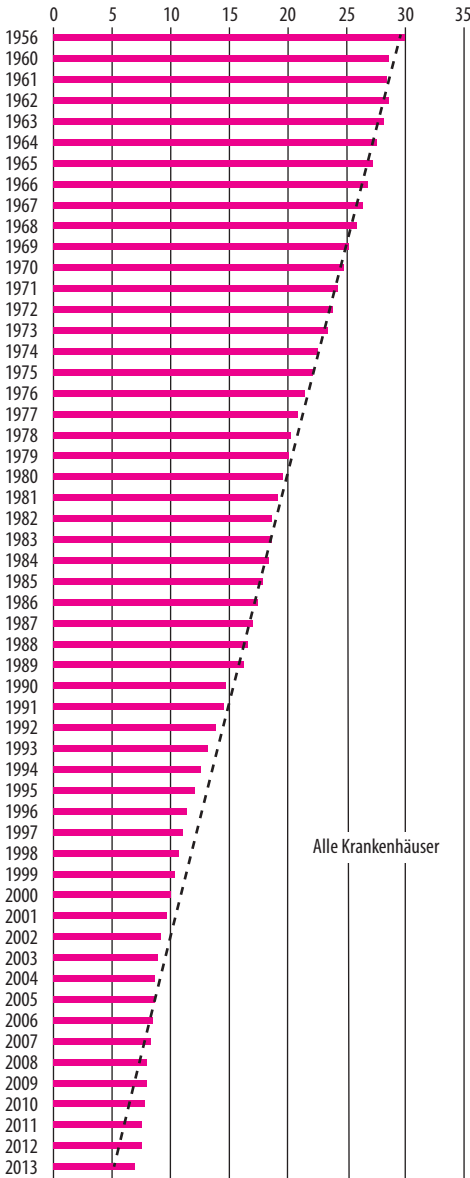
Das Selbstkostendeckungsprinzip war ein 1972 bis 1992 geltendes »Prinzip für die Finanzierung der Krankenhauskosten, nach dem die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden, leistungsfähigen Krankenhauses durch die von den Krankenkassen zu zahlenden Pflegesätze und durch die Investitionskostenfinanzierung der öffentlichen Hand vollständig gedeckt werden mussten«, so das Online-Wirtschaftslexikon. Nach dessen Auffassung und der der meisten GesundheitsökonomIn und PolitikerInnen wird es »für fehlende Anreize zu Rationalisierungsbemühungen und sparsamem Wirtschaften im Krankenhausbereich als einer der Faktoren für relativ starke Kostensteigerungen verantwortlich gemacht«.

► Das Besondere der Daseinsvorsorge

Die marktorientierten ÖkonomInnen und PolitikerInnen behaupten, dass diese Finanzierungsform, die sogenannte Selbstkostendeckung, unwirtschaftlich und intransparent sei. Sie führe zur Selbstbedienungsmentalität bei den Krankenhäusern bzw. den Leistungserbringern und bedeute für die PatientInnen längere Liegezeiten.

Krankenhäuser sind bedarfsnotwendige Einrichtungen der Daseinsvorsorge. Für Einrichtungen der Daseinsvorsorge ist die adäquate Finanzierungsform der Ersatz der notwendigen Kosten. So ist es in Schulen, bei Museen, bei der Feuerwehr

Abb. 6: Durchschnittliche Verweildauer einer KH-Behandlung (Tage)

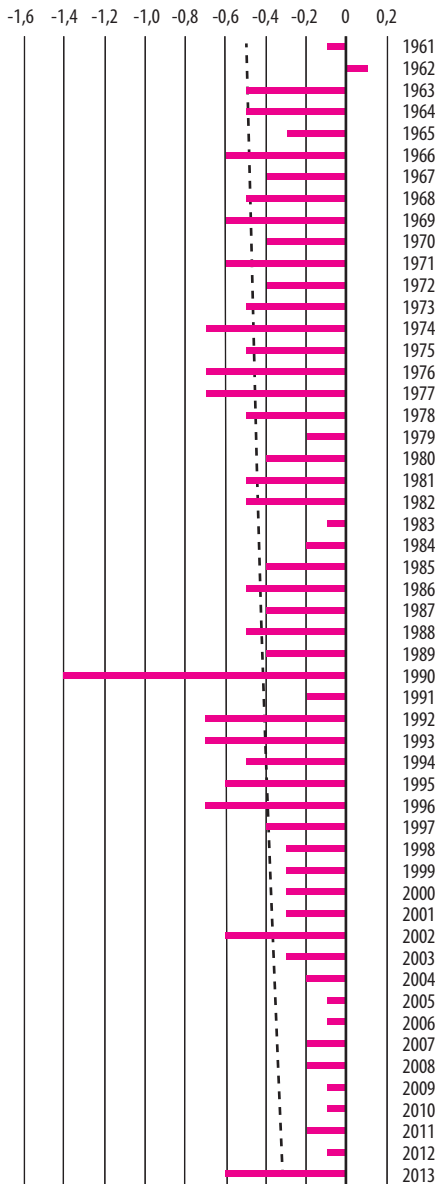


(Quelle: Destatis, eigene Berechnungen)

usw. Warum soll das in den Krankenhäusern nicht so sein? Für das Selbstkostendeckungsprinzip sprechen einige Überlegungen und Fakten:

In Deutschland gab es das vollständige Selbstkostendeckungsprinzip nur in den Jahren 1972-1985. Es war verbunden mit dem Verbot, Gewinne zu machen. Hatte ein Krankenhaus Überschüsse, wurden sie im nächsten Jahr von den Pflegesätzen abgezogen, hatte es Verluste, wurde nachfinanziert. Während des Jahres wurden die Gelder in Form von sog. 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 finanziell keinen Sinn. Es gab allerdings andere Gründe für das Phänomen, dass damals PatientInnen tatsächlich noch

Abb. 7: Verkürzung der Verweildauer im KH (Tage)



(Quelle: Destatis, eigene Berechnungen)

über das Wochenende bleiben mussten, wie zum Beispiel die Konkurrenz von ChefärztInnen um die Bettenzahlen ihrer Abteilungen. Dafür war die Summe an Belegungstagen über das Jahr hinweg wichtig. Sie spielten auch eine Rolle für die rechnerisch notwendige Bettenzahl eines Krankenhauses, von der oft die Höhe der pauschalen Zuweisungen von Investitionsmitteln abhing.

Tatsächlich widerspricht die Behauptung, Fallpauschalen hätten eingeführt werden müssen, um die Liegezeiten zu reduzieren, eklatant den realen Entwicklungen. So ist die Liegezeit in den Jahren 1970 bis 1985 von 18,3 auf 13,9 Tage, also um 24 Prozent gesunken. → s. Abb. 6 + 7

Anstatt Fehlentwicklungen bzw. Unzulänglichkeiten der Krankenhausorganisation wie z.B. die Hierarchie unter den Beschäftigtengruppen, die Privatliquidation, die Ungleichbehandlung von privat und gesetzlich Versicherten in Angriff zu nehmen, wurde die Krankenhausfinanzierung mit marktwirtschaftlicher Ausrichtung reformiert, so dass Krankenhäuser zu einem Wirtschaftszweig und für private Kapitalinvestoren attraktiv wurden.

Bereits in den 80er Jahren wurde das Verbot, Gewinne zu machen, aufgehoben. Seit Einführung des DRG-Systems ist die Krankenhausentwicklung durch eine Vielzahl von falschen Anreizen geprägt. Ökonomisch rational (aber inhuman) handelt ein Krankenhaus, wenn es

- die Kosten insbesondere für Personal drückt (führt zu Arbeitshetze und schlechter Versorgung)
- die PatientInnen so aussucht, dass sie eine möglichst günstige Kosten-Erlös-Relation ergeben (Selektion)
- die Zahl der Fälle und die Fallschwere erhöht (Über- und Fehlbehandlung, PatientInnen kränker machen, als sie es sind)

All dies gibt es bei der Selbstkostendeckung mit dem Ausschluss von Gewinnen und Verlusten nicht, da diese Finanzierungsform solche ökonomischen Anreize nicht enthält.

► **Verschwendung wegen des Selbstkostendeckungsprinzips ist ein Mythos**

Umgekehrt ist ein Selbstkostendeckungsprinzip 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 Zeiten des Selbstkostendeckungsprinzips haben die Kassen diese Kontrollfunktion genutzt und Wirtschaftlichkeitsprüfungen veranlasst. Dennoch gab es sicher auch berechtigte Kritik an Behandlungsprozessen in den Krankenhäusern (kritische Texte aus dieser Zeit belegen das), diese waren aber nicht Folge systematischer ökonomischer Fehlanreize.

► **Selbstkostendeckung braucht verbindliche Personalanhaltszahlen**

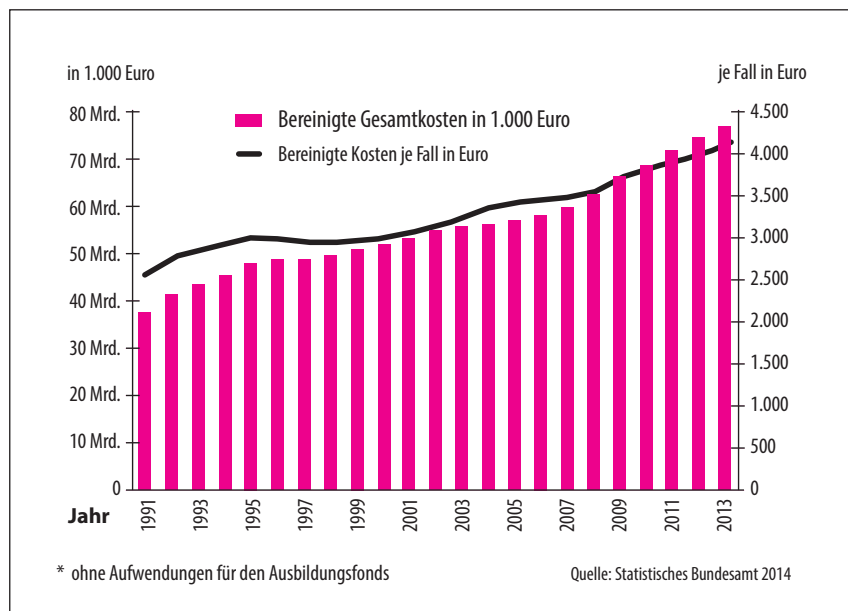
Eine weiterer Vorteil dieser Finanzierungsart war, dass Anhaltszahlen für den Personalbedarf eingeführt wurden, um die Wirtschaftlichkeit nachprüfen zu können, also genau das, was heute unter dem Diktat marktwirtschaftlicher Steuerung abge-

lehnt wird, angesichts der Arbeitsüberlastung aber dringend notwendig wäre. Auch die im DRG-System übliche Umwidmung von Personalstellen in Investitionsmittel, also die Veruntreuung von Kassengeldern, die für die Deckung der Betriebskosten bestimmt sind, weil die Landesgelder für Investitionen weit hinter dem Bedarf herhinken, wäre nicht möglich. Bei Personalabbau müssten die entsprechenden Überschüsse an die Kostenträger rückerstattet werden.

Die Fakten sprechen für die Selbstkostendeckung und gegen eine finanzielle Steuerung über Preise. Auch die Gesamtausgaben für Krankenhäuser sind – entgegen der erklärten politischen Absicht bei Einführung der DRGs – steiler gestiegen als vor den DRGs, was noch nicht besagt, dass die DRGs die Ursache dafür sind. Dennoch muss das Projekt DRGs in dieser Hinsicht als gescheitert betrachtet werden. Allerdings nur, wenn dies auch die tatsächliche Zwecksetzung war.

→ siehe Abb. 8 – und Tabelle 3 auf Seite 49

Abb. 8: Bereinigte Krankenhauskosten* 1991 bis 2013



Tab. 3: **Kostensteigerungen der Krankenhäuser seit 1993**

5-Jahres Räume	1993-1997	1997-2001	2001-2005	2005-2009	2009-2013
Kostensteigerung KH in Prozent	11,77 %	8,74 %	6,02 %	16,64 %	16,10 %
Steigerung absolut	5,090 Mrd.	4,255 Mrd.	3,185 Mrd.	9,438 Mrd.	10,654 Mrd.

(Quelle: Destatis Kostennachweis Krankenhäuser 2013, eigene Berechnungen)

► Fazit

Die Abschaffung des sozialstaatlichen Selbstkostendeckungsprinzips war Voraussetzung dafür, den Krankenhaussektor zu ökonomisieren und zu einem lukrativen Geschäftsfeld für private Investoren zu machen. Die – bis in Gewerkschaftskreise hinein – gelungene Dämonisierung dieses Prinzips war die ideologische Voraussetzung für seine Abschaffung. So wurde ein angeblicher »Sachzwang« begründet. Eine transparente Selbstkostendeckung ist das adäquate Prinzip für die Daseinsvorsorge. Sinnvolle Grundlagen dafür sind eine – demokratisch kontrollierte – Bedarfsplanung und selbstverständlich effektive Kontrollmechanismen, die vor Verschwendung und Missbrauch von öffentlichen bzw. Versicherungsgeldern schützen.

■ Literatur

Destatis: Statistisches Bundesamt. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik); Fachserie 12 Reihe 6.4, Wiesbaden, unterschiedliche Jahrgänge

Destatis: Statistisches Bundesamt. Kostennachweis der Krankenhäuser; Fachserie 12 Reihe 6.3, Wiesbaden, unterschiedliche Jahrgänge

Online-Wirtschaftslexikon, in: <http://www.wirtschaftslexikon.co/d/selbstkostendeckungsprinzip/selbstkostendeckungsprinzip.htm>

Gesundheit. Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, hg. vom Statistischen Bundesamt, Wiesbaden 2014