

Abschiedsinterview Wulf-Dietrich Leber

Nächstes Ziel: Bürgerversicherung

Wulf-Dietrich Leber hat Spuren in der Kliniklandschaft hinterlassen. Nun geht er in den Ruhestand. Im Abschiedsinterview zieht der langjährige Abteilungsleiter des GKV-Spitzenverbandes Bilanz – und gibt ein Versprechen.

Lieber Herr Dr. Leber, Anfang März geht Ihre Zeit als Abteilungsleiter Krankenhäuser des GKV-Spitzenverbandes zu Ende. Verlassen Sie die GKV in einem Zustand ordentlich geregelter Finanzen?

Nein, leider nicht. Die Finanzlage der Gesetzlichen Krankenversicherung ist hochgradig kritisch. Man muss sich nur die Beitragssatzsteigerungen ansehen. Die machen die Kassen nicht aus Daffke. Noch bedrohlicher ist die Entwicklung in der Pflegeversicherung. Etwas pointiert: Man wird wohl in den nächsten Jahren die Krankenhausausgaben einfrieren müssen, um die zusätzliche Belastung in der Pflegeversicherung schultern zu können. Insgesamt hat man den Eindruck, dass die Schuldenbremse in den öffentlichen Haushalten durch Verlagerung der Ausgabenlast auf die Beitragszahler eingehalten wurde. Man schaue sich nur die mangelnde Finanzierung der Bürgergeldempfänger an (fast zehn Milliarden Euro), die Rentenbeiträge pflegender Angehöriger oder die Streichung des Bundeszuschusses an die Pflegeversicherung.

Gilt das auch für den Krankenhausbereich?

Ja, in ganz besonderem Maße. Die Länder finanzieren die Krankenhausinvestitionen seit Jahren nicht mehr und verlagern die Ausgabenlast auf die Beitragszahler. Der Transformationsfonds ist ein weiteres Beispiel dafür, dass sich die öffentlichen Haushalte auf Kosten der GKV sanieren. Und der Transformationsfonds wird noch nicht einmal von der PKV mitfinanziert.

Aber es gibt Regelungen, die das theoretisch ermöglichen.

Die Regelungen zur PKV-Beteiligung beim Transformationsfonds sind reines Kabarett. Beim Strukturfonds haben wir ja schon gesehen, dass freiwillige Zahlungen der PKV-Unternehmen nicht funktionieren, wahrscheinlich sogar rechtswidrig wären. Wenn man Beamte und Besserverdienende adäquat zur Finanzierung des Strukturwandels heranziehen will (und das ist verfassungsrechtlich geboten), dann muss die Finanzierung über die Entgelte gehen, nicht durch Zahlungen des Gesundheitsfonds an die Länder.

Die öffentlichen Kassen sind aber leer. Oder doch nicht?

Nun ja. Vielleicht ist es sinnvoller, Vermögen und Erbschaften effektiver zu besteuern, statt die Lohnkosten von Verkäuferinnen im Supermarkt zu belasten. Ein Beitrag, die Einkommensschere zu schließen, ist die Belastung der Sozialversicherung definitiv nicht.

Zur Krankenhausfinanzierung: Wie blicken Sie als einer der Baumeister heute auf die DRG-Fallpauschalen und wie bewerten Sie die Umbauten der vergangenen Jahre?

Die DRG waren ein teures Erfolgsmodell. Aber wir haben erstmals Transparenz über das Geschehen, und auch die Qualitätssicherung ist erst durch das differenzierte Vergütungssystem möglich geworden. Vor allem ist es gelungen, die Selbstkostendeckung durch eine leistungsorientierte Vergütung zu ersetzen.

Dann folgte leider die DRG-Demontage. Die Einführung des Pflegebudgets ist und bleibt eine gesundheitspolitische Dummheit ersten Ranges. Selbstkostendeckung ist immer

„ Deutschland hat eine intelligentere Bürokratie-debatte verdient.

ein falsches Prinzip, weil das meiste Geld jene bekommen, die am meisten Kosten verursachen. Die historische Erfahrung zeigt, dass Selbstkostendeckung in Zeiten knapper Mittel immer zur Budgetierung führt. Zudem sind die negativen Anreizwirkungen des Pflegebudgets schon jetzt spürbar: ein Abzug von Personal aus den Altenheimen, also dort, wo es dringend benötigt wird. Daneben werden signifikante Ausgabenverlagerungen, das heißt vor allem „einfache Tätigkeiten“ (zum Beispiel Spiegel putzen), auf das Pflegepersonal verlagert. Außerdem interessiert sich kein Krankenhausmanager mehr für



Dr. Wulf-Dietrich Leber war seit Februar 2008 Leiter der Abteilung Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband in Berlin. Der Volkswirt startete seine Karriere 1987 beim Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Nach Stationen in Berlin (Leiter der Dependence des AOK-Bundesverbandes), Magdeburg (Leiter der Grundsatzabteilung beim AOK-Landesverband Sachsen-Anhalt) und Frankfurt (Projektleiter des AOK-Hausarztmodells) leitete er ab 1998 die Abteilung Stationäre Leistungen, Rehabilitation im AOK-Bundesverband. Von 2004 bis 2008 war er dort Geschäftsbereichsleiter Gesundheit.

Foto: GKV-Spitzenverband

Ambulantisierung, weil die Pflegekosten, die man sparen würde, sowieso refinanziert werden. Eine bessere Lösung wären Pflegepersonaluntergrenzen und eine (aufwandsarme) Berücksichtigung von Pflegebedarf und Pflegeleistung im DRG-Vergütungssystem. Aber in einem System der Selbstkostendeckung braucht es eher Deckel als Untergrenzen – deutlich wird dies an den immensen jährlichen Ausgabensteigerungen seit Einführung des Pflegebudgets.

Und die Vorhaltefinanzierung?

Zweifellos sollte Krankenhausfinanzierung auch immer eine Vorhaltekomponente enthalten. Ursprünglich war die Baufinanzierung durch die Länder eine Art Vorhaltefinanzierung – wobei allerdings nicht berücksichtigt wurde, dass ein Bau ohne Personal auch keine Versorgung sicherstellt.

Wichtig ist, dass man definiert, wofür die Vorhaltung gezahlt wird, beispielsweise für eine bestimmte Anzahl von Geburten. In der jetzigen Form ist die Vorhaltefinanzierung nichts anderes als eine Status-quo-Garantie für das bestehende Budget. Fürchterlich strukturkonservierend! Wo soll denn das Geld für jene Krankenhäuser herkommen, die eine größere Versorgungslast von anderen übernehmen? Wir brauchen ökonomisch überzeugende Modelle mit Bevölkerungsbezug und Qualitätsanforderungen (erste Veröffentlichungen existieren). Nur dann macht die

Vorhaltefinanzierung Sinn. Anders als die Budgetgarantie führt das natürlich zu einer anderen Verteilung der Mittel.

Was stimmt Sie optimistisch, dass eine umfassende Reform der Notfallversorgung inklusive Rettungsdienst doch noch kommt?

Es gibt einen breiten Konsens, dass die Notaufnahme neu geregelt werden muss. Und es gibt einen Konsens darüber, dass dabei ein gemeinsamer Tresen und KV-Notdienstpraxen im Eingangsbereich der Krankenhäuser eine zentrale Rolle spielen sollen. Nur das Ampel-Aus hat verhindert, dass es hier zu einem Beschluss des Bundestages gekommen ist.

Die Situation beim Rettungsdienst ist noch ein wenig offener. Zweifelsohne werden Patienten unnötig in die Krankenhäuser eingeliefert, weil das Rettungswesen noch kein integraler Bestandteil des Sozialgesetzbuches ist. Beschämend ist auch die mangelnde Transparenz des Geschehens. Und geradezu lebensgefährdend ist die Tatsache, dass die Leitstellen die Kontrolle verlieren, wenn die Rettungswagen Kreis- oder Landesgrenzen überschreiten. Angesichts der Tatsache, dass jeder auf seinem Handy in Echtzeit sämtliche Flugzeuge in der Luft (Flightradar) und jede Dschunke auf den sieben Weltmeeren (Marinetraffic) verfolgen kann, ist die Situation im Rettungswesen doch nicht mehr tragbar. Wenn man Leben retten will, dann darf



Provokant, pointiert, aber auch selbstironisch waren viele von **Wulf-Dietrich Lebers** Auftritten auf dem DRG|FORUM, das er von der ersten Stunde an als Referent und Ratgeber begleitet hat. Seine Qualitäten als Entertainer stellte er mit seinem legendären Rap 2007 (rechts) und dem Video vom Super-Groupier (2011, rechts oben) unter Beweis. Die Videos von beiden Auftritten sind unter <https://www.bibliomedmanager.de/drgforum/drg-forum-klassiker> online zu finden.

Fotos: Bibliomed, Regina Sablotny, Florian Funk, Ulf Schaumlöffel

man die Landräte nicht mehr über die IT entscheiden lassen. Ich bin sicher, dass dafür innerhalb der nächsten Legislaturperiode Lösungen gefunden werden.

Wie bewerten Sie das Verhältnis von Wettbewerb und Planung im Krankenhausbereich?

Die letzten Jahrzehnte gab es keine gestaltende Krankenhausplanung, sondern autonome Trägerentscheidungen in einem schlecht regulierten Markt. Die Politik hat daraus nicht die Konsequenz gezogen, den Markt besser zu regulieren (zum Beispiel durch Ausschreibungsmodelle); sie hat vielmehr Strukturierung durch Planung als neues Leitbild etabliert. Im Modell der Regierungskommission finden Sie keinerlei Marktorientierung. Man kann das verstehen, weil das Ergebnis der Trägerentscheidungen alles andere als überzeugend ist.

Der wesentliche Fortschritt der Krankenhausreform ist die Einschränkung von Gelegenheitsversorgung, falls die Mindestvorhaltezahlen auch konsequent umgesetzt werden. Was aber im KHVVG nicht angelegt ist, das ist die Reduktion auf das Bedarfsnotwendige. Dazu fehlt eine Ermittlung des Versorgungsbedarfs, ein Modell zur räumlichen Zuordnung von Bevölkerung und Krankenhäusern und ein gerichtsfestes Auswahlverfahren.

Und was muss geschehen, dass die Qualitätsdebatte wieder in Schwung kommt?

Ich höre bisweilen vereinzelte P4P-Rufe, aber ich sehe keinerlei Bereitschaft, Ergebnisqualität und Risikoadjustierung zum Gegenstand der Rechnungsprüfung zu machen. Also werden die Rufe wohl erst einmal verhallen.

Was ist aus Ihrer Sicht bei der Umsetzung der Krankenhausreform jetzt wichtig?

Die Maxime muss lauten: keine windigen Ausnahmen! Der wesentliche Fortschritt des KHVVG ist ja die Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft nach bundeseinheitlichen Kriterien. Wenn man jetzt wieder massenhaft regionale Ausnahmen zulässt, dann hätte man sich das ganze Projekt auch sparen können.

Wie hat sich Ihr Blick auf die Krankenhäuser in all den Jahren verändert?

Ich habe nach wie vor einen Höllenrespekt vor der noch immer zunehmenden Komplexität des Krankenhauses. Aber anders als viele halte ich das nicht für eine Fehlentwicklung. Sowohl in der Natur- als auch in der Menschheitsgeschichte waren die Zeiten abnehmender Komplexität immer Zeiten des Niedergangs und der Zerstörung.



„Man wird in den nächsten Jahren die Krankenhausausgaben einfrieren müssen, um die zusätzliche Belastung in der Pflegeversicherung schultern zu können.“

Das sehen Klinikmanager anders. Sie kennen die Klagen über die ausufernde Bürokratie.

Ich finde die Bürokratiendebatte in deutschen Krankenhäusern verlogen und niveaulos. Sie ist verlogen, weil alles, was die Erlösoptionen einschränkt, als Bürokratie geißelt wird. Wenn es aber Geld gibt, ist man zu jedem Aberwitz bereit. Wo ist denn die Protestbewegung der deutschen Krankenhäuser gegen GOÄ-Abrechnung und Beihilfe? Das ist Bürokratie in ihrer schlimmsten Form. Aber die Krankenhäuser schreien auf, wenn irgendjemand überprüft, ob in der Geriatrie auch ein Geriater tätig ist. Rundum verlogen. Niveaulos ist die Debatte, weil man sämtliche schreibende Tätigkeit als Bürokratie brandmarkt. Was ist das denn für ein analphabetisches Referenzsystem, wenn man sich über drei Stunden Schreibtisch­tätigkeit von Ärzten echauffiert? Ist das Verfassen eines Arztbriefes an den weiterbehandelnden Kollegen etwa Bürokratie?

Deutschland hat eine intelligentere Bürokratiendebatte verdient. Lasst uns über Regulierung – nicht über Bürokratie – reden und fragen: Erstens: Ist die Regulierung sinnvoll und notwendig? Zweitens: Könnte die Umsetzung einfacher kontrolliert werden? Denn kontrolliert werden muss sie, sonst kann man es gleich lassen! Drittens: Sind die Sanktionen adäquat, um regelkonformes Verhalten durchzusetzen?

Was ist Ihr Rat an das Krankenhausmanagement?

Die Empfehlungen der Berater sind eindeutig: Digitalisieren, was das Zeug hält! Man muss dafür sorgen, dass die KI die nervigen Arbeiten übernimmt. Anders wird man mit komplexen Regelwerken bei steigendem Fachkräftemangel nicht fertig.

Was haben Sie in den kommenden Jahren noch vor? Bleiben Sie als Fachkraft der Gesundheitsbranche erhalten?

Die DKG kann aufatmen. Im engeren Kreis der Krankenhauspolitik werde ich nicht mehr tätig sein. Und „meine“ Abteilung hat definitiv keine Lust auf Zwischenrufe von der Seitenlinie – und einige andere wahrscheinlich auch nicht. Ich hatte das Glück, in meinem Berufsleben an zwei wesentlichen Reformen mitzuwirken: an der Entwicklung des Risikostrukturausgleichs und an der DRG-Einführung. Jetzt fehlt eigentlich nur noch die Bürgerversicherung (zunächst in der sozialen Pflegeversicherung?). Dafür stehe ich natürlich weiterhin zur Verfügung. Aber darüber entscheiden werden andere.

Das Interview führte Florian Albert.