

Der Selbstkostendecker – ein Zombie kehrt zurück



*Dr. Wulf-Dietrich Leber, GKV-
Spitzenverband*

Die Frage, wie man 70 Milliarden Euro halbwegs vernünftig auf rund 2.000 Krankenhäuser verteilt, ist wahrlich nicht trivial. In der gesundheitspolitischen Frühgeschichte klärte das der Selbstkostendecker, eine Politfigur, die den Leitsatz verbreitete: Jedes Krankenhaus hat den Anspruch auf Deckung der „Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses“ (§ 4 Abs. 1 KHG ganz früher). Der Satz war einfach und überzeugend, aber irgendwann in den frühen Neunzigern bemerkte die gesundheitspolitische Szene, dass die schöne Welt des Selbstkostendeckers einen kleinen Webfehler hat: Wer Kostendeckung garantiert, der produziert Mehrkosten. Als Reparaturmaßnahme folgte die Budgetierung der Kosten je Krankenhaus. Solche Budgetierungen auf Krankensebene haben allerdings den unangenehmen Nebeneffekt, dass sie das Krankenhaus besser bezahlen, das früher hohe Kosten hatten – zum Beispiel wegen einer schlecht organisierten Küche. Das war das Erbe des Selbstkostendeckers, bei dem die Historie oder die Herkunft des Krankenhauses über seine Vergütungshöhe bestimmt.

Anfang des neuen Jahrhunderts verbannte man den Selbstkostendecker in die Gruft und regelte die Krankenhausfinanzierung nach einer neuen Maxime: Nicht mehr die Kosten, sondern die Leistungen sind der Maßstab für die Vergütung eines Krankenhauses. Per DRG-System wurde das Leistungsgeschehen abgebildet, und man verteilte die Finanzvolumina nach dem vernünftigen Prinzip „Gleicher Preis für gleiche Leistung“.

Das ging eine Zeit lang gut. Dann kamen eine demografisch nicht mehr erklärbare Leistungsausweitung und eine gesundheitspolitische Debatte über gute und böse Mengenentwicklungen. Ökonomisch gibt es eine klare Antwort: „Der Preis macht die Menge.“ Wenn zu viel Menge produziert wird, dann muss man das Preisniveau absenken. Gegen diese allgemeine Preisabsenkung (genauer einer Begrenzung des Anstiegs) wurde eine wüste „Kollektivhaftungskampagne“ entfacht. Das, was in der ganzen Ökonomie Standard ist, nämlich die Abhängigkeit der Preise von den Aktivitäten anderer Marktteilnehmer, das solle nun im Krankenhausbereich nicht mehr gelten. Der Selbstkostendecker

entstieg der Gruft und sprach: „Warum sollen sich bei einem Krankenhaus die Vergütungen ändern, wenn andere Krankenhäuser mehr Mengen machen? Jedes Krankenhaus hat Anspruch auf seine Kosten. Und wenn die Mengen ein Problem sind, dann steuern wir sie mit Mehrleistungsabschlägen weg.“

In der Bund-Länder-Arbeitsgruppe fand der Zombie Gehör. Künftig sollen sich Produktivitäts- und Mengenzuwachs nicht mehr im allgemeinen Preisniveau niederschlagen (sprich: im Landesbasisfallwert). Stattdessen werden Mengenentwicklungen auf Hausebene berücksichtigt. Nach kürzester Zeit wird also jedes Haus seinen eigenen Basisfallwert haben. Keine Spur mehr von „gleicher Preis für gleiche Leistung“. Die Herkunft, also das historische Mengengerüst, entscheidet über die Vergütung, so wie einst das historische Kostenvolumen über die Vergütung entschied. Für eine Krankenhausreform, die ja immerhin anfängt, strukturelle Erstarrungen aufzulösen (vergleiche den Strukturfonds), ist das eine denkbar schlechte Lösung. Wofür hat man eigentlich die ganze DRG-Reform gemacht, wenn jetzt wieder hausbezogene Basisfallwerte eingeführt werden?

Es ist an der Zeit, den alten Wiedergänger hausbezogener Vergütungen abermals in die Gruft zu verbannen – mitsamt allen Preis- und Mengenregelungen, die die Bund-Länder-Arbeitsgruppe als Eckpunkte formuliert hat.