

# **TRANSPARENZ** **SCHAFFT DAS GEFÜHL**

**GEMEINSAMEN LEIDS, ABER AUCH**  
**GEMEINSAMER VERBUNDENHEIT**

Ein Interview mit Dr. Ralph Ennenbach



*Die Frage, wie in einem unterfinanzierten und budgetierten System die zur Verfügung stehenden Mittel zu verteilen sind, nimmt in der zahnärztlich-berufspolitischen Diskussion seit dem Inkrafttreten des GKV-FinstG einen großen Raum ein. In der vertragsärztlichen Versorgung ist mitunter heftige Budgetierung seit vielen Jahren an der Tagesordnung. Auch dort schlagen die aktuellen Einsparversuche hohe Wellen. Fehlender Inflationsausgleich, steigende Kosten und gesteigerte Erwartungen von Kassen und Politik heizen die Diskussion um die Reaktionen an. Eine der ersten KVen, die mit einem neuen HVM offen einen Ausgleich zwischen budgetiertem Honorar und Umfang der Versorgung adressierte, war die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein.*



*Ein Blick über den Tellerrand schadet auch der Diskussion unter den Vertragszahnärzten nicht. Wir haben hierüber mit dem stellvertretenden Vorsitzenden Dr. Ralph Ennenbach gesprochen.*

**H**err Dr. Ennenbach, als Physiker mit einem eher mathematischen Promotionsthema und ehemaliger Dezernent für Gebührenordnung und Vergütung der KBV kennen Sie die rechnerischen Möglichkeiten, eine budgetierte Gesamtvergütung zu verteilen, von Grund auf. Als stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVSH kennen Sie die Zwänge des deutschen Gesundheitswesens und die Erwartungen der Leistungserbringerseite ebenso gut. Was ist aus Ihrer Sicht die größte Herausforderung einer gerechten Honorarverteilung?

Der Teufel der Honorarverteilung steckt darin, dass eine mehrschichtige und komplexe Materie auf eine sensible Psychologie trifft. Das Gefühl, „gerecht an einem zu kleinen Kuchen beteiligt zu werden“, setzt entweder die persönliche analytische Auseinandersetzung mit der Materie oder aber „Vertrauen“ in die handelnden Personen voraus. Als KV muss man daher beides tun: So transparent wie möglich erklären und dokumentieren. Mit Einführung des Honorarberichts vor über zehn Jahren hat die gruppenbezogene Kritik am HVM praktisch aufgehört, was man wohl als Teilerfolg in der Frage von Vertrauen ansehen kann. In der Sache wird es leichter, wenn man sich im HVM die Bildung allzu vieler Töpfe erspart. Diese altern nach wenigen Jahren aus und erzeugen Kritik aus den jeweils im Topf gebundenen – oder besser gefangenen – Interessen. Ein dagegen „atmender“ HVM gibt das kollektive Problem des Budgets eher gruppenübergreifend an die Mitglieder weiter. Das stärkt das Gefühl gemeinsamen Leids, aber auch gemeinsamer Verbundenheit.

**Die KVSH hat einen HVM eingeführt, der, so wurden Sie im Nordlicht, dem Magazin der KVSH, zitiert, dazu führen könne, „dass viele Praxen die Viertagewoche einführen und nur noch die Mindestsprechstundenzeit einhalten“. Welche Überlegungen haben dazu geführt, eine solche Diskussion in Schleswig-Holstein anzuregen?**

Die Berichterstattung hat die „Viertagewoche“ und diesen HVM stärker verknüpft, als es in der Sitzung wirklich war. Wir wissen um Schwierigkeiten, allein schon aufgrund des Personalmangels eine Kontinuität des Praxisbetriebs in der gesamten Woche vorzuhalten. Ein solcher HVM unterlegt solche Überlegungen infolge der wirtschaftlichen Planbarkeit, er stellt aber keine explizite Aufforderung dazu dar.

**Die Krankenkassen waren „not amused“ von diesen Plänen. Was halten Sie dem Argument, die Versorgung der Versicherten dürfe durch die Forderungen nach einem höheren Honorar nicht berührt werden, entgegen?**

Die Vorstellung, ein Budget ändere nichts an der Versorgungsrealität, ist allein schon schwer greifbar und keinesfalls nachvollziehbar. Der Gesetzgeber begründet die Notwendigkeit eines HVM im Übrigen damit, dass darüber unwirtschaftlichen Leistungsausprägungen entgegenzuwirken sind. Wenn die Kassen nun öffentlich meinen, unser HVM sei nicht statthaft, weil er potenziell die Versorgung gefährde, dann gilt dies auch für die Budgetierung an sich. Wenn der Gesetzgeber voraussetzt, es gäbe unnötige Leistungen, die Kassen aber ein zu wenig der Leistungen reklamieren, möchte ich den HVM kennenlernen, der beides einlösbar macht.



**„Eine unbegrenzte Nachfrage zersetzt jedes Haushaltlimit, ergo muss man der Patientensteuerung und ggf. einer verträglichen Kostenbeteiligung das Wort reden. Wenn Sie mich fragen, ob ich dies auf absehbare Zeit für durchsetzbar halten würde: Nein!“**

© illartsy/lunplash.com

**Die KV Berlin hat nun ebenfalls einen HVM verabschiedet, der eine honorarneutrale Leistungsverringerung erlaubt. Ihre Vorstandskollegin Frau Dr. Schliffke hatte sich bereits gegen eine „All-inclusive-Forderung“ vonseiten der Politik und der Kassen verwahrt. Sollte die ärztliche Selbstverwaltung das Mittel der Honorarverteilung mehr nutzen, um deutlich zu machen, welche Folgen aktuelle gesundheitspolitische Entscheidungen haben, wenn sie konsequent umgesetzt werden?**

Ich denke, dass es in Zeiten knapper Ressourcen und immer stärkeren Erwartungen seitens der Patienten und der politischen Vertreter stark darauf ankommt, der medizinischen Kompetenz mehr Raum zu verschaffen. Dringendes muss und kann schnell behandelt werden, manches andere muss warten können. Der HVM kann dafür das Rückgrat stärken, und das dürfte allen KVen außen- wie innenpolitisch entgegenkommen.

**Anders als in der vertragszahnärztlichen Versorgung der vergangenen Jahre gibt es bei den Ärzten seit Jahrzehnten keine Möglichkeit mehr, alle erbrachten Leistungen zu 100 Prozent zu vergüten. Seit fast 30 Jahren arbeiten Sie daran, diesen Mangel möglichst gerecht zu verwalten. Kann es überhaupt gelingen, sowohl eine hervorragende medizinische Versorgung als auch Beitragssatzstabilität zu erhalten?**

Ja, aber nur wenn dem Wettbewerb zugunsten der faktischen bedingungslosen Patientenherrschaft im System ein Ende bereitet wird. Es ist allein in unserer KV so, dass sieben

bis acht Prozent der Versicherten zwei Hausärzte haben. Berichte über unsinnige Leistungserwartungen im Bereitschaftsdienst sind bei uns tägliches Brot, ohne dass es hierfür Steuerungsanreize gäbe, sich anders zu verhalten. Eine unbegrenzte Nachfrage zersetzt jedes Haushaltlimit, ergo muss man der Patientensteuerung und ggf. einer verträglichen Kostenbeteiligung das Wort reden. Wenn Sie mich fragen, ob ich dies auf absehbare Zeit für durchsetzbar halten würde: Nein!

**Herr Dr. Ennenbach, vielen Dank für das Gespräch. ■**

■ Dr. Ralph Ennenbach wurde 1962 in Leverkusen geboren. Nach dem Abitur 1982 studierte er Physik und promovierte am Lehrstuhl für Mathematik der RWTH Aachen. Von 1994 bis 1998 war er zunächst als Referent, später als Fachbereichsleiter im Dezernat 3 – Gebührenordnung und Vergütung – der Kassenärztlichen Bundesvereinigung tätig. Nach einer Tätigkeit als Leiter des Stabsbereichs Unternehmensentwicklung der Techniker Krankenkasse wechselte er als Geschäftsführer zum Dialyse-Kuratorium Hamburg. Seit 2001 ist er bei der KVSH tätig und war dort zunächst stellvertretender Geschäftsführer und Geschäftsführer, bevor er im Jahr 2006 in den Vorstand gewählt wurde. Seit dem Jahr 2010 ist er stellvertretender Vorsitzender der KVSH.

# ivoris<sup>®</sup> ortho

die führende KFO-Software  
kraftvoll und zuverlässig

## ivoris<sup>®</sup> workflow

frei konfigurierbare Textbausteine  
für schnellere Dokumentation und  
Abrechnung

## ivoris<sup>®</sup> hybridbrief

digitaler Rechnungsversand  
Auslieferung per Post

## ivoris<sup>®</sup> analyze connect

Schnittstelle zu OnyxCeph<sup>3™</sup>



Das  
**ivoris<sup>®</sup>**-Einsteigerpaket  
mit 20%  
Preisvorteil!

# DentalSoftwarePower