

INTERVIEW MIT DEM GESUNDHEITSÖKONOMEN JÜRGEN WASEM

## „Viele ärztliche Behandlungsmethoden sind zweifelhafter Natur“

Für Ausdünnung des Leistungskatalogs – Plädoyer für mehr Freiheiten für die Krankenkassen – Kassenärztliche Vereinigungen abschaffen

Börsen-Zeitung, 3.8.2010

- Herr Wasem, die Bundesregierung hat mit ihrer Gesundheitsreform im Wesentlichen nur die Beiträge heraufgesetzt. Die Leistungserbringer wurden geschont. Ist das nicht zu kurz gesprungen?

In der Tat hat die Bundesregierung keinen richtiggehenden Systemwechsel vollzogen, und selbst innerhalb des bestehenden Systems ist ihr keine grundlegende Reform gelungen. Man hat nur auf die absehbaren Defizite von 10 bis 11 Mrd. Euro reagiert, die 2011 drohen. Gleichwohl hat das jetzt zugrunde gelegte Finanzierungskonzept durchaus Zukunftspotenzial. Es würde sich automatisch zu einem „Prämienmodell light“ entwickeln, sofern die Kassenbeiträge gleichbleiben und alle künftigen Kostensteigerungen auf den Zusatzbeitrag abgewälzt würden. Allerdings habe ich kein Vertrauen in die Politik, dass sie das geschehen lässt.

- Warum auch, in der Bevölkerung ist das Prämienmodell nicht besonders hoch angesehen. Es gilt als „unsozial“, weil die Arbeitgeber nicht mehr hälftig mitzahlen. Halten Sie den Weg gleichwohl für richtig?

Ökonomisch gesehen geht die Forderung nach Mitfinanzierung der Arbeitgeber ohnehin ins Leere. Denn der Arbeitgeberbeitrag ist nun mal ein Lohnbestandteil – und so sehen es auch die Arbeitgeber. Die Arbeitnehmer müssen den vollen Beitrag erwirtschaften. Die Vorstellung einer paritätischen Mitfinanzierung ist von daher schon immer eine Illusion gewesen. Wenn man Mitfinanziers sucht, sollte man stattdessen auf das Steuersystem setzen, das alle gesellschaftlichen Gruppen – und damit auch die Wirtschaft – erfasst.

- Warum besteht dann in der Öffentlichkeit die Mär, die Arbeitgeber würden sich an der Gesund-

heitsfinanzierung beteiligen?

Das hat historische Gründe, weil die Krankenversicherung einmal eine Zusatzleistung des Arbeitgebers war. Studien aus den USA zeigen ganz klar, dass Unternehmen, die eine Krankenversicherung anbieten, auch einen um diese Kosten verringerten Lohn ausbezahlen – der Arbeitnehmer also letztlich seine Absicherung selbst finanziert.

- Das Prämienmodell scheint auch schon deshalb weniger gerecht zu sein, weil Geringverdiener stärker belastet werden als Besserverdiener.

Das ist richtig – und deshalb muss man dies ja auch sozialpolitisch flankieren.

- Aber glauben Sie denn, dass der Staat in seinen derzeitigen Finanzierungsnoten überhaupt das notwendige Geld langfristig aufbringt, um bei wachsenden Krankenkosten die Geringverdiener weiterhin zu bezuschussen?

An der Verlässlichkeit des Staates kann man in der Tat Zweifel hegen. Der Gesetzgeber hatte 2003 beschlossen, dass die Gesetzliche Krankenversicherung einen Bundeszuschuss erhält – seither wurde die Grundlage für diesen Zuschuss jedes Jahr verändert. Und derzeit ist der Gesetzgeber daran, einen Teil des Bundeszuschusses für den sozialen Ausgleich umzuwidmen. Dabei sollte den Krankenkassen das Geld eigentlich zur Leistungsfinanzierung zufließen.

- Wie viel wird der Sozialausgleich nachzeitigem Stand kosten?

Es dürfte knapp unter einer Milliarde Euro sein. Wenn man die Einkommensgrenze von 2 %, ab der ein Sozialausgleich gezahlt wird, weiter gelten lässt, kann das in den kommenden Jahren aber schnell auf mehrere Milliarden Euro hochschnellen. Dann werden wir eine Diskussion bekommen, ob man die Zwei-Prozent-Grenze aufrechterhal-

ten kann. Hält man daran fest, müssen die wegen der Demografie und des technischen Fortschritts steigenden höheren Gesundheitskosten zunehmend über das Steuersystem finanziert werden, was eine neue Grundsatzdebatte anstoßen wird über die Architektur unseres Gesundheitssystems.

- Ist es überhaupt gerecht, dass man ein Zwei-Prozent-Kriterium aufstellt, das Geringverdiener, die einen größeren Anteil ihres Einkommens zur Existenzsicherung ausgeben, stärker trifft als Besserverdienende?

Man könnte sich natürlich vorstellen, dass man die Zumutungen prozentual staffelt – was aber den Sozialausgleich noch bürokratischer machen würde. Hinzu kommt, dass das gegenwärtige System unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten ohnehin eine Unwucht hat. Denn man macht die Kassenbeiträge und die Zusatzbeiträge ja allein am Arbeitseinkommen fest – und nicht am Gesamteinkommen. Insofern könnte ein Geringverdiener einen Sozialzuschuss erhalten, obwohl er zusätzlich hohe Kapitaleinkommen etwa aus einer Erbschaft hat.

- Warum überlässt man die Abwicklung des Zusatzbeitrags dann nicht gleich den Finanzämtern? Denn sie haben den Überblick über die Leistungsfähigkeit jedes einzelnen Steuerzahlers.

Ein guter Vorschlag. Das würde sich schon deshalb anbieten, weil man dann keine Parallel-Bürokratie aufbauen müsste. Den Zusatzbeitrag könnte man zudem in den Hartz-IV-Betrag integrieren und in die Grundversicherung für die Rente. Letztlich wäre das Finanzamt auch für den normalen Beitragssatz der richtige Ort, um für eine faire Verteilung der Gesundheitslasten zu sorgen.

- Warum macht man das nicht?

Wir wissen alle, dass wir eine breitere Finanzbasis brauchen. Denn die

gegenwärtige Finanzierungsstruktur schwächelt, weil die Lohneinkommen zurückgehen, während die Einkommen aus selbständiger Tätigkeit und aus Kapitaleinkommen steigen. Deshalb hatte man sowohl bei dem Vorschlag einer Bürgerversicherung als auch beim Prämienmodell das Ziel, bei der Berechnung des Beitragssatzes auch andere Einkunftsarten einzubeziehen. Der Bundeszuschuss geht ja im Kern in diese Richtung . . .

■ . . . weil das Steueraufkommen von allen Gesellschaftsgruppen eingesammelt und auch alle Einkunftsarten berücksichtigt werden.

Richtig.

■ Worauf führen Sie es dann zurück, dass man diese Form des Solidargedankens nicht umsetzt?

Viele Kritiker warnen, dass man dann das Gesundheitssystem quasi verstaatlicht. Das halte ich aber für falsch. Denn um die Wettbewerbskräfte nicht zu ersticken, würde es ja genügen, wenn ein Teil der Finanzierung nach wie vor direkt über Beiträge erfolgt. Der Charakter des Systems würde durch einen höheren Steueranteil oder eine Einbeziehung anderer Einkunftsarten via Finanzamt ja nicht verändert. Die Krankenkassen erhalten Mittel aus dem Gesundheitsfonds, mit denen sie im Wettbewerb die Gesundheitsversorgung einkaufen.

■ Gibt es denn Gesundheitssysteme, die hier als Beispiel dienen können?

Das System in Holland ist nachahmenswert. Dort wird rund die Hälfte der Gesundheitskosten über einkommensbasierte Beiträge bestritten, in denen alle Einkunftsarten berücksichtigt werden, die andere Hälfte über ein Prämienmodell mit einem Sozialausgleich. Das funktioniert – und ist gerechter und fairer als unser Finanzierungssystem.

■ Das wäre dann die Synthese aus Prämienmodell und Bürgerversicherung.

Wenn man dann noch den nächsten Schritt geht und die Private Krankenversicherung intelligent in das System integriert, wäre das so.

■ Aber sorgt die Existenz der PKV nicht für den nötigen Konkurrenzdruck, dass die GKV sich stärker um ihre Versicherten bemüht?

Das ist richtig, zudem hat die Existenz der PKV auch dafür gesorgt, dass bei Kostendämpfungsmaßnahmen das Leistungsspektrum der GKV nicht komplett ausgedünnt worden ist, wovon die Patienten profitieren. Andererseits aber ist es nun mal eine Tatsache, dass der Gesunde mit wenigen Kindern in die PKV geht, dagegen der Kranke mit vielen Kindern in der GKV bleibt. Das kann

man auch an den Zahlen ablesen: Auf 100 freiwillig gesetzlich Versicherte kommen über 100 mitversicherte Familienangehörige, während 100 Pflichtversicherte nur 40 Familienangehörige zusätzlich versichern müssen. Das liegt nicht daran, dass die freiwillig gesetzlich Versicherten besonders fruchtbar sind, sondern ist eine hochrationale individuelle Wahlentscheidung, die allerdings zu Lasten der Solidargemeinschaft geht. Das sollte man in einem einheitlichen Versicherungssystem nicht länger dulden.

■ Warum sind gesetzliche Versicherungen überhaupt öffentliche Versicherer?

Viele Staaten haben auf die „soziale Frage“ eben dahingehend reagiert, dass sie ein staatliches Sozialversicherungssystem begründet haben. Ökonomisch gesehen kann man sich auch ein System vorstellen, das aus Privatversicherungen besteht, die miteinander im Wettbewerb stehen, aber vom Gesetzgeber streng regulativ gezähmt werden, so dass sie Arme, Kranke, Schwache nicht ausgrenzen. Bei der privaten Pflegepflichtversicherung klappt das ja.

■ Privatversicherungen haben sich in der Vergangenheit ja nicht gerade wettbewerbsorientiert gezeigt, weil sie sich gegen die Mitnahme der Altersrückstellungen gestellt haben. Ist die gegenwärtige Regelung diesbezüglich zufriedenstellend?

Die aktuelle Lösung, die die letzte Gesundheitsreform für Vertragsabschlüsse ab 2009 eingeführt hat, ist halbherzig. Was der wechselwillige Privatversicherte mitbekommt, sind lediglich die Alterungsrückstellungen, die auf der Grundlage des Basisstarifs errechnet wurden. Das ist eindeutig zu wenig. Versicherte in so genannten Hochleistungsstarifen – und das ist die Mehrheit – können damit praktisch nicht ohne finanzielle Verluste wechseln.

■ Liegt das vielleicht daran, dass man diese Alterungsrückstellungen einfach nicht individuell zuordnen kann?

Es liegen durchaus Modelle vor, die das leisten. Sie sind nicht einfach, würden den Wettbewerb aber anstacheln. Erst wenn man diesen Schritt geht, kann man den Privatversicherern auch bessere Steuerungsmöglichkeiten bei Verhandlungen mit Ärzten, Krankenhäusern usw. in die Hand geben, die man ihnen bisher noch vorenthält.

■ Bei der GKV ist der Wettbewerb dagegen bereits voll ausgebrochen.

In der Tat haben wir bei der GKV einen brutalen Preiswettbewerb. Versicherte sind schon bereit zu wechseln, wenn sie im Monat nur 8

Euro mehr bezahlen müssen als bei der Konkurrenz. Die Mercklichkeit ist extrem hoch, insbesondere wenn einzelne Kassen einen Zusatzbeitrag erheben, andere nicht.

■ Und wie reagieren die Kassen darauf?

Sie versuchen kurzfristig Kosten zu sparen. Sie finden kaum mehr eine Kasse, die bereit ist, sich auf mittelfristige Investitionen einzulassen etwa durch Verträge mit Leistungserbringern, die künftig die Kosten dämpfen. Das ist eine fatale Entwicklung – mit der Folge, dass sich die Kassen in der Leistung kaum mehr voneinander unterscheiden.

■ Brutaler Preiswettbewerb – aber er führt auch zum Kassensterben. Ein Oligopol droht – mithin eine Gefahr für den Wettbewerb?

Ein weites Oligopol aus ein paar Dutzend Kassen statt der bisher rund 160 stellt kein Problem dar. Eine gewisse Vielfalt brauchen wir, damit die Kassen über den Wettbewerb ein vernünftiges Kostenmanagement machen und den Leistungserbringern auf die Finger sehen. Hier muss die Politik den Kassen mehr Spielräume geben.

■ Aber wenn der Wettbewerb über den Preis erfolgt, gleichen sich die Kassen ja immer mehr an.

Nicht unbedingt. Das wird zunächst eine höhere Effizienz zur Folge haben, später erfolgt eine stärkere Differenzierung der Kassen. Nicht unbedingt, was das Leistungsspektrum selbst angeht – das ist gesetzlich mehr oder weniger vorgeschrieben. Sondern wie die Leistung erbracht wird: Kostenerstattung oder Sachleistung, direkter Facharztzugang oder Hausarztprinzip, und wie wird die Schnittstelle ambulant/stationär gestaltet, wie werden Pharmaunternehmen in das Versorgungsmanagement eingebunden, wie der Pharmavertrieb für chronisch Kranke organisiert. Hier kann ich mir viele Baustellen vorstellen, wo die Leistung zwar fix ist, aber die Modalitäten der Leistungserbringung variieren können. Allerdings hat die Politik nicht genug Mut, um den Kassen hier mehr Freiräume zu ermöglichen.

■ Geben Sie uns da ein paar Beispiele.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, mit allen Krankenhäusern, die in den Krankenhausplänen der Bundesländer aufgelistet sind, zu kontrahieren. Es besteht gar nicht die Möglichkeit, dass man über die Wahl der Vertragspartner das Leistungserbringungssystem steuert. Und bei den niedergelassenen Ärzten müssen alle jene akzeptiert werden, die sich in der Kassenärztlichen Vereinigung oder dem Hausärzterverband organisiert haben – und das sind fast alle.

■ **Wozu brauchen wir die kassenärztlichen Vereinigungen überhaupt noch oder die Spitalisten?**

Früher dachte man, dass man nur damit die Versorgung sicherstellen kann. Doch das geht auch anders. So könnte man die Kassen verpflichten, eine bestimmte Versorgungsquote in der Stadt und auf dem Land zu gewährleisten. Die kassenärztlichen Vereinigungen jedenfalls halte ich für mittelfristig entbehrlich, wenn man andere Formen der Sicherstellung in einem wettbewerblichen Kontext findet. Im Übrigen: Die KVs schaffen es derzeit ja auch nicht, irgendwo in der Uckermark die Hausarzt- und Facharztquote nach oben zu bringen und die punktuelle Unterversorgung zu vermeiden.

■ **Bei der aktuellen Reform wurden vor allem die Beitragszahler gemolken. Warum ist das immer so?**

Leider reagiert die Politik immer erst dann, wenn ein Finanzierungsloch aufklafft. Das kann man kurzfristig nur über Beitragserhöhungen, Nullrunden – dem klassischen Repertoire der Kostendämpfung also – stopfen, weil die Wirkzeiten für strukturelle Reformen viel zu lange dauern. Und weil die Politik immer so handelt, geschieht viel zu wenig, um die Effizienzreserven auf der Leistungsseite zu heben. Beim Pharmasektor indes hat man jetzt mit Strukturereformen begonnen; bei Ärzten und Krankenhäusern fehlt dieser Schritt aber nach wie vor.

■ **Wo sehen Sie Effizienzreserven?**

Wir geben im europäischen Vergleich überdurchschnittlich viel für Gesundheit aus, erhalten aber nur durchschnittliche Leistungen. Das sollte zu denken geben.

■ **Einerseits gilt die Gesundheitswirtschaft als Multi-Milliarden-Zukunftsmarkt und es werden für die darin agierenden Unternehmen steigende Börsenwerte vorhergesagt, andererseits versucht die Politik die Kostensteigerungen zu dämpfen. Eine klassische Dilemmasituation?**

Das ist die Projektion unterschiedlicher Interessengruppen: Die Lei-

stungserbringer sehen hier einen aus demografischen und wissenschaftlich-technischen Gründen wachsenden Markt, die Krankenkassen wollen die Ausgaben dagegen dämpfen, und die Politik ist hin- und hergerissen, je nachdem wie wirkmächtig Ärztegruppen sind und inwieweit sich Arbeitsplätze der Gesundheitswirtschaft in ihrem Wahlkreis befinden. Nehmen Sie als Beispiel den starken Einfluss des bayerischen Hausarztverbands auf die CSU. Letztlich werden die Gesundheitsausgaben aus demografischen Gründen weiter steigen, deshalb ist es wichtig, die Finanzierung auf eine breitere und gerechtere Basis zu stellen und die Effizienzreserven zu heben.

■ **Was halten Sie von einer Ausdünnung der Pflichtleistungen der Kassen? Das würde doch den Kostendruck mindern.**

Ich plädiere durchaus für eine kritische Überprüfung der heutigen Pflichtleistungen. Allerdings wird es natürlich ein Hauen und Stechen geben, was dann noch in den Leistungskatalog fällt oder nicht. Die Grenze zwischen einem Schnupfen und einer Lungenentzündung ist nicht immer leicht zu ziehen. Deshalb bin ich skeptisch, dass es hier viel Spielraum gibt. Stattdessen sollte man all jene Leistungen aus dem Leistungskatalog zu streichen, von denen bisher wissenschaftlich nicht nachgewiesen werden konnte, dass sie auch nützlich und wirksam sind. Davon gibt es eine ganze Menge. Bei neuen Arzneimitteln und neuen Behandlungsmethoden wird das gemacht, doch traut man sich nicht an den Bestand heran. Dabei fehlt von schätzungsweise 80 % der bestehenden Leistungen nach wie vor der Nachweis, dass sie auch tatsächlich wirken.

■ **Betrifft das etwa die Homöopathie?**

Das ist so ein Bereich – vom Volumen her ist er jedoch sehr gering. Die GKV gibt nach meinen Informationen nur 10 Mill. Euro dafür aus. Dagegen gibt es mannigfache ärztliche Behandlungsmethoden, die zweifelhafter Natur sind – und der

Verdacht besteht, dass sie nur viel kosten, aber nichts bringen.

■ **Die Deutschen gehen zu häufig zum Arzt – ein Einsparpotenzial?**

Das ist eine lange Entwicklung, an der Ärzte und Patienten gemeinsam mitgewirkt haben. Wenn Sie den Arztbesuch kostenlos machen, und beim Arzt einen vergütungsrechtlichen Anreiz setzen, dass er auch jeden möglichst oft sieht – und so war das lange Zeit –, kommt es zu so einer Entwicklung. Von daher bin ich klar für ein Ausdünnen diesbezüglicher Anreize bei den Ärzten und für einen Ausbau der Praxisgebühr – also nicht mehr nur im Quartal, sondern häufiger. Allerdings werden wir an einer Härtefallregelung dann nicht vorbeikommen.

■ **Kostendämpfung durch Eintrittsgelder?**

Man sollte sich da keinen Illusionen hingeben. 70 % der Kosten werden von 5 % der Patienten verursacht – in allen Altersgruppen wohl-gemerkt. Bei den Jüngeren sind es die Unfälle, bei den Älteren Alterskrankheiten. Die dadurch verursachten Kosten kriegt man nicht mit Eintrittsgebühren in den Griff. Deshalb muss das Behandlungssystem effizienter werden und – wie schon gefordert – nur die nachgewiesenermaßen nutzbringenden Behandlungsmethoden angewandt und das Behandlungsmanagement an den Schnittstellen der Leistungserbringer verbessert werden.

■ **Wenn Sie drei Wünsche frei hätten, um unser Gesundheitssystem zu verbessern, was würden Sie kurzfristig umsetzen wollen?**

Zunächst würde ich die Finanzierung der GKV auf eine breitere Basis stellen, dann den Leistungskatalog systematisch über alle Bereiche hinweg auf nachgewiesene Evidenz und Wirksamkeit ausdünnen und drittens würde ich den Krankenkassen mehr Gestaltungsspielraum beim Einkauf von Gesundheitsleistungen geben.

.....  
Das Interview führte Stephan Lorz.