

Kapitel I.1

Geschichte der Krankenhausfinanzierung

Die Krankenhausfinanzierung in der Bundesrepublik Deutschland durchlief verschiedene Phasen.

► Erste Phase – Kriegsende bis 1972: Kriegsschäden, Bettenmangel, (Quasi-)Preisstopp

Diese Phase war geprägt durch erhebliche Kriegsschäden an den Krankenhäusern und einen großen Bettenmangel in der stationären Versorgung. Für die Vergütung der Krankenhausleistungen gab es zunächst einen Preisstopp und später dann einen Quasi-Preisstopp, bei dem Erhöhungen der Pflegesätze nur in Ausnahmefällen möglich waren. Es bestand die sog. monistische Finanzierung, d.h. sowohl die Betriebskosten (Löhne, Sachkosten etc.), als auch die Investitionskosten (Um- oder Neubauten, größere Anschaffungen) mussten über die Pflegesätze finanziert werden, die von den Krankenkassen an die Krankenhäuser ausgezahlt wurden. Die Krankenhausträger und die Länder mussten hohe Zuschüsse geben, damit die Krankenhäuser überhaupt betriebsfähig blieben.

Abgerechnet wurde nach tagesgleichen Pflegesätzen (ein bestimmter ausgehandelter DM-Betrag pro Behandlungstag jedes Patienten), die aufgrund des (Quasi-)Preisstopps jedoch viel zu niedrig waren. Die tatsächlichen Kosten der Krankenhäuser (Selbstkosten) dienten in den Pflegesatzverhandlungen nur als allgemeines Argument für die Notwendigkeit von Pflegesatzerhöhungen, nicht jedoch als verbindliche Grundlage für die Abrechnung.

Tagesgleiche Pflegesätze bedeuten ökonomisch: Je mehr Pflgetage, desto mehr Einnahmen; insofern bestand ein Anreiz zur Verweildauerverlängerung, der aber wegen des massiven Bettenmangels faktisch nicht zu realisieren war.

Nach Erlass einer Pflegesatzverordnung 1954 wurden Pflegesatzerhöhungen unter strengen Maßstäben auf Basis der Selbstkosten der jeweiligen Krankenhäuser möglich. Es handelte sich aber um »politisch reduzierte Selbstkosten«, weil die durchschnittlichen Zuschüsse der Träger abgezogen und die Kosten für die Beseitigung von Kriegsschäden nicht angerechnet wurden. Außerdem musste die Ertragslage der Kassen berücksichtigt werden. Es gab Abzüge bei Minderbelegung (unter 75%), was natürlich ebenfalls ein Anreiz zur Verweildauerverlängerung war.

Zusammenfassend kann man sagen, dass es zwar ökonomische Anreize zu einer Verweildauerverlängerung gab (tagesgleiche Pflegesätze, Abzüge bei Minderbelegung), diese aber aufgrund des massiven Bettenmangels nur sehr eingeschränkt zum Tragen kamen.

► Zweite Phase – 1972 bis 1985: echte Selbstkostendeckung

Über eine Grundgesetzänderung wurde die duale Finanzierung eingeführt. Das bedeutet, dass die laufenden Betriebskosten durch die Krankenkassen und die Investitionskosten durch die Länder und den Bund finanziert werden mussten.

Grundlage der Finanzierung der laufenden Kosten wurde das sogenannte Selbstkostendeckungsprinzip. Das bedeutet, dass die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses, ermittelt mit einer Kosten- und Leistungsrechnung, von den Krankenkassen finanziert werden mussten.

Ab diesem Zeitpunkt waren die tagesgleichen Pflegesätze nur noch eine Abschlagszahlung auf die anfallenden Selbstkosten. Der tagesgleiche Pflegesatz wurde prospektiv (für das jeweils nächste Jahr) unter Berücksichtigung der zu erwartenden Entwicklungen (Kostensteigerungen, Patientenzahl) festgelegt. Am Ende des Jahres wurde dann spitz abgerechnet. Wurde zu viel bzw. zu wenig bezahlt, gab es einen Ausgleich: Gewinne mussten zurückgezahlt werden, Verluste mussten – wenn keine Unwirtschaftlichkeiten nachweisbar waren – von den Kassen nachfinanziert werden.

Gewinne in Krankenhäusern waren gesetzlich verboten (Krankenhausfinanzierungsgesetz). Damit bestand kein ökonomischer Anreiz zu Verweildauerverlängerungen und auch nicht zu Sparmaßnahmen auf Kosten des Personals.

Es ist falsch, diese Phase der Krankenhausfinanzierung als Selbstbedienungsladen zu charakterisieren, weil die Kassen das Recht hatten, die Wirtschaftlichkeit der entstandenen Kosten überprüfen zu lassen. Auch der in der öffentlichen Diskussion noch heute erhobene Vorwurf, dass das Selbstkostendeckungsprinzip zur »Freiheits-

beraubung« bei den Patient*innen, also zu unnötig langen Verweildauern führen würde, ist nicht zutreffend. (Kapitel I.4)

► Dritte Phase – 1986 bis 2003: prospektive Budgets, Deckelung, Zulassung von Gewinnen, Übergang zu Preisen

Es folgte vor dem Hintergrund der ersten großen Wirtschaftskrise nach dem Krieg und der globalen Wende zum Neoliberalismus¹ eine Umgestaltung des stationären Gesundheitswesens in der BRD in Richtung immer mehr Markt und kapitalistische Konkurrenz. Argumentationsgrundlage war die in die öffentliche Debatte eingebrachte Behauptung einer »Kostenexplosion« im Gesundheitswesen, die faktisch besagte, dass die so genannten Lohnnebenkosten für die Arbeitgeber zu hoch seien oder zu stark anstiegen. 1985 wurde von der schwarz-gelben Koalition unter Kohl der »Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen« (seit 2004 »Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen«) von der Bundesregierung ins Leben gerufen. Er veröffentlicht regelmäßig Gutachten, die die Hauptaufgabe haben, die wissenschaftlichen Weihen für die marktwirtschaftliche Ausrichtung des Gesundheitswesens, den Rückzug des Staates und den Übergang zu einem Preissystem zu liefern. Schon 1990 schrieb er zum Beispiel: »Stationäre Leistungen sollten grundsätzlich mit fallbezogenen Pauschalen vergütet werden. Dadurch wird sichergestellt, dass wenig Anreiz zur Erbringung nicht notwendiger Leistungen besteht.« (Jahresgutachten 1989, Nr. 330)²

Der Bund stieg aus der Investitionsförderung aus. Sie war jetzt nur noch Ländersache. (Kapitel I.5) Es wurde ein sogenanntes flexibles Budget vereinbart (prospektiv aufgrund der kalkulierten Selbstkosten und der geschätzten Zahl der Pflēgetage). Die bisherige Verrechnung von Verlusten/Überschüssen am Jahresende wurde beseitigt. Gewinne und Verluste wurden grundsätzlich zugelassen und verblieben für das jeweilige Jahr beim Krankenhaus. Bei der Festlegung des nächstjährigen Bud-

1 Neoliberalismus ist eine Wirtschafts- und Gesellschaftstheorie, die davon ausgeht, dass die »unsichtbare Hand des Marktes« alles am besten regelt und dass sich der Staat möglichst aus dem gesellschaftlichen Leben und der Wirtschaft heraushalten soll (außer zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung und der Landesverteidigung).

2 Wieso ein Preissystem sicherstellen soll, dass »wenig Anreiz zur Erbringung nicht notwendiger Leistungen besteht«, bleibt das Geheimnis der Autoren. Rein logisch ist das genaue Gegenteil der Fall und so ist es auch in der Realität eingetreten.

gets durften die Kassen dann allerdings einen entsprechenden Betrag mit der Begründung, dass das Krankenhaus ja nicht so viel Geld brauche, wieder abziehen. Die Tagespflegesätze waren weiterhin eine Abschlagszahlung auf das vereinbarte Budget. Unterschritten die Krankenhäuser die vereinbarte Zahl von Pfllegetagen, mussten sie einen Teil der eingenommenen Pfllegesätze wieder zurückzahlen. Überschritten sie die vereinbarten Pfllegetage, mussten die Kassen nicht den vollen Pfllegesatz bezahlen, sondern ebenfalls nur einen Teil (Minder-/Mehrerlösausgleiche). Dies war die Zeit der angestrebten »Punktlandungen« bei den Pfllegetagen, damit man keine Abzüge bekam.

Gleichzeitig wurden für 16 definierte Leistungskomplexe sogenannte Sonderentgelte (z.B. für Herzoperationen, Transplantationen, Gelenkendoprothesen und die Behandlung von Koronargefäßverengungen oder -verschlüssen durch mechanische Maßnahmen oder mittels Lyse) eingeführt. Sonderentgelte wurden zusätzlich zu den Tagespflegesätzen und außerhalb der Budgets gezahlt. Dies waren die ersten Ansätze zur Einführung von Preisen.

Kostensenkungen und Verweildauerverkürzungen lohnten sich nicht wirklich, weil ja die Gewinne des einen Jahres von den Krankenkassen im nächsten Jahr abgezogen werden durften. Verweildauerverlängerungen lohnten sich bis zur sogenannten »Punktlandung« bei den Pfllegetagen. Leistungsausweitungen bei den Sonderentgelten lohnten sich ab sofort, weil es hier anfangs keine Deckelung gab.

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 (schwarz-gelbe Koalition unter Kohl) wurden die Gesamtausgaben der Krankenkassen für Krankenhäuser gedeckelt. Sie durften nur noch in dem Maß steigen, wie die Einnahmen der Krankenkassen stiegen.³ Die Selbstkostendeckung wurde weiter eingeschränkt. Die Finanzierung sollte über sogenannte »leistungsgerechte Erlöse« erfolgen. Gewinne und Verluste wurden ab diesem Zeitpunkt uneingeschränkt möglich.

Die Zahl der Sonderentgelte wurde auf 104 erhöht. Außerdem wurden 40 Fallpauschalen (Vergütung für die gesamte Behandlung einer bestimmten Erkrankung anstatt der Tagespflegesätze und ebenfalls außerhalb der Budgets) als direkte Preise eingeführt. Ihre Zahl wurde im Lauf der Jahre immer weiter erhöht. Parallel hierzu

3 Eine solche Regelung ist absurd, weil damit ein Zusammenhang zwischen niedrigen Einnahmen der Krankenkassen und der Zahl der Patient*innen und damit den Kosten der Krankenhäuser konstruiert wurde (je weniger Einnahmen der Kassen, umso weniger Patient*innen und umso weniger Kosten). Tatsächlich verhält es sich eher umgekehrt: Je weniger die Menschen verdienen und je mehr Menschen arbeitslos sind (die beiden Hauptfaktoren für die Höhe der Einnahmen der Krankenkassen), umso kränker werden sie.

gab es für die Behandlung der restlichen Erkrankungen weiterhin ein prospektives Budget mit tagesgleichen Pflegesätzen (als Abrechnungseinheit). Das System der Minder-/Mehrerlösausgleiche (s.o.) wurde verschärft.

Die Pflegesätze verloren durch die zunehmende Zahl an Sonderentgelten und Fallpauschalen immer mehr an Bedeutung, insbesondere auch, weil sie außerhalb der Budgetdeckelung gezahlt wurden. Es bestand also schon damals (noch vor der endgültigen Einführung der DRG) ein erheblicher Anreiz zur Leistungsausdehnung und zur Kostensenkung (incl. Verweildauerverkürzung), weil so Zusatzeinnahmen generiert werden konnten.

► Vierte Phase – 2004 bis 2010: Einführung des Preissystems der DRG

Die DRG-Einführung erfolgte 2004 (rot-grüne Koalition unter Schröder) budgetneutral; die Krankenhäuser bekamen also im ersten Jahr dieselben Gelder wie im Jahr davor. Danach folgte in der so genannten Konvergenzphase bis 2010 die Anpassung an die neue DRG-Vergütung in Stufen, um den Krankenhäusern die Möglichkeit zu geben, ihre Kosten und ihr Leistungsverhalten anzupassen. Da die Änderungen in der Vergütung im Grundsatz bereits seit 2002 (Verabschiedung Fallpauschalengesetz) bekannt waren, begannen die Sparorgie und die Leistungsausdehnung in den Krankenhäusern tatsächlich schon vor 2004.

Die DRG-Vergütungen bestehen aus den bundeseinheitlich festgelegten Relativgewichten der einzelnen DRG, multipliziert mit den politisch auf Landesebene ausgehandelten Landesbasisfallwerten. (Kapitel I.2) Sie sind Festpreise, bei denen es ökonomisch sinnvoll ist, die Kosten zu senken und die Leistungsmengen auszudehnen. Ein notwendiger Bestandteil der Kostensenkung und der Leistungsausdehnung sind auch die Liegezeitverkürzungen.

► Fünfte Phase – 2011ff.: noch mehr Markt und Wettbewerb ... oder Erfolg des Widerstandes

Unmittelbar nach Abschluss der Einführung der DRG wurde weitere Projekte des neoliberalen Umbaus des Gesundheitswesens in Angriff genommen. Zu nennen sind hier:

- Die Einführung von Quasi-DRG für die Psychiatrie (PEPP), die jedoch aufgrund des Widerstandes der Beschäftigten und der Fachgesellschaften nicht vollständig umgesetzt werden konnte. (Kapitel I.13)

- Die Einführung von P4P (Pay for Performance) unter dem Deckmantel von Qualitätsverträgen und die Vorbereitung von Selektivverträgen (Kapitel 1.6)
- Die Kalkulation und Eingliederung der Investitionskosten über zusätzliche »Invest-DRG« in die DRG-Preise und damit letztlich das Ende der dualen Finanzierung. (Kapitel 1.6)

In diese Phase fällt aber auch der zunehmende Widerstand von Beschäftigten, Gewerkschaften, Fachgesellschaften und politischen Gruppierungen gegen die Wirkungen dieses DRG-Systems. Die Politik wurde so immer wieder gezwungen, Maßnahmen zur Reduzierung der Finanznot der Krankenhäuser zu beschließen, die die Wirkung der DRG etwas abschwächen sollten. (Beispiele hierzu siehe Kapitel 1.12)

► Fazit

Insgesamt stehen wir jetzt am Scheideweg, ob es den Herrschenden gelingt, noch mehr kapitalistische Konkurrenz durchzusetzen und damit die Krankenhäuser ihres Wesens als Einrichtungen der Daseinsvorsorge zu berauben, oder ob es gelingt, die DRG und damit Markt und Wettbewerb zurückzudrängen bzw. wieder abzuschaffen.