

„Die Zahnmedizin ist Vorreiter bei der Prävention“

Prof. Dr. Andreas Beivers über die Zukunft des GKV-Systems

Darüber, dass der Reformbedarf im deutschen Gesundheitssystem gewaltig ist, besteht Konsens zwischen Politik und Wissenschaft. Darüber, wie man das System zukunftssicher machen kann, wird allerdings heftig diskutiert. Wir sprachen mit dem Gesundheitsökonomen Prof. Dr. Andreas Beivers über mögliche Lösungsansätze.

BZB: Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht finanziell mit dem Rücken zur Wand. Was würden Sie der neuen Bundesgesundheitsministerin Nina Warken raten, um die Liquidität der Krankenkassen zumindest kurzfristig zu sichern?

Beivers: Dass es um die Finanzlage der Kassen schlecht bestellt ist, kommt für alle Protagonisten nicht überraschend. Daher sieht auch der Koalitionsvertrag – sozusagen die Arbeitsagenda der neuen Ministerin – vor, die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung langfristig zu stabilisieren. Jedoch haben sich die Koalitionäre scheinbar nicht auf eine grundlegende Reform der Finanzierung einigen können. Zu groß waren die Gräben zwischen Bürgerversicherung auf der einen und Bewahrung des Status quo auf der anderen Seite. Dies ist traurig, verpasst man damit erneut die Chance, das System zukunftsfest aufzustellen. Eine Kommission unter Beteiligung von Experten und Sozialpartnern soll es nun richten. Aber ohne eine mutige, fundamentale Neujustierung, die sicherlich auch gesellschaftspolitischen Sprengstoff bereithält, kann dies nur schwer funktionieren. Aber zurück zur Frage: Was kann getan werden, um kurzfristig eine Lösung zu finden? Ad hoc können wohl bloß steuerfinanzierte Liquiditätsspritzen des Bundes in den Gesundheitsfonds helfen, um Defizite zu überbrücken – wie es ja auch schon in Teilen geschehen ist. Auch wird immer wieder von den Krankenkassen gefordert, die sogenannten „Versicherungsfremden Leistungen“ mit mehr Steuermitteln zu finanzieren. Ein wichtiger Punkt ist hierbei die Finanzierung der GKV-Beiträge für Bezieher von Bürgergeld (früher Arbeitslosengeld II), die auch als versicherungsfremde Leistung gelten. Das Sondervermögen gibt hier ein wenig Spielraum, denn insbesondere steigende Beitragssätze – und somit steigende Lohnnebenkosten – wird man sich in der derzeitigen konjunkturellen Lage kaum leisten können. Aber: Es steht nun auch die Befürchtung im Raum, dass vor allem über eine Art „Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik“ versucht wird, steigende Ausgaben und somit steigende Beitragssätze und Lohnnebenkosten in den Griff zu bekommen. Dies kann zwar kurzfristig wirken, hat aber mit einer strukturellen Reform wenig zu tun. Vielmehr erhöht es den Druck im „Kessel des Systems“, vergleichbar mit einem Schnellkochtopf: Um energieintensives Verdampfen zu verhindern und eine Erhöhung des Siedepunktes zu ermöglichen, wird hier ein druckfester Deckel verwendet. Im Ge-

sundheitswesen wäre dieser Deckel dann, um in der Bildsprache zu bleiben, die Budgetierung. Ziel ist, im Topf – und somit im System – einen erhöhten Druck aufzubauen, der alles schneller mürbe macht. Bleibt also zu hoffen, dass auch strukturelle Reformen angegangen werden.

BZB: Und welche Reformen würden das Problem langfristig lösen?
Beivers: Hier ist eine ganze Reihe unterschiedlicher Maßnahmen zu nennen. Ein erster richtiger Ansatz ist dabei schon im Koalitionsvertrag zu finden – und wird bereits heftig diskutiert: Die Einführung eines Primärarztsystems. Es ist aus gesundheitsökonomischer Sicht richtig, die Nachfrage im System neu zu koordinieren und das so wichtige Thema der Patientensteuerung in den Mittelpunkt zu stellen. Gerade vor dem Hintergrund knapper werdender personeller Ressourcen in allen Bereichen des Versorgungssystems – in Kombination mit einer zu erwartenden, steigenden Nachfrage aufgrund des demografischen Wandels – muss alles unternommen werden, dass all diejenigen, die einen (schnellen) Zugang in die Versorgung benötigen, diesen auch erhalten und unnötiges Nachfrageverhalten verhindert wird. Hier auf Primärarztsysteme zurückzugreifen ist – betrachtet man unsere europäischen Nachbarn – sinnvoll und elaboriert. So zeigen sich positive Effekte wie eine bessere Koordination, die Vermeidung von Doppeluntersuchungen, klare Behandlungswege, mehr Kosteneffizienz, längerfristige Arzt-Patienten-Beziehungen, mehr Fokus auf Prävention und Früherkennung sowie eine Entlastung des Facharztsystems. Jedoch ist allen bekannt, dass eines der größten Nadelöhre unserer Versorgungslandschaft die hausärztliche Versorgung darstellt. So braucht es ein ganzes Bündel an Maßnahmen, damit Patientensteuerung funktioniert. So wäre auch denkbar, die neuen sektorenübergreifenden Versorger gemäß KHVVG (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz) hier mit einzubinden, ebenso wie telefonische und digitale Unterstützungsangebote, am besten KI-unterstützt. Anknüpfend an die zuvor erwähnte Finanzierungsfrage: Es wäre durchaus sinnvoll, den durch das Primärarztsystem anvisierten Steuerungsgedanken so zu implementieren, dass er nicht nur Ressourcen lenkt, sondern auch die (Eigen-)Verantwortung der Versicherten stärkt und sogar in die Versicherungsverträge integriert werden kann. Patienten, die sich steuern lassen, erhalten dann andere (günstigere) Tarife als diejenigen, die nach wie vor den freien Direktzugang wünschen. Jedoch ist hier bei der Ausgestaltung Vorsicht geboten, da in der GKV die Beitragssätze prozentual erhoben werden und es für all diejenigen, die mehr in das System einzahlen (… und das System letztlich maßgeblich finanzieren) ein Direktzugang besonders teuer werden würde, wohingegen für all diejenigen, die wenig bis nichts in das System einzahlen, die Möglichkeiten einer gänzlich freien Wahl quasi umsonst wären. Dies hätte verteilungspolitische wie auch gerechtigkeitsspezifische Probleme und kann den Solidargedanken gefährden. Daher könnte man hier auch über einen absoluten Euro-Betrag nachdenken. Und man kann dies sogar noch weiterdenken: Wie beispielsweise auch bei der Kfz-Versicherung könnten sich Versicherte für Verträge „mit und ohne Werkstattbindung" entscheiden – natürlich zu jeweils unterschiedlichen Preisen. Im Optimalfall haben sie sogar eine Wahlfreiheit, ob sie sich diesen (Basis-)Versicherungsschutz bei einem gesetzlichen oder privaten Anbieter einkaufen, ähnlich wie in der Schweiz. Allerdings müssten hier weitreichende Änderungen erfolgen, um eine Risikoselektion sowie soziale Verwerfungen zu vermeiden.

BZB: Wie steht es um die Regulierung von investorenfinanzierten Medizinischen Versorgungszentren? Gibt es gutes und böses Kapital?
Beivers: Nicht erst seit der Krankenhausprivatisierung in den 1990er-Jahren gibt es die Debatte, ob und wie viel privates Kapital von welcher Art von Investoren im Gesundheitswesen investiert werden soll und darf – und welche Renditen aus Gesundheit gesellschaftlich akzeptiert sind. Diese Diskussion ist nun wieder ganz oben auf der gesundheitspolitischen Agenda. Hier fallen die Einschätzungen sehr unterschiedlich aus, überwiegend bestehen jedoch eher Vorbehalte. Wieso ist dem so? Im Mittelpunkt steht die Angst, dass „marktfremde" Investoren auf der Suche nach schneller Rendite in den Markt dringen, Rosinenpicken betreiben und durch eine Art „ruinösen Wettbewerb" oligopolistische Marktkonstellationen etablieren, die dann ex post für alle negativ sind. Dergleichen Sorgen und Befürchtungen sollten ernst genommen werden. Sicherlich will niemand ein Heuschrecken-Investment in einem so sensiblen und solidarisch finanzierten Bereich wie dem Gesundheitswesen. Deswegen greift der Staat auch regulierend in den Markt ein. Es ist an uns, Spielregeln aufzustellen, die



„Andere Medizinbereiche können von der Zahnmedizin lernen", meint der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Andreas Beivers.

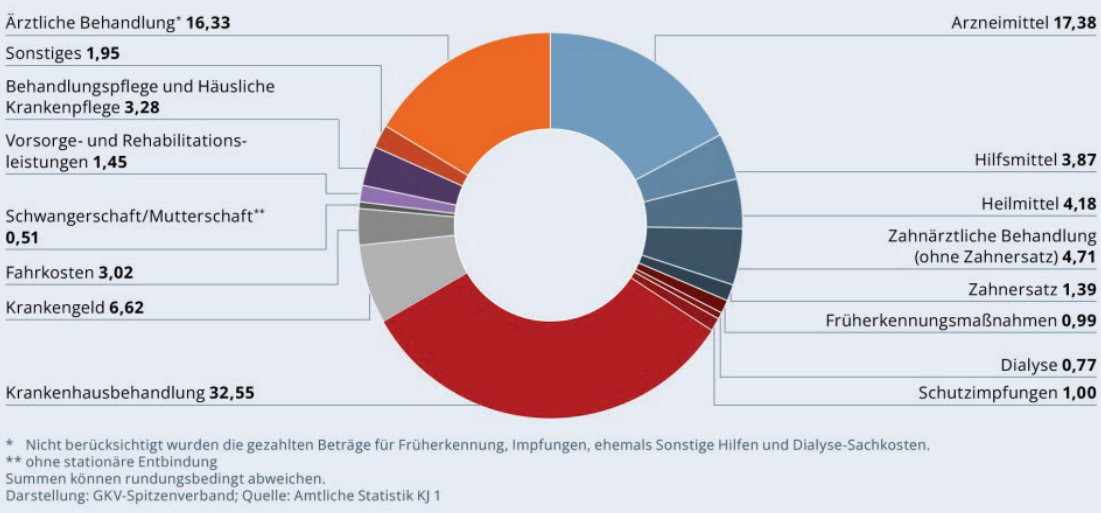
wir uns für privates Kapital im Gesundheitswesen wünschen. Diese müssen so ausgestaltet sein, dass sie gesellschaftlich akzeptiert und pragmatisch umzusetzen sind, die Versorgung verbessern – aber dennoch für Investoren einen Anreiz bieten, mitzumachen. Sicherlich spielt hier auch der Zeithorizont eine bedeutende Rolle. Nachhaltiges Investment, welches nicht auf schnelle Renditen, sondern auf langfristige Gewinne setzt, hat a priori einen Anreiz, beispielsweise im Kontext von regionalen Gesundheitsbudgets in Prävention zu investieren. Hier ergeben sich Effekte oftmals erst mit einer längeren Laufzeit. Schon in der „Lauterbach-Ära" wurde dies kontrovers diskutiert, und nun sieht der Koalitionsvertrag vor, ein „Gesetz zur Regulierung investorenbetriebener Medizinischer Versorgungszentren" zu erlassen. Dies ist dem Grunde nach sinnvoll, jedoch darf dies nicht populistisch, sondern ordnungs- und versorgungspolitisch neutral diskutiert werden, denn ganz ohne privates Kapital wird es auch in der ambulanten Versorgung nicht gehen, zumal auch immer weniger junge (Zahn-)Ärzte sich für die Niederlassung entscheiden. Umso wichtiger ist es, sinnvolle Regulierungen zu erarbeiten, in denen die Spielregeln für privates Kapital festgelegt werden. Denkbar ist auch die Etablierung genossenschaftlicher MVZs, an denen sich Investoren wie Ärzte beteiligen können.

BZB: Die Mundgesundheit der Deutschen hat sich durch gute Mundhygiene und regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen erheblich verbessert. Brauchen wir auch in anderen Medizinbereichen eine stärkere Präventionsorientierung?

Beivers: Die Zahnmedizin ist in Deutschland unumstritten Vorreiter im Bereich der Prävention. Hier können buchstäblich nahezu alle Bereiche des deutschen Gesundheitswesens lernen. Dabei ist die Stärkung der Gesundheitskompetenzen der Bürger – bereits im Schulunterricht – ein ganz zentrales Thema. Dies ist vor allem auch eine bildungspolitische Aufgabe. Gesundheits- und versorgungspolitisch gilt es hingegen, das Augenmerk auf die Vermeidung von Chronizität durch Präventionsmaßnahmen ebenso wie auf eine effiziente Ressourcenverwendung zu lenken, basierend auf Patientensteuerung und neuen Anreizsystemen – auch im Versicherungsbereich. Aber auch adaptierte Kosten-Nutzen-Bewertungen von Innovationen (Stichwort: QUALY-Bewertungsverfahren) sind wichtige Elemente einer neu ausgerichteten Gesundheitspolitik. Gerade neue, patentgeschützte Arzneimittel sind einer der großen Kostentreiber im System. Auch muss durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) nicht nur geprüft werden, welche neuen Arzneimittel und Verfahren zugelassen werden, sondern auch welche nicht mehr notwendigen Arzneimittel und Therapien, die überholt oder von zu geringer Wirksamkeit sind, nicht mehr erstattungsfähig sind. Eine Verbesserung der (digitalen) Gesundheitskompetenz – auch als Teil einer nachhaltigen Präventionsstrategie – komplettiert dies.

BZB: Einige Parteien fordern weiterhin eine Bürgerversicherung und die Abschaffung der PKV. Was halten Sie davon?

Beivers: Dass wir eine grundlegende Reform der sozialen Sicherungssysteme benötigen, ist glaube ich jedem klar. Das vom deutschen Kaiser via Otto von Bismarck eingeführte GKV-System im Jahre 1883 war zu seiner Zeit hoch innovativ und eine perfekte Lösung für die sozialen Probleme in Zeiten der industriellen Revolution 2.0. Doch das trägt nicht mehr in Zeiten der industriellen Revolution 4.0, in der industrielle Wertschöpfung zunehmend von künstlicher Intelligenz und Robotik – und nicht mehr primär von Menschen erbracht wird. Hinzu kommt der demografische Wandel, der das in dem deutschem Sozialstaatssystem verankerte Umlagever-



Die Zahnärzte sind nicht die Kostentreiber im deutschen Gesundheitssystem.

© GKV-Spitzenverband

fahren aushöhlt. Ob es aber eine Bürgerversicherung sein muss, wage ich zu bezweifeln. Sicherlich ist die heutige Logik, wer sich privat oder gesetzlich versichern darf bzw. muss via einer politisch festgelegten Versicherungspflichtgrenze zu regeln, überholt. Sinnvoller wäre hier, allen Bürgern Wahlfreiheit zu geben. Dabei bräuchte man zwei Komponenten: eine Pflichtversicherung für eine zu definierende Basisversorgung, die man sich zu ähnlichen Konditionen entweder bei der GKV oder der PKV einkaufen kann, und dann einen zweiten Markt für Zusatzversicherungen. Das folgt dem Schweizer Modell. Sicherlich werden auch Themen wie die beitragsfreie Familienversicherung oder die Verwaltungskosten des Systems (Stichwort: Konzentration der Kostenträger) wichtige zu diskutierende Themen sein. Solidarität ist wichtig, darf aber in keinem Trittbrettfahrer-Problem in der Form enden, dass die Gemeinschaft ineffiziente Dinge mit ständig steigenden Beitragssätzen finanziert, die von Einzelnen lautstark gewünscht werden. Dies ist auch ein Beitrag zur Generationengerechtigkeit und zur Demokratiesicherung. Bleibt zu hoffen, dass die Politik den Mut hat, diese dicken Bretter zu bohren.

BZB: Eine der größten Herausforderungen für alle Sozialversicherungen ist der demografische Wandel. Wie sollte die Politik darauf reagieren?
Beivers: Den demografischen Wandel kann man nicht mehr „zurückholen". Die Kinder, die vor dreißig Jahren nicht geboren wurden, lassen sich nur schwer ersetzen. Daher müssen wir verschiedene Lösungen suchen. Ressourcenschonende digitale Innovationen, die helfen „fehlende Fachkräfte" zu ersetzen, sind dabei genauso ein Thema wie die gezielte Anwerbung von ausländischen Fachkräften in den Arbeitsmarkt. Aber das allein wird nicht ausreichen. Wir müssen zusätzlich dafür sorgen, die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen in den nächsten Jahren – gerade auch im Bereich der Pflege – nicht so stark steigt wie in der Vergangenheit. Dazu braucht es zwei Komponenten: Eigenverantwortung und Prävention. Der Bereich Digital Health ermöglicht zudem im Kontext der Eigenverantwortung wichtige, auch politisch zu gestaltende Optionen, die es zu nutzen gilt.

BZB: Die Zahnmedizin unterscheidet sich auch durch höhere Zuzahlungen, etwa bei Zahnersatz, von der Humanmedizin. Wäre das ein Weg, um die GKV zu entlasten?
Beivers: Auf alle Fälle. Im Grunde geht es hier nicht nur um Zuzahlungen, sondern um viel mehr: um Eigenverantwortung in einem solidarischen System. Im Kontext der Eigenverantwortung sind auch solche Evergreens wie Kostenteilungen in Form von Selbstbeteiligungen (z. B. in Form von Praxisgebühren, höhere Zuzahlungen bei vermeidbaren Gesundheitsrisiken) nötig und ein Klassiker der Gesundheitsökonomie. Aus der Gesundheitspsychologie wissen wir jedoch, dass monetäre Anreize allein nicht genügen, um zu jenen Verhaltensänderungen und am Ende zu mehr Effizienz zu führen. Deswegen sind Prävention und Bildung nach wie vor vonnöten. Neben besserer Aufklärung gilt es, über erhöhte Steuern bei dem Konsum gesundheitskritischer Güter (Zucker, Alkohol etc.) sowie auch mit dem gesellschaftlichen Umgang darüber nachzudenken und gesamtgesellschaftlich zu diskutieren. Denkbar wäre hier längerfristig ein Gesundheits-Soli, beispielsweise mit einem Mix moderater Steuern auf Zucker und Alkohol. Dieser könnte jährlich rund drei Milliarden Euro zusätzlich für das Gesundheitswesen einbringen, und das ohne große Verzerrungswirkungen auf den jeweiligen Märkten. Dies könnte neben positiven gesundheitlichen Effekten auch helfen, die Finanzierung auf breitere, Demografie-feste Beine zu stellen. Denn: Auch das nun ausgelobte Sondervermögen wird die Probleme Deutschlands auch in diesem Bereich nicht alleine lösen können. Vielmehr: Es wird geld- und finanzpolitische Nebenwirkungen haben. Es würde zu weit führen, diese im Detail zu erläutern, doch muss schon kurz- bis mittelfristig aus volkswirtschaftlicher Sicht mit höheren Zinsen, einem steigenden Preisniveau (sprich Inflation) und einer erhöhten Nachfrage – gerade im Bausektor – gerechnet werden. Mag das Vorhaben noch so sinnvoll sein – es darf nicht bei einem „Einmalfeuer" bleiben. Die Finanzierung des strukturellen Umbaues der Versorgungslandschaft auf die zukünftigen Bedarfe ist eine Mammutaufgabe, die mehrere Jahre in Anspruch nehmen wird. Daher muss die Finanzierung dieses



Dr. Jens Kober (l.) und Prof. Dr. Andreas Beivers diskutierten bei einer Veranstaltung darüber, wie man das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfest machen kann. Ein „Weiter so" dürfe es nicht geben.

Unterfangens auch langfristig auf finanziell und ordnungspolitisch solide Beine gestellt werden. Ein Blick in das Ausland zeigt, dass dort die Politik bereits Maßnahmen ergriffen hat, die auch in Deutschland umsetzbar sind. So setzt die Schweiz beispielswiese auf Wahlfranchisen, in denen Versicherte ihre Franchise (Selbstbehalt) wählen. Wer eine höhere Franchise wählt, zahlt geringere Prämien. Dies fördert kostenbewusstes Verhalten, da Versicherte kleine Gesundheitsausgaben oft selbst tragen. Die in den USA etablierten Health Savings Accounts, gemäß denen die Arbeitnehmer und Arbeitgeber steuerbegünstigte Beiträge auf ein Konto einzahlen, das für medizinische Ausgaben genutzt werden kann, fördert einen bewussten Umgang mit Gesundheitsausgaben und spart langfristig Kosten. Mit einem Bonus für Prävention haben die Niederlande gute Erfahrungen gemacht, ebenso die Schweden mit sogenannten Co-Payment-Systemen, bei welchen die Versicherten moderate Zuzahlung für Gesundheitsleistungen leisten, wobei Obergrenzen für chronisch Kranke existieren.

BZB: Vielen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Leo Hofmeier.