

„Im Krankenhauswesen geht es um Rationierung“

Interview Die Kostenexplosionen in fast allen Bereichen des Lebens zeigen im Gesundheitssystem tiefe strukturelle Probleme auf – besonders im Bereich der Krankenhäuser. Der Frust in der Branche über die Fallpauschalen sei inzwischen allgegenwärtig und gewaltig.

Der Geschäftsführer des SRH-Zentralklinikums Suhl, Uwe Leder, spricht im Interview mit unserer Zeitung darüber, warum ihn und andere Klinikmanager die derzeitige Lage wütend macht. Außerdem sagt er, was Überlegungen zur Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern damit zu tun haben, wie lange Patienten dort bleiben, warum Ärzte ohne Finanzverantwortung aus seiner Sicht zu falschen Schlüssen neigen – und welche Blüten der neoliberalen Zeitgeist der 1990er Jahre bis heute in den Krankenhäusern treibt.

Herr Leder, wir wollen über Geld und Krankenhäuser reden. Lassen Sie uns deshalb zuerst über einen Eindruck sprechen, den viele Menschen haben, wenn sie in einer Klinik liegen: Dass die Krankenhäuser sie über ein Wochenende bei sich behalten, um zusätzliche Kosten abrechnen zu können, obwohl das medizinisch unnötig ist.

Das stimmt in der Regel nicht. Jedenfalls nicht mehr. In den 1990er Jahren war das tatsächlich anders, da hatte diese Annahme ihre Berechtigung. Damals hat man wie bei Hotelvergütungen abgerechnet: Wenn der Patient x Tage da war, dann hat das Krankenhaus x Tage von den Kassen bezahlt bekommen. Bis zum Jahr 2005 gab es wirklich ein System, das hat Krankenhäuser dafür belohnt, dass Betten lange belegt waren.

Heute ist das aber anders: Da wird die medizinische Leistung bezahlt, sodass das Krankenhaus eigentlich ein wirtschaftliches Interesse daran hat, die Patienten sehr zügig nach Hause zu entlassen, wenn sie dafür gesund genug sind. Nur, wenn ein Patient sehr, sehr lange bleibt, bekommt das Krankenhaus eine Zusatzvergütung. Die wird durch nachgelagerte Kontrollen der Krankenkassen allerdings fast immer wieder gestrichen.

Also trifft eine der anderen Annahmen zu, die man von Klinikpatienten immer wieder hört: Krankenhäuser wollen Patienten heute so schnell wie möglich wieder loswerden?

Es ist für ein Krankenhaus unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten auf jeden Fall lohnenswert, einen Patienten rasch zu behandeln. Es ist zwar bei den meisten Leistungen, die man bei den Kassen abrechnen kann, so, dass die Patienten mindestens zwei bis vier Mal übernachten müssen, damit die Behandlung ohne Abzug finanziert wird. Aber grundsätzlich hat eben eine Umstellung im Abrechnungssystem stattgefunden: Weg von der Vergütung nach Aufenthaltsdauer, hin zur Vergütung nach Fallpauschalen. Deshalb ist ein Krankenhaus im wirtschaftlichen Vorteil, das Patienten schneller behandelt und damit höhere Fallzahlen bewältigen kann.

Ist das auch medizinisch im Sinne der Patienten?

Ein kurzer Aufenthalt in einem Krankenhaus ist medizinisch sinnvoll, ja. Jedenfalls gilt das für Aufenthalte in Akutkliniken. Gerade für ältere Menschen besteht bei langen Aufenthalten im Krankenhaus ein großes Risiko, dass sie sich irgendwelche Infekte einfangen oder ihre Selbstständigkeit verlieren.



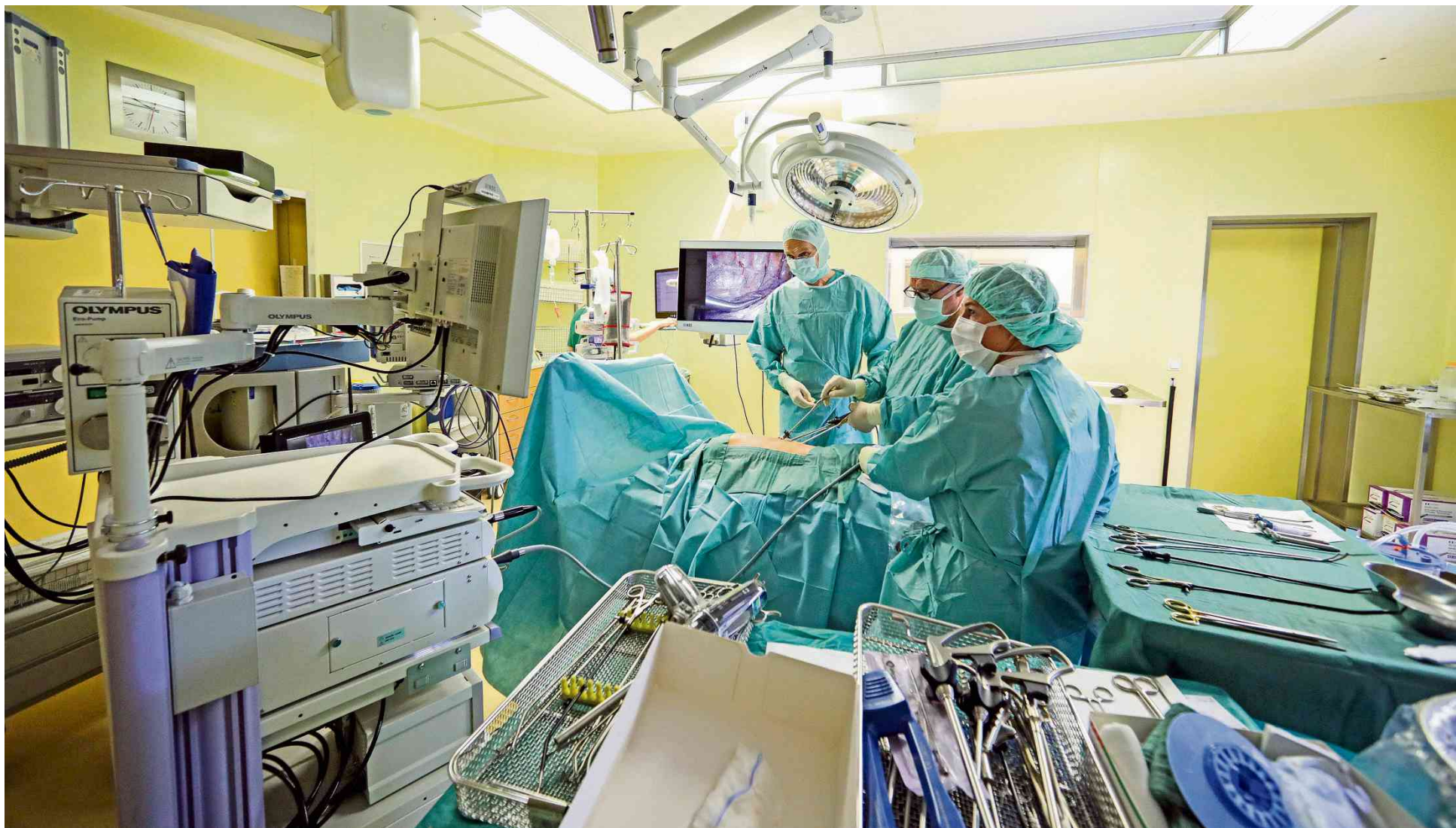
Foto: Michael Reichel
„Wir sind finanziell im Keller angekommen.“

Uwe Leder
Geschäftsführer des
SRH-Zentralklinikums

Krankenhaus aus einem Bett geworfen wird, um Platz für den nächsten Fall zu machen. Wir behandeln Patienten so lange, bis wir es unter medizinischen Aspekten verantworten können, sie zu entlassen. Wir haben ja in der Regel auch ausreichend Betten.

In der Regel? Sie spielen auf die Lage in den Häusern während der Corona-Pandemie an?

Die Hochphasen der Pandemie waren Ausnahmesituationen, von denen aus man nicht auf den Alltag an Kliniken schließen sollte. Allerdings waren Krankenhausbetten auch in den Jahren davor schon immer wieder unterschiedlich stark ausgelastet. Das ist kein kontinuierliches Geschäft. Im Frühjahr



„Bei allem, was mit Krankenhäusern zu tun hat, im Gesundheitswesen insgesamt, spielt Wirtschaftlichkeit eine zentrale Rolle.“

Foto: /Bodo Schackow/dpa

oder Herbst werden die Betten regelmäßig knapp, weil in diesen Zeiten viele Patienten mit Erkältungskrankheiten in die Häuser drängen. Da ist es dann umso mehr so, dass schon aus Versorgungsgründen Patienten zügig entlassen werden müssen. Da muss an Belegungstagen gespart werden.

Sie haben gerade mehrere Ausdrücke benutzt, die bezeichnend sind: „Geschäft“, „gespart“, „wirtschaftliches Interesse“. Ist das Krankenhauswesen in Deutschland inzwischen zu einem reinen Wirtschaftsbetrieb geworden?

Bei allem, was mit Krankenhäusern zu tun hat, im Gesundheitswesen insgesamt, spielt Wirtschaftlichkeit eine zentrale Rolle. Sehen Sie es aus dieser Perspektive: Ökonomie ist der Umgang mit knappen Ressourcen. Und alles, womit wir im Gesundheitswesen zu tun haben ist knapp: Ärzte, Pfleger, Betten, medizinisches Gerät, Geld.

Hätten wir unendliche Ressourcen würde natürlich jeder die maximal mögliche Behandlung bekommen können. Aber in dieser Situation sind wir nicht. Wir müssen uns also sehr genau überlegen, wo wir zum Beispiel die Ärzte und Pfleger, die wir haben, so einsetzen, dass sie möglichst vielen Menschen helfen können.

Es gibt Ärzte und Pfleger aus dem Krankenhaussektor, die diese Denkweise kritisch sehen und argumentieren, wirtschaftliche Überlegungen dürften im Umgang mit der Gesundheit und dem Leben von Menschen keine Rolle spielen.

Ja, ich weiß, dass es diese Stimmen gibt. Aber das sind aus meiner Sicht keine ehrlichen Aussagen. Gerade auch viele niedergelassene Ärzte achten ja nicht zufällig sehr genau darauf, dass sie wirtschaftlich arbeiten, so dass sie gut verdienen. Nur dann, wenn Ärzte gar keine wirtschaftliche Verantwortung tragen, kommen sie zu solchen Überlegungen.

Ist es aber nicht ein Unterschied, ob ich über die knappe Ressource Personal oder die knappe Ressource Geld rede? Personal kann ich nicht unendlich generieren. Geld schon, durch Umverteilung ins Gesundheitssystem zum Beispiel.

Das eine ist mit dem anderen verknüpft. Sie können das nicht voneinander trennen. Sie haben einen Sachkreislauf, der sieht so aus: Ärzte und Pfleger nehmen Patienten auf, behandeln sie mit Operationen und Medikamenten und bringen sie wieder nach Hause. Dahinter verbirgt sich ein Finanzkreislauf: Der Arzt will mehr als 100 000 Euro verdienen, die Schwester will auch ein ordentliches Gehalt, die Pharmafirmen wollen einen vernünftigen Gewinn erwirtschaften, den sie auch brauchen, um forschen zu können. Und natürlich müssen auch Krankenhäuser nicht nur eine schwarze Null schreiben, sondern sie brauchen auch Gewinne, sonst können sie nicht investieren, in moderne Patientenzimmer zum Beispiel. Ich finde, an dieser

Grundkonstellation ist auch gar nichts Verwerfliches dran. Unser Problem ist, dass dieses System inzwischen völlig überdehnt ist.

Überdehnt?

Überdehnt. Wir haben inzwischen ein Niveau an Knappheit erreicht, wo es im Krankenhauswesen mittlerweile um Priorisierung und Rationierung geht. Wir können schon gar nicht mehr alles machen, was wir aus medizinischen Gesichtspunkten an allen Patienten gerne machen würden. Besonders aktuell. Die Krankenhäuser stehen in diesem Jahr wirtschaftlich vor einer absoluten Notlage, wir sind finanziell im Keller angekommen. Ich und auch alle meine Krankenhausgeschäftsführer-Kollegen in Thüringen wissen nicht, wie dieses Jahr wirtschaftlich ausgehen soll, wie wir nächstes Jahr planen sollen. Und die Politik hat diese Notlage noch nicht mal erkannt.

Vor allem auf Bundesebene, wo dieses Problem zuallererst gelöst werden muss, gibt es überhaupt kein Bewusstsein dafür, vor welche riesigen Probleme uns die Preisexplosionen überall stellen. Bei den Energiepreisen, bei den Essenspreisen, bei den Medikamentenpreisen, dann sind die globalen Lieferketten gestört. Auch deshalb planen wir für den 14. September in Erfurt vor dem Landtag einen Protest. Wir sind wütend.

Es gehört doch aber auch zur Wahrheit, dass sich die Krankenhäuser seit Jahren unterfinanziert fühlen und über zu wenig Personal und Geld klagen. Tatsächlich sind sie immer noch da.

Natürlich hat sich die Lage, in der wir jetzt sind, über die vergangenen Jahre hinweg aufgebaut, zugespitzt. Nun aber sind wir an einem Punkt angelangt, an dem es nicht mehr weiter geht. Erinnern Sie sich noch an die Diskussion, um die Pflegekräfte, die es während der ersten Phase der Pandemie gab?

Sie meinen, dass Pflegerinnen und Pfleger von Balkonen beklatscht und ihnen viel bessere Arbeitsbedingungen versprochen wurden?

Genau. Und was ist passiert? Nichts. Es wurde kein zusätzliches Geld ins System gegeben, trotz aller Versprechungen. Das ist symptomatisch dafür, wie mit uns umgegangen wird.

Aber, Herr Leder, die Krankenhäuser sind in der Pandemie mit einem milliardenschweren Rettungsschirm vom deutschen Staat geschützt und viele von ihnen so vor der Insolvenz gerettet worden... Da können Sie doch nicht sagen, die Krankenhäuser seien der Gesellschaft oder dem Steuerzahler egal.

Dieser Rettungsschirm war eine sehr gute und wichtige Sache, sonst hätten die Kliniken die Pandemie wirtschaftlich überhaupt nicht überstanden. Immerhin war ja durch die vielen Covid-Patienten, die wir behandeln mussten, der komplette Kreislauf, über

den wir eben gesprochen haben, zeitweise zusammengebrochen. Deshalb muss man an dieser Stelle natürlich sagen: Danke an den deutschen Sozialstaat, dass er so gehandelt hat. Aber trotzdem hat das nicht zu einem grundlegenden Umdenken geführt. Nicht einmal die Pandemie hat es am Ende vermocht, der Politik und der Gesellschaft klar zu machen, wie unterfinanziert die Krankenhäuser strukturell sind.

Und der Grundfehler für diese Situation war eben die Einführung der leistungsbezogenen Vergütung Mitte der 2000er-Jahre über die Fallpauschalen?

Das war der kapitale Fehler. Diese Fallpauschalen sind als Produkt des neoliberalen Mainstreams der 1990er Jahre eingeführt worden, als man in Deutschland gesagt hat: „Der Markt wird's richten. Wir müssen nach Amerika und nach Australien gucken. Krankenhausbehandlung ist ein Produkt, das braucht ein Preisschild und wer doppelt so viele Blinddarmoperiert, soll doppelt so viel Geld bekommen.“ Damals war diese Idee wirklich weithin akzeptiert. Man wäre in der Gesundheitsszene ein Außenseiter gewesen, wenn man sich dagegen ausgesprochen hätte. Heute wissen wir es besser.

Diese Fallpauschalen sind eine Verschwendung von Geld und menschlicher Arbeitskraft sondergleichen. Und das ist im Laufe der vergangenen Jahre immer schlimmer geworden. Wir sind mal mit 240 Fallpauschalen gestartet. Sie haben also einen Patienten auf Station gehabt und konnten dessen Behandlung nach einer von diesen 240 möglichen Pauschalen abrechnen. Heute gibt es weit über 1000 Fallpauschalen. Ergänzend kann man inzwischen zehntausende Extra-Entgelte für besondere Behandlungsleistungen abrechnen. Und, und, und... Ich kenne keinen einzigen anerkannten Gesundheitsexperten, der dieses Fallpauschalen-System für zukunftsfähig hält. Der Grundtenor in der Community ist heute: Wir müssen das anders machen.

Wie denn?

Der deutsche Staat muss sich entscheiden und definieren, welche Krankenhausstruktur er zur Versorgung der Bevölkerung will. Und dann muss der Staat dafür bezahlen, dass Krankenhäuser diese Versorgungsstrukturen vorhalten. Wenn mir also der deutsche Staat sagt, dass ich in meinem Krankenhaus eine Urologie vorhalten soll, die so und so viele Ärzte und Pfleger und Gerätschaften braucht, dann muss der Staat auch die Grundkosten für das Gehalt dieser Ärzte und Pfleger und die Betriebskosten der Gerätschaften finanzieren...

...unabhängig davon, wie viele Patienten in dieser Urologie tatsächlich behandelt werden?

Genau.

Ihnen schwebt also ein Finanzierungssystem wie bei den Hochschulen vor?

Der Staat bezahlt die Grundausrüstung der Universitäten und Fachhochschulen, unabhängig davon, ob die in einem Semester mal zehn Prozent mehr oder zehn Prozent weniger Studenten haben.

Genau. Allerdings muss man bei diesen Planungen darauf achten, dass Patienten eine gewisse Auswahl haben, in welcher – um bei unserem Beispiel zu bleiben – Urologie sie sich behandeln lassen wollen. Nicht wie in der chinesischen Staatsmedizin. Wir brauchen als Teil der staatlichen Planungen einen gewissen Qualitätswettbewerb zwischen den Häusern. Zur Messung der Qualität in den Kliniken gibt es ja inzwischen ein bewährtes System.

Klingt nach einem nicht dummen Vorschlag, den auch andere so oder so ähnlich immer wieder gemacht haben. Warum sind die Krankenhäuser bislang bei der Politik nicht durchgedrungen?

Weil bislang viele Entscheidungsträger gesagt haben: „Wir sind doch eine soziale Marktwirtschaft mit Produkten und Preisen. Und deshalb müssen wir auch in der Gesundheitsversorgung Marktwirtschaft spielen.“

Hat es auch damit zu tun, dass zu viele Institutionen an den Fallpauschalen einfach zu viel verdienen?

Nein, das glaube ich nicht. Der Frust in der Branche über die Fallpauschalen ist inzwischen allgegenwärtig und gewaltig.

Wenn das alles so ist, wie Sie sagen, und wenn die Kliniken jetzt – wie Sie und andere Klinikvertreter das darstellen – wegen der jüngsten Preisexplosionen kurz vor dem Kollaps stehen: Wie groß ist Ihr Glaube daran, dass nun der Systemwechsel weg von den Fallpauschalen hin zu einer Vorhaltefinanzierung, zu einer Grundfinanzierung kommt?

Ehrlich gesagt ist meine Hoffnung Null. Ich sage es noch mal: Mehr als zwei Jahre lang hat die Gesellschaft nichts so stark beschäftigt wie die Pandemie. Und es hat sich im Kern dennoch nichts geändert. Null Komma Nichts. Das Gespräch führte Sebastian Haak

Zur Person

Uwe Leder ist Arzt und Klinikmanager gleichermaßen – und in der Thüringer Krankenhausbranche gegenwärtig einer der wichtigsten Akteure. Das liegt vor allem daran, dass er nicht nur Geschäftsführer des SRH-Zentralklinikums Suhl ist, sondern auch noch andere Krankenhäuser des Konzerns leitet, darunter das ebenfalls große SRH-Haus in Gera. Medizinisch betrachtet ist Leder Facharzt für Innere Medizin und habilitierter Hochschullehrer für diese Fachrichtung. In den 2000er Jahren wechselte er von der medizinischen Betreuung von Patienten ins Klinikmanagement, damals noch am Universitätsklinikum Jena. Leder – Jahrgang 1964 – ist auch Mitglied des Vorstands der Landeskrankenhausesgesellschaft Thüringen.