

14.11.2024 Politik

Interview PD Dr. med. Peter Bobbert, Präsident der Ärztekammer Berlin

Peter Bobbert, Olivia Päßler



» Kurz nach der politischen Sommerpause traf sich die BDC-Kommunikation mit dem Präsidenten der Ärztekammer Berlin, PD Dr. med. Peter Bobbert, zum Gespräch über die kommenden Reformpläne des Bundesgesundheitsministeriums.

Passion Chirurgie: Beginnen möchte ich gerne mit dem Thema Finanzierung. Die Regierung will weg von den Fallpauschalen zu sogenannten Vorhaltepauschalen. Was ist Ihre Einschätzung und Meinung zu diesem Vorhaben?

Peter Bobbert: Natürlich ist es sehr begrüßenswert, dass die Politik eine Reform plant, um das

Hamsterrad der Ökonomisierung zu stoppen. Und der Motor dieses Hamsterrades war und ist die Einführung und die Anwendung der Fallpauschalen, also quasi des DRG-Systems. Versprochen wurde uns, dass wir dieses DRG-System überwinden werden. Dies ist aber im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) in dem jetzigen Entwurf nicht der Fall: Tatsächlich bleibt das DRG-System bestehen. Nicht mehr zu 100 %, aber zur Deckung der Betriebskosten jetzt zu 40 %. Das ist der erste Fehler der Reform, was die Finanzierung betrifft.

Dass die Vorhaltepauschale als neues System eingeführt werden soll, ist grundsätzlich erst mal gut. Das ist im Prinzip genau das, was wir fordern: Ein Krankenhaus erhält unabhängig davon, wie viele Betten belegt sind und wie viele Fälle erbracht werden, eine Pauschale, um existieren zu können. Das ist die Basis einer Entökonomisierung. Genau diese Art von Vorhaltepauschalen werden im KHVVG aber gar nicht beschrieben. Die Definition der Vorhaltepauschalen erweist sich für Krankenhäuser als dramatisch schlecht. Zukünftig sollen diese Pauschalen nämlich ganz individuell für jedes Krankenhaus einzeln berechnet werden, und dies unter anderem durch zwei Parameter: Durch die im Vorfeld geleisteten Fälle im Krankenhaus und die Schwere der Fälle. Für uns ist das ein Etikettenschwindel. Denn hier haben wir auch eine Form des DRG-Systems. Es sind nicht die von den Fallzahlen unabhängigen Vorhaltepauschalen, die versprochen, angedacht und auch aktuell kommuniziert werden. Hier haben wir den zweiten Fehler.

Drittens ist es aus meiner Sicht ein fataler Fehler, dass die Personalkosten der Ärztinnen und Ärzte nicht aus dem DRG-System herausgenommen werden. Was man bei der Pflege zu Recht durchgesetzt hat, wird bei den Ärztinnen und Ärzten weiterhin nicht passieren. Somit wird die ganze Last der Ökonomisierung weiterhin und noch mehr auf den Schultern der Ärztinnen und Ärzte ausgetragen.

PC Können Sie erläutern, wie Sie sich die Vorhaltepauschale für jedes Krankenhaus vorstellen?

PB Vorhaltepauschalen müssen so geregelt sein, dass ein Krankenhaus einen finanziellen Rahmen bekommt, unabhängig von den geleisteten Fällen. Ein Krankenhaus muss einen Rahmen bekommen, der ausreicht, um es bestehen zu lassen und um Ressourcen vorzuhalten. In dem Moment, wo man die Vorhaltepauschalen auch wieder in Zusammenhang bringt mit der dort geleisteten Arbeit und der Anzahl der Fälle der Vorjahre, heizt es das Hamsterrad des „noch mehr Fälle machen mit weniger Personal“ an. Damit werden genau die gleichen Anreize gesetzt, die man beim DRG-System zu Recht kritisiert.

PC Aber würde das nicht die Krankenhäuser anregen, weniger Leistung zu erbringen für die ohnehin schon vorhandene Pauschale?

PB Wir müssen von dem Gedanken wegkommen, dass Krankenhäuser wie ein Unternehmen gesehen und geführt werden müssen. Krankenhäuser sind Orte der öffentlichen Daseinsvorsorge und Orte, wo Menschen medizinisch versorgt werden. Und ja, dort stehen Betten manchmal frei, weil sie dann belegt werden, wenn Notfälle da sind und Unfälle passieren und Patientinnen und Patienten spontan versorgt werden müssen. Manche Fälle sind also unplanbar und deswegen müssen Ressourcen vorgehalten werden. Klar sein sollte, dass mit dieser Vorhaltung kein Geld zu verdienen ist. Es ist richtig, dass man sich im Rahmen der Krankenhausplanung ansieht, wo welche Leistungen angeboten werden sollen und müssen. Deswegen gibt es auch die Einführung der Leistungsgruppen. Es ist richtig, dass ein Krankenhaus nicht immer alles anbieten sollte, sondern man sehr wohl – in Städten und Ländern – schaut, welche Krankenhäuser was für die öffentliche Daseinsvorsorge leisten müssen und was eben nicht. Anhand dessen sollte der finanzielle Rahmen festgelegt werden, damit diese Krankenhäuser das dann auch bieten können.

Im Übrigen, um auf Ihre Frage der Fehlanreize einzugehen: Jetzt sind die Vorhaltepauschalen so geregelt, dass genau das, was man vielleicht befürchtet, sogar noch befördert wird: Sie sind so definiert, dass man die gleichen finanziellen Pauschalen bekommt, auch wenn man 20 % weniger Fälle als vorher hat. Ökonomisch gedacht sagt sich doch dann die Geschäftsführung eines Krankenhauses: Setze ich doch zukünftig genau für 81 % Personal und Ressourcen ein und bekomme das Geld für 100 %. Aus ökonomischer Sicht wäre das ideal. Hier werden also finanzielle Anreize gesetzt, die für die Belegschaft nicht sinnvoll sind und für die Gesellschaft sowieso nicht, weil sie 100 % bezahlen, aber nur 81 % bekommen. Und der Anreiz nach oben ist auch nicht da, weil man über 120 % leisten muss, um tatsächlich noch mal mehr in der Vorhaltepauschale vergütet zu bekommen. Diese Anforderung ist so hoch, dass man das Risiko gegebenenfalls scheut und lieber weniger macht für 100 %. Das zeigt, wie fatal auch hier der Anreiz gesetzt wurde in der Regelung der Vorhaltepauschale.

PC Sie meinen also, die fallzahlunabhängigen Vorhaltepauschalen werden dazu führen, dass Behandlungen durchgeführt werden, die wirklich durchgeführt werden müssen und dass dafür dann auch genügend Geld da sein wird.

PB Wir definieren zukünftig, wie auch in NRW bereits geschehen, Krankenhäuser nach Leistungsgruppen. Wenn die Standards für eine Leistungsgruppe erfüllt sind, kann sie angeboten werden. Ein Krankenhaus erhält dadurch ein Portfolio mit bestimmten Leistungsgruppen. Und dann müssen wir eine Regelung finden, mit der bezüglich Leistungsgruppe und Größe des Krankenhauses eine Pauschale definiert wird. Und mit dieser Pauschale kann dann ein Krankenhaus arbeiten und sehen, wie entsprechend Personal eingesetzt werden kann, wie Sachmittel und weiteres gekauft werden können. Was aufhören muss, ist, allein nach der Anzahl der Fälle zu gehen.

PC Wie schätzen Sie die Bemühungen um Abbau von Bürokratie im Rahmen der Reformbestrebungen ein?

PB Entbürokratisierung ist eine Notwendigkeit, gerade in Zeiten des Fachkräftemangels. Wir wissen, dass jede Ärztin, jeder Arzt in einem Krankenhaus in Deutschland mindestens drei Stunden nicht-ärztliche bürokratische Tätigkeit leistet. Wenn wir es schaffen würden, nur eine Stunde davon abzuzweigen für ärztliche Tätigkeiten an den

Patientinnen und Patienten, würden wir sofort ärztliche Arbeitskraft gewinnen, die in Deutschland einer Anzahl von 21.000 Vollzeitkräften entspräche. Was wir damit ganz pointiert sagen wollen: Wer Fachkräfte und Ärztinnen und Ärzte sucht, findet sie in der Entbürokratisierung. Dies wurde uns auch versprochen, gerade auch als im Bundeskabinett jedes Ministerium um Input für ein Entbürokratisierungsgesetz gebeten worden ist. Das einzige Ministerium, das daran nicht teilgenommen hat, war das Bundesgesundheitsministerium, mit der Begründung, es selbst regeln zu wollen. Zum Beispiel im KHVVG. Da werden aber nur zwei, drei kleinere Punkte zur Entbürokratisierung genannt. Aber widmen wir uns dem eigentlichen Problem: Im KHVVG sind auf über 180 Seiten viele Details und Regelungen beschrieben, die nichts anderes sind als weitere bürokratische Arbeit. Ein Beispiel: Wir können davon ausgehen, dass die Bürokratie wächst, wenn zur Deckung der Betriebskosten jetzt nicht nur zu 100 % das DRG System, sondern zu 60 % das System der Vorhaltepauschalen, die ja für jedes Krankenhaus individuell dokumentiert und beantragt werden müssen, eingesetzt wird. Dieses Gesetz ist ganz klar kein Gesetz der Entbürokratisierung, sondern ein Bürokratiemaximierungsgesetz.

PC Haben Sie eine Lösung oder Vorstellung, wie Entbürokratisierung gerade im Rahmen der Reform gelingen kann?

PB Die Rechnung ist einfach: Für jede neue Regelung muss eine alte mit dem gleichen Zeitaufwand fallen. Und dann hören wir nicht auf mit unserer Arbeit, bevor nicht beispielsweise 40 % der Bürokratievorgaben reduziert worden sind. Das Festlegen einer Zahl ist wichtig. Im Übrigen hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft im August dieses Jahres eine sehr gute Stellungnahme abgegeben, in der sie dies fordert. Entbürokratisierung kann etwa bei den Strukturprüfungen des Medizinischen Dienstes konkret stattfinden. Die Doppelabfragen, die dort stattfinden, sind so immens, dass es hier große Einsparpotenziale gibt.

PC Welche Kompensationsmöglichkeiten gibt es für Häuser, die Leistungsgruppen verlieren? Welche Optionen haben sie im Bereich des ambulanten Operierens?

PB Das ist extrem schwer vorherzusagen. Klar ist: Es ist richtig, dass wir gerade in den Flächenländern prüfen und entscheiden, welche Leistungsgruppen vor Ort notwendig sind und welche gegebenenfalls auch in anderen Krankenhäusern konzentriert werden, um in Zeiten des Fachkräftemangels hier die Ressourcen besser einzusetzen. Und ja, es gehört auch zur Wahrheit, dass die Anzahl der Krankenhäuser sich tatsächlich verändern wird. Hier ist es die Aufgabe der Länder, bei ihrer Krankenhausplanung mit offenen Karten zu spielen. Die erste Frage ist also: Welche Leistungsgruppen brauchen wir wo? Auf Basis dessen müssen die Länder prüfen, welche Krankenhäuser sie in welchem Umfang brauchen. Dann kann man die entsprechenden Vorhaltungen planen, damit die Krankenhäuser diese Leistungen auch anbieten. Damit kommen wir wieder zur ersten Frage der Finanzierung. Das müssen dann die Vorhaltepauschalen sein, die unabhängig von den Fällen sind, um die Leistungen in angemessener Qualität anbieten und finanzieren zu können.

Was nicht funktionieren wird, ist, einfach nur zu sagen: „Ambulante Praxen – übernehmt!“ Es muss entsprechend auch dort der monetäre Rahmen gegeben werden. Ich finde, dass man diese Möglichkeiten der Verlagerung in den ambulanten Bereich nicht überschätzen sollte. In der Theorie können Operationen sicherlich ambulant ebenso erfolgreich durchgeführt werden. Wir sollten aber nicht vergessen, dass es hier letztendlich immer noch um den Menschen geht. Es gibt Patientinnen und Patienten, die eine Voraussetzung mitbringen, die nicht für die ambulante Operation geeignet ist, und die sehr wohl auch stationär nachbetreut werden müssen. Dann schließt sich die ambulante Behandlung eigentlich aus.

PC Was sagen Sie zur Qualitätssicherung beziehungsweise Versorgung im ländlichen Raum mit Berücksichtigung der Pläne der Krankenhausreform?

PB Es ist extrem wichtig, dass wir bei der Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft immer darauf achten, dass bestimmte medizinische Leistungen im ländlichen Raum jederzeit angeboten werden. Die Kürze der Wege ist auch

eine medizinische Leistung, die angeboten werden muss. Insbesondere hier müssen also die Krankenhäuser mit gut funktionierenden Vorhaltepauschalen gesichert werden, um Personal zu halten und zu gewinnen und überhaupt finanziell am Leben erhalten zu werden.

PC Wie sehen Sie die Zukunft der Weiterbildung bei zunehmender Zentralisierung und auch Ambulantisierung?

PB Das ist ein weiterer wichtiger Kritikpunkt am jetzigen KHVVG. Die Weiterbildung ist aus meiner Sicht einfach schlicht vergessen worden. Zu Recht wird im KHVVG auf Leistungsgruppen hingewiesen und damit deutlich gemacht, dass zukünftig Krankenhäuser bestimmte Leistungen anbieten können, wenn sie auch die Standards erfüllen, zum Beispiel das Vorhalten entsprechender Fachärztinnen und Fachärzte in einer definierten Anzahl. Wir müssen aber auch sicherstellen, dass wir zukünftig genug Fachärztinnen und Fachärzte haben. Und dafür brauchen wir eine funktionierende Weiterbildung. Dementsprechend müssen wir die Weiterbildung hier im KHVVG so implementieren, dass sie auch gelebt wird. Die Wahrheit ist: Weiterbildung kostet. Weiterbildung bringt kein Geld. Und diese Kosten müssen abgebildet werden. Und das ist eine wesentliche Forderung an eine solche Reform, dass Weiterbildung nicht nur mitgedacht, sondern auch finanziert wird. Hier geht auch der Zeigefinger nicht nur auf andere, sondern auf uns in den Kammern.

Wir müssen in einer sich verändernden Krankenhauslandschaft gewährleisten, dass diese Weiterbildung abgeleistet werden kann. Wir wissen, dass Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung nicht alle sechs oder zwölf Monate ihren Arbeitsplatz wechseln wollen oder auch können. Dann müssen wir schauen, dass wir auch mit der Fokussierung auf Leistungsgruppen die Weiterbildung so organisieren, dass Kolleginnen und Kollegen so effektiv und unkompliziert wie möglich diese Weiterbildung durchlaufen können. Das wird nicht einfach, insbesondere in einer sich zunehmend spezialisierenden medizinischen Welt. Auch in den Krankenhäusern müssen wir schauen, dass wir hier in dem Weiterbildungsgang keine Flaschenhälse produzieren. Junge Kolleginnen und Kollegen eine effiziente Weiterbildung zu bieten, um sie zügig zur Fachärztin und Facharzt zu qualifizieren, muss unser Ziel und Anspruch sein.

PC Wie ist Ihre Meinung zum TransparenzAtlas? Welchen Nutzen hat er?

PB Dieses Transparenzgesetz hat nur eine maximale Erhöhung der Bürokratie zur Folge. Es wurde sehr schnell eingeführt mit den entsprechenden Folgen. Zu Recht wurde es sehr kritisiert. Jetzt wird es überarbeitet. Und Sie stellen zu Recht die Frage: Wer schaut sich das an? Ich gebe mal die steile These: Die meisten eben nicht. Und die, die es sich dann anschauen, werden keinen Zugewinn haben. Es steigert nicht die Transparenz und es steigert nicht die Qualität.

Schauen wir uns die Realität an: Es gibt doch eine Kollegin, einen Kollegen, der die Indikation für eine Operation stellt. Das Arzt-Patienten-Vertrauen führt dann dazu, dass ich als Patient genau diese Kollegin frage, welchen Arzt bzw. Ärztin sie mir empfehlen würde. Die Empfehlung kommt dann von ihr. Diese Empfehlung ist mir und allen Patientinnen und Patienten mehr wert als das, was an nackten Zahlen von Fällen, Schlüsseln zu Fachkräften und so weiter im TransparenzAtlas steht. Für Patientinnen und Patienten haben diese Daten keinen Informationswert, weil sie nicht nachvollziehbar sind. Wenn wir also darüber sprechen, wo Bürokratie abgebaut werden kann, fangen wir doch damit gleich mal an. Der Atlas in dieser Form bringt kein Mehrgegninn und kann damit abgeschafft werden.

PC Ihre Prognose – wie wird der Prozess der Umsetzung des KHVVG weitergehen?

PB Ich habe keine Prognose, nur die große Sorge, dass die Sicherheit für die Krankenhausträger zurzeit nicht gewährleistet wird. Dafür bräuchten wir alle Akteure an einem Tisch, die gemeinsam an einem Strang ziehen, auch Bund und Länder. Vor über einem Jahr gab es ein konsentiertes Eckpunktepapier zwischen Bund und Ländern. Diesen Konsens hätte man nutzen müssen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat diesen Konsens verlassen und dieses Jahr einen Gesetzesentwurf ins Kabinett gebracht, der jetzt im parlamentarischen Prozess ist, der aber keine

Zustimmung bei den Ländern findet. Es gibt ein 16-zu-Null-Papier der Bundesländer, die sich klar gegen diesen aktuellen Gesetzesentwurf mit all den Kritikpunkten, die wir gerade formuliert haben, wenden.

Dennoch – oder gerade wegen der derzeitigen Bedingungen – erlebe ich eine Offenheit für Veränderung in diesem Bereich, die so noch nie existierte. Wir arbeiten ja nicht nur daran, weil es im Gesundheitssystem so nicht weitergeht. Wir arbeiten daran, um die Krankenhauslandschaft nicht nur zu retten, sondern auch zu verbessern. Und diese Möglichkeiten existieren tatsächlich. Wir müssen sie nur nutzen.

PC Herr Dr. Bobbert, ich danke Ihnen für dieses Gespräch.

» Zur Person



PD Dr. med. Peter Bobbert
Präsident der Ärztekammer Berlin
Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie
(Zusatzweiterbildung Notfallmedizin)
www.aekb.de

Das Interview führte Olivia Päßler vom BDC.

Bobbert P, Päßler O: Interview PD Dr. med. Peter Bobbert, Präsident der Ärztekammer Berlin. Passion Chirurgie. 2024 November; 14(11): Artikel 05_01.

Autor des Artikels



Olivia Päßler

Presse- & Öffentlichkeitsarbeit

Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)

Luisenstraße 58/59

10117 Berlin

[> kontaktieren](#)