

AS-Akademie tagte in Kiel

Seit zehn Jahren existiert die AS-Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement inzwischen, rund 150 Absolventen gibt es bereits. Ende Februar 2010 startete der sechste Studienjahrgang; fünf der 20 Teilnehmer stammen aus Schleswig-Holstein.

Gegründet wurde die Akademie von zahnärztlichen Körperschaften unter der Schirmherrschaft von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung mit dem Ziel, interessierte Zahnärztinnen und Zahnärzte für standespolitische Aufgaben zu qualifizieren. Juristische Grundlagen werden in dem zweijährigen Studium ebenso vermittelt wie Volkswirtschaftslehre und Politikwissenschaft. Einen großen Anteil am Curriculum haben natürlich Fragen rund um das Gesundheitswesen. Zum Stundenplan gehören zudem das Vertragszahnrecht und Betriebswirtschaft, aber auch Praxisorganisation, politische Interessenvertretung der Heilberufe, das System der sozialen Sicherung, Entscheidungsverfahren in der Berufspolitik, Verhandlungsstrategien, Qualitätsmanagement, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, die zahnärztliche Selbstverwaltung und, ganz wichtig: Grundlagen und Erscheinungsformen der Freiberuflichkeit.

Das Studium umfasst zehn Präsenzseminare jeweils von Donnerstag bis Samstag, der „Rest“ des umfangrei-

chen Lehrstoffes wird im Selbststudium erarbeitet. Getagt wird abwechselnd an den Standorten der beteiligten Kammern und KZVen sowie in Berlin.

Vom 4. bis 6. November tagte die AS-Akademie wieder einmal in Kiel. Dazu hatte die KZV Schleswig-Holstein zwei interessante Referenten eingeladen: Dr.

Dr. Thomas Drabinski:

„Das Gesundheitssystem als volkswirtschaftlicher Faktor“

Der Gesundheitsmarkt in Deutschland ist volkswirtschaftlich von großer Bedeutung, erläuterte Dr. Thomas Drabinski vom Institut für Mikrodatenanalyse (IfMDA) in Kiel den Teilnehmern der AS-Akademie. Dazu wartete er mit eindrucksvollen Zahlen auf: Ein Volumen von 348 Milliarden Euro pro Jahr umfasst dieser Markt (Zahlen aus 2008), knapp 14 Prozent des Bruttoinlandsproduktes werden über ihn verteilt. Damit sei, so Drabinski, die Gesundheitswirtschaft der größte Markt Deutschlands.

233,5 Milliarden Euro werden allein dafür benötigt, die laufenden Versicherungsleistungen in der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung, der Gesetzlichen Renten- und der Gesetzlichen Unfallversicherung zu finanzieren. Hinzu kommen laufende Gesundheitsausgaben für Prävention/Gesundheitsschutz, ärztliche, pflegerische und therapeutische Leistungen sowie Verwaltungsleistungen, außerdem Ausgaben

Thomas Drabinski vom Institut für Mikrodatenanalyse in Kiel beleuchtete das „Gesundheitswesen als volkswirtschaftlichen Faktor“; Dr. Ralph Ennenbach, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, sprach zum Thema „Selektivverträge – Fluch oder Segen?“.

etwa für Ausbildung, Forschung, den Ausgleich krankheitsbedingter Folgen und Investitionen.

Allein die GKV, rechnete Drabinski vor, sei ein volkswirtschaftlicher Faktor mit 181,3 Milliarden Euro Umsatz pro Jahr. Die PKV kommt immerhin auf einen Umsatz von 31,5 Milliarden Euro.

Immer wieder diskutiert wird im Zusammenhang mit den sozialen Sicherungssystemen der Demografiefaktor. Auch dieses Thema konnte Drabinski mit Statistiken untermauern. Nach einer Prognose des Statistischen Bundesamtes wird sich die Zahl der Erwerbstätigen bis zum Jahr 2050 stetig reduzieren, der Anteil der Rentner zwischen 65 und 85 Jahren ebenso wie der Hochbetagten an der Gesamtbevölkerung dagegen wachsen. Die Bevölkerungszahl insgesamt werde abnehmen, allerdings sei mit großen regionalen Unterschieden zu rechnen: So sagt eine Prognose des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumfor-

AS-Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement

Die AS-Akademie wird zur Zeit getragen von der Ärztekammer Saarland (Abteilung Zahnärzte), den Zahnärztekammern Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe, den KZVen Bremen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein sowie dem Zahnärztlichen Bezirksverband Schwaben.

schung bis 2025 beispielsweise für Kiel und den Hamburger Raum sogar eine Zunahme der Bevölkerung voraus.

Das Gesundheitssystem, schloss Drabinski, müsse „als Ganzes“ betrachtet werden. Vor allem sei es notwendig, 15 bis 20 Jahre in die Zukunft zu blicken. Aber: „So lange voraus plant kein Politiker.“

Zusatzbeitrag – oder doch „Gesundheitsprämie“?

Dass Drabinski das derzeitige GKV-Finanzierungssystem für wenig zukunftsträchtig hält, ist bekannt. Daran ändert für ihn auch das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) nichts, denn das alte System werde zunächst einmal fortgeschrieben, wobei eine Beitragserhöhung und ein Steuerzuschuss der Defizitdeckung dienen: Im Hinblick auf die „konventionelle Finanzierung“ steige der Beitragssatz um 0,6 Prozentpunkte; das System werde 2011 durch Steuern in Höhe von 15,3 Milliarden Euro subventioniert; der Gesundheitsfonds, der das System fundamental verändert habe, werde ausgebaut; der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich bleibe unverändert. Mit Hilfe des Morbidity-RSA erfolge eine zentrale Verteilung der Mittel über Zuweisungen. Dieses Verfahren sei, kritisierte Drabinski, „extrem komplex, kompliziert und völlig intransparent.“ Es erschwere die Kalkulation für die Krankenkassen; zudem produziere ein zentraler Verteilungsschlüssel Fehlallokationen.

Einzigste Neuerung im GKV-FinG: Zur Finanzierung künftiger Ausgabensteigerungen wird ein nach oben nicht begrenzter Zusatzbeitrag in die GKV eingeführt, der, so Drabinski, durchaus den Charakter einer Gesundheitsprämie besitze (das Wort „Gesundheitsprämie“ ist zur Zeit ja politisch wenig opportun). Die Belastungsgrenze liegt bei zwei Prozent des Einkommens.

Für **problematisch** hält es Drabinski dabei, dass zwar ein Zusatzbeitrag eingeführt, jedoch keine „Zielgröße“ definiert wird: Der Gesetzgeber will über den Zusatzbeitrag „zukünftige Ausgabensteigerungen“ auffangen, ein Euro-Betrag, der in „Prämie“ umgewandelt werden soll oder eine Vorgabe wie etwa „bis zum Jahr 2013 sollen 30 Prozent der Ausgaben in eine Gesundheitsprämie umgewandelt und der Gesundheitsfonds entsprechend zurückgebaut werden“, fehlen.

Für kaum praktikabel hält Drabinski auch die Administration des sozialen Ausgleichs durch Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger, wie sie im GKV-FinG vorgesehen ist. Das, so meinte er, sei eine „originäre Aufgabe der Krankenkassen“, zumal auch der Verwaltungsaufwand nicht so groß sei, wie die Krankenkassen das darstellen.

Eine „Gesundheitsprämie“, fasste Drabinski zusammen, sei eher vereinbar mit dem Gedanken der Sozialversicherung als das herkömmliche System. Nur

bei der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung gelte das Prinzip des „gleichen Leistungsversprechens für alle“; in der Arbeitslosen- oder Rentenversicherung dagegen richtet sich die Leistung nach dem, was eingezahlt wurde. Wenn jedoch auf der Ausgabenseite „alle gleich“ seien, folgerte Drabinski, müssten doch auf der Finanzierungsseite ebenfalls alle gleich sein – eine gesellschaftliche Diskussion, bei der Berechnungen, Analysen und Statistiken nur begrenzt helfen.

Wie es mit der gesetzlichen Krankenversicherung weitergeht, wird die Zukunft zeigen. Die SPD jedenfalls hat bereits angekündigt, die schwarz-gelben Reformen im Falle eines Regierungswechsels wieder rückgängig zu machen. Dabei plant sie offensichtlich, die PKV in die GKV zu überführen und beide Systeme zu einer Bürgerversicherung zu verschmelzen. So gesehen bleibt doch alles beim Alten, denn was gut für uns ist, bestimmen die politischen Mehrheiten.

Be

WHO:

Ohne Krankenversicherung droht Armut

Rund 100 Millionen Menschen rutschen nach dem Jahresbericht 2010 der Weltgesundheitsorganisation WHO weltweit unter die Armutsgrenze, weil sie viel Geld für die Behandlung von Krankheiten ausgeben müssen. Mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung ist dem Bericht zufolge nicht krankenversichert, nur jeder Fünfte besitze eine gute Absicherung im Krankheitsfall.

Die unzureichende Finanzierung der Gesundheitsversorgung sei zwar vor allem ein Problem von Entwicklungsländern. Die WHO beklagt aber, dass auch in Industriestaaten viele Menschen mit den Behandlungskosten überfordert seien. So seien Privatleute in den USA meistens deshalb überschuldet, weil sie Behandlungskosten nicht zahlen konnten. Etwa 63 Prozent der

Privatinsolvenzen in den USA seien im Jahr 2007 auf nicht verkräftete Ausgaben für die Gesundheitsversorgung zurückzuführen gewesen. Auch in Griechenland, Portugal, Polen, Ungarn, Mexiko und Südkorea hätten insgesamt rund vier Millionen Menschen finanzielle Schwierigkeiten wegen ihrer Ausgaben für medizinische Leistungen.

Die WHO ruft in ihrem Bericht ärmere Länder dazu auf, die staatlichen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung zu erhöhen, etwa durch Steuern auf Alkohol und Tabak oder die Erhöhung der Mehrwertsteuer. Reichere Länder sollten dagegen für mehr Effizienz in ihren Gesundheitssystemen sorgen.

dpa/Handelsblatt/Red.

Dr. Ralph Ennenbach:

„Selektivverträge – Fluch oder Segen?“

Selektivverträge spielen in der Ärzteschaft eine größere Rolle als in der Zahnärzteschaft, konstatierte Dr. Ralph Ennenbach, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, vor den Teilnehmern der AS-Akademie in Kiel.

Das ist, vor allem im Hinblick auf die sogenannte „hausarztzentrierte Versorgung“ nach § 73 b SGB V, sicherlich richtig. Dennoch können sich die Zahnärzte keineswegs beruhigt zurücklegen. Denn auch im zahnärztlichen Bereich hat sich im Sommer 2009 mit dem umstrittenen DAK-Indento-Vertrag immerhin eine der größten, bundesweit agierenden Krankenkassen in den Vertragswettbewerb eingeschaltet.

Was nun eigentlich macht den Kollektivvertrag so „einzigartig“?, fragte Ennenbach eingangs. – Er garantiere die freie Arztwahl, und zwar sowohl für den haus- als auch für den fachärztlichen Bereich; er ermögliche freien Zugang zur ambulanten medizinischen Versorgung „an jedem Ort zu jeder Zeit“; und das ärztliche Leistungsangebot erfolge unter „objektiven Qualitätskriterien“. Auf der anderen Seite sei der Kollektivvertrag aber auch untrennbar verbunden mit „suboptimalen, technokratielastigen“ Vergütungsformen.

Im derzeitigen System, stellte Ennenbach salopp fest, „fliegt die Leistungsmenge aus der Kurve“: Der Patient erwarte (nahezu) unbegrenzte Leistungen und werde in dieser Erwartungshaltung durch „Politik und Umfeld“ bestärkt. Hinzu komme, dass er auch bei häufiger Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen keine Kostennachteile zu erwarten hat. Und selbst für den Arzt habe eine Ausweitung seiner Leistungen letztendlich

mehr Vor- als Nachteile. Er könne evtl. mit Mehrhonorar rechnen, positioniere sich im Wettbewerb und habe Sicherheit bei Vergütungsreformen: „Groß bleibt groß.“

„Ohne direkte Kostenbeteiligung der Versicherten“, folgerte Ennenbach, sind Vergütungssysteme im Kollektivvertrag „instabil, ungerecht und technokratisch“. Unter einem Budget sei ein fester Preis pro Leistung „unmöglich“.

Auch eine Vielzahl von Honorarverteilungsreformen im ärztlichen Bereich seit 1996 hat die Situation für die Ärzte keineswegs verbessert. Den Ist-Zustand im KV-Bereich – nach der „großen Honorarreform“ 2009 und einer ersten „Korrektur“ Mitte 2010 – beschreibt Ennenbach „objektiv“ als „Rückschritt für die Planbarkeit der Honorarsituation“. Die Honorarreform habe die Preise für ärztliche Leistungen nivelliert und die Mengen auf altem Niveau belassen. Regionale Punktwertunterschiede wurden ersetzt durch regionale Mengendisparitäten. Bei 90 Prozent der Praxen erfolge eine (partielle) Quotierung der Preise. Die Regelleistungsvolumina seien „volatil und konstrukt schwankender politischer Kompromisse auf Bundesebene“. Da die Honorarreform zentralistisch geprägt sei, sei das Verwaltungshandeln der KV stets nur vorläufig. Das wiederum bedeute für den einzelnen Arzt, dass er in Bezug auf sein Honorar keine Planungssicherheit habe.

Unter diesen Umständen hatte Ennenbach für den Impuls vieler Ärz-

te, der KV den Rücken zu kehren, schon fast Verständnis. „Planwirtschaft“, so meinte er, werde auch dann nicht gerecht, wenn man sie noch „besser“ macht, sie funktioniere eben einfach nicht.

Dennoch: Die „Flucht“ in die – „unbudgetierte“ – hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V hält Ennenbach für eine „Pseudolösung“. Schließlich handele es sich hier um ein „Einschreibemodell“, das die freie Arztwahl für den Patienten einschränkt. Durch die Hintertür erfolge sogar ein „Leistungsabbau“. Und das Versprechen einer unbürokratischen Pauschalvergütung ohne Grenzen im Hausarztvertrag sei bei näherer Betrachtung zumindest zu hinterfragen. Zudem werde eine bessere Versorgung der Patienten im Hausarztvertrag zwar behauptet, sei bisher jedoch nicht bewiesen. Dadurch, dass das SGB V die KVen, d. h. die Anbieter des Kollektivvertrages, de facto von der hausarztzentrierten Versorgung ausschließt – abschlussberechtigt sind „Leistungserbringer“, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen oder Gemeinschaften dieser „Leistungserbringer“, die ihrerseits wiederum die KVen beauftragen könnten, Hausarztverträge abzuschließen – entstehe ein neues Monopol (der Hausärzterverband).

Der Kollektivvertrag werde durch die hausarztzentrierte Versorgung unterhöhlt. Wenn Wettbewerb unter verschiedenen „Anbietern“ der ambulanten ärztlichen Versorgung gewünscht sei, müsse der Anbieter des Kollektivvertrages sich daran beteiligen können, forderte Ennenbach. Zudem müssten im Wettbewerb für alle Beteiligten die gleichen Bedingungen gelten, d. h. gleiche Preise, gleiche Kalkulierbarkeit, gleiche Qualitätsvorgaben, gleiche Mengenrestriktionen, gleiche Prü-

AS-Akademie tagte in Kiel

fungen, gleiche Regeln und Normen für den Datenschutz.

Die durch einen Selektivvertrag aufgeworfenen Fragen sind äußerst vielschichtig: Werden, so stellte Ennenbach in den Raum, mit Selektivverträgen der „gläserne Arzt“ und der „gläserne Patient“ Realität? Macht sich der Arzt im Selektivvertrag zum „Verkaufsgesundheitsleistungenspezialisten“ kassenspezifischer Gesundheitsleistungen? Außerdem, gab er zu bedenken, gehe mit dem Selektivvertrag ein zumindest partieller Verlust von Therapie- und Verordnungsfreiheit einher. Die Kassen als Anbieter des Vertrages könnten darüber hinaus Einfluss auf den Praxisablauf nehmen, indem sie beispielsweise eine Abendsprechstunde vorschreiben, die für den Arzt Mehrarbeit und Mehrkosten bedeute. Zwar, das gestand Ennenbach durchaus zu, werde das Honorar tatsächlich planbarer und transparenter als im Kollektivvertrag – kurzfristig. Denn die Morbidität werde für die Dauer des Vertrages festgeschrieben, Zusatzvergütungen gebe es nur bei nachgewiesenem Sparverhalten. Der Arzt mache sich durch den Abschluss eines Selektivvertrages also „prinzipiell abhängig und erpressbar.“ Erste Erfahrungen mit dem Bayerischen Hausärztervertrag hätten beispielsweise gezeigt, dass die Pauschalen für Chroniker quotiert werden müssen.

Hinzu komme, dass der Patient, der sich in einen Hausarztvertrag einschreibt, seinen direkten Zugang zur fachärztlichen Versorgung verliere. Die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung würde irgendwann durch einen „Flickenteppich aus Selektivverträgen“ erfolgen und wäre damit nicht mehr planbar.

Dabei bedeuten kassenspezifische Verträge auch mehr Bürokratie für den ein-

zelnen Arzt, warnte Ennenbach. Die Verwaltungskosten für Hausarztverträge (sie betragen drei Prozent) könnten im Übrigen nicht mit den Leistungen der KV konkurrieren, da hier neben der Abrechnung auch andere Dienstleistungen erbracht würden, z. B. das Zulassungsverfahren, Prüfverfahren, individuelle Härtefallbearbeitung, Sicherstellungswahrnehmung. In den Raum stellte Ennenbach dabei zugleich, dass das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein den im Hausärzterverband Schleswig-Holstein zusammengeschlossenen Ärzten unter sagt hat, Abrechnungsdaten ihrer Patienten an externe Dienstleister weiterzugeben – wie es der zwischen der AOK Schleswig-Holstein und dem Hausärzterverband abgeschlossene Vertrag vorsah.

Da zu erwarten steht, dass die Novellierung der GOZ eine Blaupause für die ebenfalls bereits angekündigte Novellierung der GOÄ sein wird, ließ Ennenbach es sich nicht nehmen, mit der Öffnungsklausel eine besondere Komponente von Selektivverträgen anzusprechen und gute Gründe „dagegen“ an-

zuführen: eine Öffnungsklausel bedeute weniger Patientenrechte, dafür aber mehr Abhängigkeit, mehr „ruinösen Wettbewerb“, aber weniger Behandlungsqualität; weniger (zahn)ärztliche Selbstverwaltung und mehr Preiskartelle; mehr Konzentration und damit weniger (zahn)ärztliche Versorgung in der Fläche. Er forderte eine „Novellierung der GOZ statt blindem Aktionismus“ und sprach den anwesenden Zahnärzten damit sicherlich aus der Seele.

Die AS-Akademie steht unter anderem auch dafür, über den eigenen Teller rand zu schauen. Die Argumente der Ärzteschaft gegen Selektivverträge sind den Zahnärzten dabei ja durchaus nicht unbekannt und werden zum Teil auch gegen Indento und Co. ins Feld geführt. Hier spricht jedoch eine Gruppe von Heilberuflern, die bereits über umfangreiche Erfahrungen mit Selektivverträgen verfügt. Die Zahnärzteschaft ist sicherlich gut beraten, aus diesen Erfahrungen – und nicht erst aus eigenen Fehlern – zu lernen.

Be

Finanzpolster der Pflegeversicherung reicht bis zum Frühjahr 2014

Durch den aktuellen Wirtschaftsboom sind die Zukunftsprognosen für die Pflegeversicherung etwas günstiger als noch im Sommer angenommen. Nach neuesten Berechnungen des Bundesgesundheitsministeriums wird das Finanzpolster nun bis zum Frühjahr 2014 reichen. Dann aber erwartet das BMG nach einem Bericht der *Frankfurter Rundschau*, dass der Beitragssatz für die Pflegeversicherung von 1,95 auf 2,1 Prozent des Einkommens steigen muss.

Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler hat angekündigt, die Pflegereform im Jahr 2011 zu seinem Schwerpunkt zu ma-

chen. Dabei will die schwarz-gelbe Regierung die Leistungen der Pflegeversicherung ausweiten, um unter anderem die Betreuung von Demenzkranken zu verbessern. Wie aus dem Pflegereport 2010 der Barmer GEK hervorgeht, wird derzeit mehr als jeder dritte Bundesbürger im Laufe seines Lebens altersverwirrt. Die Zahl von 1,2 Millionen Demenzkranken wird sich laut Report bis 2060 mehr als verdoppeln – auf die Sozialkassen in Deutschland rolle deshalb in den kommenden Jahren eine Kostenlawine in womöglich zweistelliger Milliardenhöhe zu.

dpa/Süddeutsche Zeitung/Red.