

HINTERGRUND

3

„Das Gesundheitssystem kann auf keinen Fall so bleiben, wie es ist“

Gesundheitsökonom Thomas Kolb erklärt, wie die medizinische Versorgung sicherer werden könnte und warum dafür mehr Transparenz, aber auch Selbstbeteiligung der Patienten notwendig sind

SO VIEL VERDIENEN ÄRZTE

► Laut dem Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung (Zi) blieben niedergelassenen Ärzten im Jahr 2021 nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben im Durchschnitt 93.414 Euro als verfügbares Nettoeinkommen übrig: Das sind pro Monat 7.785 Euro und entspricht einem Nettoverdienst von 45 Euro – bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 45 Stunden. Ärztliche Praxisinhaber arbeiten mit im Schnitt rund 49 Wochenstunden allerdings immer noch deutlich länger als Angestellte.

► Beim Vergleich der selbständigen Tätigkeit in der Praxis mit dem Tariflohn eines Oberarztes mit mindestens dreijähriger Tätigkeit, bleiben laut Zi im Tariflohn zehn Prozent mehr Nettogehalt übrig – ohne, dass für den Oberarzt damit unternehmerische Risiken verbunden sind.

“

Welcher Patient weiß denn, dass eine Hüft-OP 12.000 Euro kostet oder dass seine Behandlung dem Hausarzt im Quartal noch nicht einmal 20 Euro einbringt?

Prof. Dr. Thomas Kolb, Gesundheitsökonom, Hochschule Rhein-Main

SCHLECHTE STIMMUNG BEI DEN APOTHEKERN

► Die Stimmung unter den deutschen Apothekern hat sich einer repräsentativen Umfrage zufolge weiter verschlechtert. „Die Apotheken müssen sich ab, haben dabei aber den Eindruck, dass ihr Einsatz in der Gesundheitspolitik weder ausreichend wahrgenommen, noch sonderlich gewürdig oder gar angemessen honoriert wird“, sagte die Präsidentin der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), Gabriele Overwiening, am Dienstag in Düsseldorf anlässlich des Deutschen Apothekertages.

► Der Pessimismus habe zuletzt noch einmal deutlich zugenommen, sagte Overwiening gestützt auf eine Umfrage unter 500 Apothekeninhabern. Rund zwei Drittel (63,6 Prozent) aller Befragten befürchten demnach, dass sich die wirtschaftliche Lage ihrer eigenen Apotheke in den nächsten zwei bis drei Jahren verschlechtert. Für die Branche seien sogar über 80 Prozent der Befragten düsteren Zukunftsperspektiven.

► Die Apothekerverbände fordern deshalb eine rasche Erhöhung der Apothekenvergütung um 2,7 Milliarden Euro pro Jahr sowie für die Zukunft eine automatisierte Kopplung des Honorars an die Kostenentwicklung.

► Viele Apotheken würden am Mittwoch von 13 bis 16 Uhr geschlossen sein, kündigte die ABDA an. Die Apothekenteams sollten damit die Möglichkeit erhalten, das Grußwort von Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) anlässlich des Apothekertages und seine Reaktion auf die Branchenforderungen im Internet live zu verfolgen.



Wer privat versichert ist, hat schneller einen Termin beim Facharzt.
Foto: Gina Sanders – stock.adobe

WIESBADEN. Zu wenig Geld, zu wenig Personal: Ärzte, Apotheker und Krankenhäuser protestieren gegen die Gesundheitspolitik des Bundes. Und sie warnen davor, dass die Gesundheitsversorgung der Bürger gefährdet ist. Thomas Kolb, der an der Hochschule Rhein-Main Gesundheitsökonomie lehrt, sagt: „Das Gesundheitssystem kann auf keinen Fall so bleiben, wie es ist.“

INTERVIEW

Herr Professor Kolb, steht das Gesundheitssystem aus Ihrer Sicht tatsächlich vor dem Kollaps?

Man muss das harte Ringen der Vertragsärzte als eine Tarifverhandlung verstehen und dabei ist es üblich, dass Maximalforderungen aufgestellt werden. Immerhin geben wir in Deutschland pro Tag circa 1,1 Milliarden für das Gesundheitswesen aus. Aber wir schaffen es trotzdem nicht, dass Patienten zeitnah Termine bekommen. Und das hat mehrere Gründe.

Die Ärzte fordern nicht nur ein höheres Honorar, sondern auch, dass die Budgetierung aufgehoben wird. Ist das berechtigt?

Nein, auf keinen Fall. Momentan wird durch die Budgetierung begrenzt, wie viele Untersuchungen ein Arzt pro Quartal abrechnen darf. Sobald er zum Beispiel die 50. Untersuchung gemacht hat, beginnt eine Abwertung der einzelnen Leistung. Wenn der 51. Patient kommt, müsste er eigentlich sagen, dass er ihn nicht behandelt – was der Arzt aber nicht macht. Dann zahlt er die Behandlung quasi aus eigener Tasche. Und wo soll das Geld herkommen, wenn man die Budgetierung aufhebt? Dann müsste entweder mehr Geld ins System kommen oder die Ärzte müssen pro Behandlung weniger bekommen. Diese Entscheidung müssen wir aber auch auf das gesamte Gesundheits-

wesen ausweiten, denn es gilt zum Beispiel auch für die Krankenhäuser.

Müsste sich unser Gesundheitssystem ändern?

Das Gesundheitssystem kann auf keinen Fall so bleiben, wie es ist. Wir müssen akzeptieren, dass Veränderungen anstehen. Der vorsichtige erste Schritt wäre, die Patienten besser zu informieren. Der richtige Schritt wäre, Patienten finanziell auch zu belasten. Das Sozialgesetzbuch (SGB) V nennt nämlich Solidarität und Eigenverantwortung.

Also zurück zu einer Praxisgebühr?

Zum Beispiel. Ich will aber noch weiter gehen. Wir müssen darüber diskutieren, ob wir eine risikoadjustierte Versicherungsgestaltung haben wollen, ob also patientenbezogene Risiken wie zum Beispiel Rauchen oder gefährliche Sportarten berücksichtigt werden. Momentan zahlen wir alle den gleichen Beitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung und wir leisten uns in Deutschland ja sogar eine beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Partnern. Ich will das nicht abschaffen. Aber wir diskutieren es einfach nicht. Eigentlich wäre das ein Thema für eine Volksabstimmung: Wie viel Gesundheit willst du dir leisten, lieber Bundesbürger? Mehr Gesundheit bedeutet ja unter anderem auch kürzere Wege – beispielsweise zum Krankenhaus. Wenn ich das auf-

THOMAS KOLB

► Professor Dr. Thomas Kolb hat an der Hochschule Rhein-Main eine Professur für Gesundheitsmanagement und Rechnungswesen. Der studierte Wirtschaftswissenschaftler war zuvor in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens tätig und lehrte auch schon an der Hochschule Fresenius.

rechterhalten will, dann muss ich damit rechnen, dass meine Beiträge ansteigen.

Oder es bräuchte mehr Steuer-gelder?

Ja, aber das ist momentan indiskutabel. Also bräuchte es mehr Versichertengelder im System oder die Leistung

müsste eingeschränkt werden. Bei der Brillenversorgung hat das schon jeder akzeptiert. Jetzt könnten wir überlegen, ob Familienangehörige noch mitversichert werden sollen. Ich fände es schade, wenn wir das nicht mehr machen würden, denn die Familienorientierung stellt ein Grundprinzip unseres Sozialstaates dar und steht im Grundgesetz.

Sie fordern also mehr Transparenz und höhere Selbstbeteili-gung der Patienten?

Der Patient bekommt eine hervorragende Versorgung in Deutschland. Er muss lange warten, aber er bekommt alles ohne Bedingung und muss nahezu nichts dazu zahlen. Wir müssen den Bürger stärker einbinden. Welcher Patient weiß denn, dass eine Hüft-OP 12.000 Euro kostet oder dass seine Behandlung dem Hausarzt im Quartal noch nicht einmal 20 Euro einbringt?

Die Praxisgebühr hatten wir ja schon einmal. Sind die Leute da tatsächlich weniger zum Arzt ge-gangen?

Nein, grundsätzlich nicht, aber sicher bewusster.

Gehen die Menschen denn zu viel zum Arzt?

Ja, ich unterstelle, dass die Menschen zu oft und zu schnell zum Arzt gehen. In Deutschland haben wir 560 Millionen ambulante Arzt-Patienten-Kontakte im Jahr. Je-

Professor Thomas Kolb ist Gesundheitsökonom und lehrt an der Hochschule Rhein-Main.
Foto: Kolb

de/r von uns geht also im Schnitt siebenmal im Jahr zum Arzt.

Wie bewerten Sie dann die freie Arzt- und Krankenhauswahl?

Dieses Privileg, was wir in anderen Ländern übrigens nicht überall haben, kostet natürlich Geld und bildet Doppelstrukturen. Da gibt es den Krankenhausbereich, den ambulanten Bereich, den Rehab-Bereich. Wir brauchen endlich eine konzertierte Aktion, bei der alle an einem Tisch sitzen und beraten, wie doppelte Strukturen miteinander harmonisiert und abgebaut werden können. Wenn wir die Strukturen sachgerecht ordnen, hätten wir auch wieder mehr Geld, um das dann vorhandene Personal vernünftig zu bezahlen. Für die Krankenhäuser bedeutet das: Spezialisierte Krankenhäuser der Maximalversorgung in den Zentren wie zum Beispiel Mainz und eine solide, aber niederschwellige stationäre Versorgung verzahnt mit ambulanten Angeboten an den Rändern der Versorgung. Allerdings müssen wir auch überlegen, ob die Gliederung der Versorgung nach Bundesländern noch sachgerecht ist oder ob wir davon losgelöste Versorgungsregionen brauchen. Im ersten Fall ist zum Beispiel die Eifel am Rand, im zweiten Fall unter Umständen in der Mitte einer Region.

Das ist mit der Krankenhausre-form ja geplant.

Genau, aber noch gegliedert nach Bundesländern. Der Ansatz von Bundesgesundheitsminister Lauterbach ist daher nicht grundsätzlich zu verwerfen.

Ist die Sorge, dass kranke Menschen künftig schlechter ver-sorgt werden, weil es dann weniger Krankenhäuser geben wird, also unbegründet?

Natürlich. Die Patienten werden noch immer versorgt, aber eben nicht mehr so schnell und ortsnah wie bisher. Wir brauchen Spezialisierung, die dazu führt, dass unter Umständen sogar weniger Patientenschädigungen vorkommen. In einem kleinen Krankenhaus werden zum Beispiel nur 50 Hüft-OPs im Jahr gemacht, in einem spezialisierten aber unter Umständen 500. Es liegt auf der Hand, dass sich der Operateur viel besser auskennt. Gerade einige Krankenhausverbände und Träger beschreiben derzeit Szenarien, nach denen Spezialisierung für die Ränder der Versorgung mit Nicht-Versorgung gleichzusetzen ist.

Das ist falsch und das will Gesundheitsminister Lauterbach auch nicht. Er will am Rande der Versorgung eine solide Grundversorgung, bei der Krankenhäuser, Vertragsärzte und Rettungsdienste wie bisher zusammenwirken, aber hin zu den Versorgungszentren die Patientenversorgung spezialisierter wird.

Das Interview führte Ute Strunk.

