

Wissenschaftliche Beratung der Politik

Im Dickicht der Gremien

Der Einfluss von (polit-ökonomischen) Experten auf die Gesundheitspolitik scheint derzeit groß. Wie weit er wirklich reicht, ist umstritten.

Sie heißen Lauterbach, Raffelhüschen, Wagner, Rürup, Wasem – um nur einige zu nennen. Sie kennen bis ins Detail die Mängel der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Zukunftsoptionen für die Pflegeversicherung oder Systemfehler in der Gesetzlichen Rentenversicherung. Denn über Wohl und Wehe der Sozialversicherungssysteme grübeln und formulieren sie nicht nur als Lehrstuhlinhaber oder Direktoren von Forschungsinstituten, sondern auch als Mitglieder in Kommissionen und Beiräten. Diese scheinen hierzulande wie Pilze aus dem Boden zu schießen.

„Deutschland ist ein Kommissionsdickicht – nur die Experten bleiben meist die Gleichen“, lästerte vor kurzem die „taz“. Allein für das Gesundheitswesen reicht die Palette von der Rürup-Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme bis zur Unionskommission „Soziale Sicherung“. Ob in den Parteien, in großen gesellschaftlichen Institutionen wie den Gewerkschaften oder den Kirchen – überall philosophieren Zirkel über den Wandel der Systeme. Seit Jahren beackern zudem Gremien wie der Sachverständigenrat für die Konzertierte

„Jetzt werden Entscheidungen auf Ebenen verlagert, die keine politische Verantwortung tragen.“

Horst Seehofer (CSU)

Aktion im Gesundheitswesen das Feld. Dazu kommen Enquete-Kommissionen des Bundestags zu Themen wie demographischer Wandel oder Recht und Ethik in der Medizin.

„Es gibt eine Inflation der Gremien“, bestätigt Dr. Thomas von Winter, außerordentlicher Professor für Politikwissen-

schaften an der Universität Marburg. Gründe dafür? Ein wichtiger ist seiner Auffassung nach die Überkomplexität von Themen: „Natürlich sind viele Politiker damit überfordert.“ Folglich suchen sie Rat. Dagegen ist nichts einzuwenden.



Die Sachverständigen schweigen, die Bundesgesundheitsministerin hat das Wort.

Dennoch herrscht Unbehagen über all die Kommissionen. Es speist sich aus der Sorge, dass ein demokratisch legitimes Gremium wie der Bundestag durch sie entmachtet wird. Entschieden wird in Zirkeln, nicht mehr im Parlament, lautet ein Vorwurf. Dazu kommt der Verdacht, dass sich die rot-grüne Bundesregierung durch umfangreiche Aufgabendelegation Zeit verschafft oder ganz aus der Verantwortung stiehlt.

Der ehemalige Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer* (CSU) hat das unlängst kritisiert: „Jetzt werden Entscheidungen auf Ebenen verlagert, die keine politische Verantwortung tragen. Die Akteure dort tun sich alle leicht, sie müssen nicht gewählt werden, sie müssen sich nicht vor der Bevölkerung rechtfertigen – und wenn etwas schief geht, sind sie immer nur falsch verstanden worden.“

Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz, Mitglied des Sachverständigenrates, hat demgegenüber seine Zunft in Schutz genommen. Räte könnten Politikern schon hilfreich sein, befand er. Erstens, um sie oder ihr Umfeld wie zum Beispiel eine Fraktion mit unangenehmen Tatsachen bekannt zu machen. Zweitens, um den kurzfristigen Kalkülen der Politiker langfristige Perspektiven gegenüberzustellen. Drittens, um Politikern zu helfen, sich mit Hinweis auf Fakten gegenüber dem Meinungsdruck der eigenen Parteigruppen auf „Sachzwänge“ berufen zu können. Und viertens, um den Beamtenapparat Denkanstöße geben zu können.

Entsprechender Bedarf ist sicher vorhanden. Denn neben der Überkomplexität von Themen gilt die Überbetonung technischer Details auf vielen Politikfeldern als Problem. Ob medienbekannte „Univertsalberater“ hier die besten Antworten auf Fragen geben können, kann man aber bezweifeln. Seehofer hat im Rückblick auf seine Amtszeit auf das Transplantationsgesetz oder schwierige Fragen der embryonalen Stammzellforschung verwiesen und betont: „Wir haben uns mit vielen Experten rückgekoppelt, die in der Öffentlichkeit überhaupt nicht bekannt sind.“ Von ihm stammt die Forderung, in Fragen des Gesundheitswesens mehr Praktiker zu hören: „Die Theoriebesessenheit muss ausgemerzt werden.“ Dies deckt sich mit den Wünschen vieler, die in Kliniken und Praxen arbeiten.

Ist die „Kommissionitis“ wirklich neu? Nein, schreibt Prof. Dr. Rolf G. Heinze**, Wirtschaftssoziologe in Bochum. Zwar hätten Zahl und Bedeutung der „nebenparlamentarischen“ Gremien in der ersten Amtszeit von SPD und Bündnis 90/Die Grünen zugenommen. Neu seien sie aber nicht: „Ein Funktionswandel vom hierarchischen zum mode-

*Seehofer, Schwartz und andere haben sich zum Thema „Wissenschaftliche Beratung der Politik“ ausführlich in der jüngsten Ausgabe des „forums für gesundheitspolitik“ geäußert. Bezug über: www.gid-online.com

**Rolf G. Heinze: „Die Berliner Rätetepublik: Viel Rat – wenig Tat?“, Westdeutscher Verlag, Opladen 2002

rierenden Staat ist schon länger zu beobachten.“ Von Winter verweist auf einen Grund dafür: „Es ist eine Tatsache, dass man heute gegen große Interessengruppen keine Politik mehr machen kann.“

Was aber bewirken die Experten? Benutzen sie Politiker, um ihre Theorien in der Praxis zu erproben und persönliche Werthaltungen, wissenschaftlich verbrämt, durchzusetzen? Werden sie selbst benutzt, um Wählern Tatkraft vorzugaukeln, um unangenehme Wahrheiten verkünden zu lassen, um sich vor Entscheidungen zu drücken? Im politischen Alltag kommt alles vor. Was genau zutrifft, ist im Einzelfall schwer zu ergründen.

Rürup zum Beispiel macht seit langem keinen Hehl aus seinem Wunsch, Kopfpauschalen als Finanzierungsbasis der GKV zu erheben. Dafür hat er vom Bundeskanzler wie von Ulla Schmidt schon Rüffel kassiert. Einige Mitglieder der SPD-Bundestagsfraktion forderten seinen Rücktritt, bevor die Kommission ihre Arbeit richtig aufgenommen hatte. Was Rürup am Ende durchsetzen kann, bleibt abzuwarten. Für von Winter steht sowieso fest: „Berater haben viel Einfluss, aber keine Macht.“ Würden sie ihren Auftraggebern lästig oder preschten zu früh mit falschen Ideen vor, könne man sie schnell fallen lassen.

Bis zu diesem Zeitpunkt haben sie allerdings oft schon Spuren hinterlassen – zum Leidwesen der Betroffenen. Mag sein, dass Kommissionen und Berater insgesamt weniger bewirken, als man vermutet. Doch der Einfluss Einzelner ist groß, beispielsweise der von Lauterbach. Ihm werden die Einsetzung des Koordinierungsausschusses und die Verknüpfung von Risikostrukturausgleichszahlungen mit Disease-Management-Programmen zugeschrieben. Kenner der Branche verweisen darauf, dass er maßgeblich die Erstellung eines Gutachtens zu Über-, Unter- und Fehlversorgung durch den Sachverständigenrat betrieben hat, dessen Mitglied er ist. Mit den Ergebnissen wird nun Politik gemacht – zuweilen nicht seriös. So hat Ratsmitglied Schwartz kritisiert, dass mahnende Aussagen der Sachverständigen in den letzten Monaten bewusst verdreht wurden. Als Beispiel nannte er die Behauptung, mit DMP und der DRG-Finanzierung ließe sich kurzfristig und in erheblichem Umfang Geld sparen. Sabine Rieser

Interview

„Da werden Horrorszenarien

Gutachter Prof. Dr. Karl W. Lauterbach über Vergütungsformen, Hausarztpauschale, die doppelte Facharztschiene – und wie er Kritik an sich und seinen Vorschlägen bewertet

DÄ: Herr Prof. Lauterbach, Sie gelten als scharfer Kritiker des deutschen Gesundheitssystems. Gibt es auch etwas, das Sie daran schätzen?

Lauterbach: Seine zentrale Stärke ist die solidarische Finanzierung. Unabhängig von Einkommen und Alter hat jeder ohne lange Wartezeiten Zugang zu einer relativ hochwertigen Versorgung.

DÄ: Was schätzen Sie an den Ärzten?

Lauterbach: Dass sie viel und mit hoher Motivation arbeiten und dass es ein echtes Bemühen gibt, aus der gegebenen Struktur die beste Versorgung herauszuholen.

DÄ: Viel Lob ist das nicht. Ihr Tadel fällt meist umfangreicher aus: zu viele umstrittene Leistungen, zu wenig Qualität und Transparenz – können Sie verstehen, dass manche Ärzte zornig werden, wenn der Name Lauterbach fällt?

Lauterbach: Ja, aber das basiert auf Missverständnissen. Meine Kritik richtet sich gegen das System und seine Strukturen, nicht gegen die Beteiligten. Wenn beispielsweise die Vergütung von Hausärzten so konstruiert ist, dass man für einen einzelnen Patientenkontakt nur noch sechs Minuten erübrigen kann, um über die Runden zu kommen, dann ist das System unsinnig und führt zu einer suboptimalen Versorgung. Aber dem kann sich der einzelne Arzt schwer entziehen.

DÄ: Die Ärzte sind nicht schlechter motiviert, aber ihre Ergebnisse sind nicht so gut wie anderswo?

Lauterbach: Für viele Erkrankungen ist die Versorgung nicht besonders gut.

Welche große wissenschaftliche Fachgesellschaft hat denn in der Vergangenheit behauptet, Deutschland sei Vorbild? Wir haben riesige Qualitätsunterschiede zum gleichen Preis. Aber ein anzustrebender möglichst hoher Standard für alle wird als „Staatsmedizin“ polemisiert.

DÄ: Haben Sie Verständnis dafür, dass auch das Urteil „nicht besonders gut“ die Ärzte ärgert? Viele arbeiten hart und mühen sich im Rahmen dessen, was in der GKV finanziell möglich ist. . .

Lauterbach: Das verstehe ich sehr gut, aber deshalb arbeite ich ja zusammen mit anderen Gesundheitswissenschaftlern an einer Verbesserung der Struktur. Ich glaube, dass mit dem gleichen Bemühen in Zukunft eine bessere Medizin möglich wäre.

DÄ: Verbesserung der Struktur – damit sind in erster Linie die Reformbestrebungen von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt gemeint, die Sie ja maßgeblich beraten. Die Ärzte haben aber nicht den Eindruck, dass sie von der Reform profitieren würden, allenfalls einzelne Gruppen.

Lauterbach: Ich glaube, dass alle Ärzte profitieren würden, die gute Leistungen erbringen – Hausärzte

und Fachärzte. Ich nörgle im Übrigen nicht herum, sondern unterbreite immer konstruktive Vorschläge. Was die Hausärzte angeht, so brauchen wir ein System mit Patientenpauschalen und einer Art Qualitätsbonus. Durch die pauschalierte Honorierung kann sich der Hausarzt mehr Zeit für den einzelnen Patienten nehmen.

„Was die Hausärzte angeht, so brauchen wir ein System mit Patientenpauschalen und einer Art Qualitätsbonus.“

entwickelt"

DÄ: Fürchtet ein so strenger Kritiker wie Sie nicht, dass die Ärzte die Pauschale kassieren und möglichst wenig dafür tun?

Lauterbach: Nein. Käme die Pauschale, dann hätte der Patient eine intensivere Beratung zu erwarten. Der Qualitätsbonus würde nur fällig, wenn die Versorgung eine gute Qualität hätte, was man durch bestimmte Indikatoren, zum Beispiel bei der hausärztlichen Behandlung von Diabetikern, festlegen könnte. Und bei diesem Bonus könnte auch die Teilnahme an Fortbildungen eine große Rolle spielen.

DÄ: Die Ärzte sind es aber leid, immer mehr Qualitätsanforderungen erfüllen zu müssen, für die keiner zahlen will.

Lauterbach: Ärzte sind Freiberufler und müssen die Kosten ihrer Fortbildung selbst tragen. Aber sie müssen damit wie andere Freiberufler auch Vorteile erreichen können. Das sieht mein Vorschlag ja gerade vor: Es muss bei Verhandlungen zwischen Hausärzten und Krankenkassen eine Qualifikationsgratifikation geben.

DÄ: Noch einmal zurück zur Basispauschale. Sie behaupten: Ist die Pauschale angemessen, lässt der Zeitdruck in der Arzt-Patient-Beziehung nach.

Lauterbach: Ja, denn der Hamsteradeffekt wird unterbunden.

DÄ: Was ist denn eine angemessene Höhe für solch eine Pauschale?

Lauterbach: Diese Diskussion wird nie zu Ende sein. Trotzdem gibt es Anhaltspunkte: Wie viele Patienten kann ein Hausarzt angemessen betreuen? Wie viel Zeit braucht er dafür? Wie hoch sollte sein durchschnittliches Einkommen sein?

DÄ: Wer soll die Pauschale festsetzen?

Lauterbach: Eine Art Hausärzte-KV würde mit den Krankenkassen über Pauschalen verhandeln, unter Beteiligung des Berufsverbands und der Fachgesellschaft.

DÄ: Die Vorstellungen, was finanziell angemessen ist, gehen zwischen Krankenkassen und KVen doch sehr auseinander. Glauben Sie im Ernst, dass man sich auf eine akzeptable Pauschale einigen könnte?

Lauterbach: Ich bin optimistisch. Es ist in den USA gelungen, in Kanada, in den Niederlanden – warum sollte es in Deutschland nicht gelingen? Es müsste allerdings eine Verhandlung ohne Vertragsmonopol der KV für alle Arztgruppen sein. Denn sonst ergibt sich gleich wieder eine Vermengung mit anderen



Gilt als ein „Lieblingsfeind der Ärzte“: Multi-Berater Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl W. Lauterbach (40). Er ist Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln und zugleich ehrenamtlicher Leiter eines zweiten dortigen Instituts. Veröffentlichungen unter: www.igke.de

Fragen, zum Beispiel, wie hoch das Honorar der Fachärzte im Vergleich zu dem der Hausärzte ist. Was hat ein gerechtes Honorar der Hausärzte mit dem Honorar der Fachärzte zu tun und umgekehrt?

DÄ: Was sollen die Hausärzte davon haben? Welchen Vorteil dürfen sie sich davon versprechen, mit Organisationen zu verhandeln, die mehr als 70 Millionen GKV-Versicherte und Mitversicherte vertreten?

Lauterbach: Es soll ja nicht der einzelne Hausarzt verhandeln, sondern die Hausärzte-KV zusammen mit dem Berufsverband und der Fachgesellschaft. Die Hausärzte kommen ohne die Kassen nicht klar und umgekehrt. Wieso sollte keine Einigung möglich sein?

DÄ: Weil das Geld zu knapp ist.

Lauterbach: Erstens: Sowohl Kassen wie Hausärzte betrachten das derzeitige Vergütungssystem als gescheitert. Zweitens: Beide Seiten wollen hin zu Pauschalen und zu Qualitätsgratifikationen. Ich bin fest davon überzeugt, dass sich der Hausärzterverband und die Kassen auf eine faire Pauschale mit einem Qualitätsbonus einigen könnten.

DÄ: Und dann?

Lauterbach: Die Hausärzte könnten sich stärker in Form von Netzen organisieren und mit Fachärzten zusammenarbeiten. Dann würde sich das Problem gar nicht ergeben, dass Hausärzte eine Pauschale kassieren und Patienten sofort ins Facharztssystem überweisen. Oder umgekehrt: Fachärzte Patienten nicht zurückgeben. Der Vorteil für die Ärzte wäre, dass ihre Gewinne steigen könnten, zumindest wenn das Netz dazu beiträgt, die Kosten zu senken, und die Einnahmen gleich bleiben. Ein solches System kann man aber nur wagen, wenn ein Teil der Honorare nach Qualitätsindikatoren ausgeschüttet wird. Dann würden die Überweisungen allein medizinischen Kriterien folgen, nicht wirtschaftlichen. Sonst besteht die Gefahr einer Unterversorgung.

DÄ: Sie behaupten, dass die angestrebte Reform allen Ärzten nutzen könnte. Die niedergelassenen Fachärzte können jedoch nichts Gutes erkennen, denn sie fürchten um ihre Zukunft. Stichwort: Abschaffung der doppelten Facharztschiene...

Lauterbach: Ich bin nicht der Meinung, dass Fachärzte nur noch im Krankenhaus arbeiten sollten. Eine solche „Hollandisierung“ halte ich weder für zielführend, noch wird sie der Schwerpunkt der Gesundheitsreform sein.

DÄ: Wo kommt dieser angeblich falsche Eindruck dann her?

Lauterbach: Das sind Missverständnisse. Dazu kommt, dass die KVen wissen, dass ihr Einfluss zurückgehen wird, wenn es Direktverträge zwischen Ärzten und Krankenkassen gibt. Da werden Horrorszenarien entwickelt.

DÄ: Dass niedergelassene Fachärzte ihre Praxen bedroht sehen, ist doch eine Folge der Ankündigung, die Kranken-

häuser institutionell für die ambulante Versorgung zu öffnen.

Lauterbach: Hoch spezialisierte Fachärzte dürfen nicht nur Privatversicherungen für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehen. Das System der Ermächtigung reicht einfach nicht aus.

DÄ: Aber die Leistungen werden im ambulanten Sektor anders bezahlt als im stationären. So geraten die Niedergelassenen ins Hintertreffen.

Lauterbach: Also, die Art, wie Fachärzte vergütet werden, muss doch auch reformiert werden: gleiche Vergütung für gleiche Leistungen in der Praxis wie im Krankenhaus. Nur so können die Voraussetzungen geschaffen werden für einen fairen Wettbewerb. Und noch etwas zu den Chancen: Wenn ambulant tätige Fachärzte zusätzlich Leistungen für ein Krankenhaus erbringen könnten, dann sinken ihre Kosten, und die Einkommen würden folglich zum Teil steigen. Dass sich die neuen Möglichkeiten grundsätzlich zulasten der niedergelassenen Fachärzte auswirken, ist nicht erwiesen.

DÄ: Und die Krankenhausärzte?

Lauterbach: Die können doch gegenwärtig nur in der Klinik bleiben oder müssen sich hoch verschulden und niederlassen. Es ist kein sinnvolles System, das für fertig ausgebildete Ärzte nur diese zwei Möglichkeiten vorsieht. Wenn Fachärzte aus dem Krankenhaus heraus ambulante Leistungen anbieten könnten, ergäben sich neue Berufsmöglichkeiten.

DÄ: Welche Rolle spielt denn hier die Einführung der Fallpauschalen?

Lauterbach: Sie werden dazu beitragen, den ambulanten und den stationären Sektor stark zu vernetzen. Das wird die Qualität der Versorgung steigern. Durch die DRG wird es aber auch zu einem Bettenabbau kommen. Die Krankenhäuser würden also gewinnen, wenn sie sich für die ambulante Versorgung öffnen könnten. Junge Fachärzte könnten ihre Patienten kontinuierlicher betreuen. Das wäre viel interessanter als die bruchstückhafte Therapie heute.

DÄ: Also doch ein Abbau der Doppelstruktur?

Lauterbach: Ich plädiere für eine Qualitätsoptimierung und Kostenreduktion wie gerade beschrieben. Es geht um einen Umbau, nicht um einen Abbau.

DÄ: Also ein Umbau. Welche Auswirkungen würde er zunächst auf die niedergelassenen Ärzte haben?

Lauterbach: Das hängt allein davon ab, wie viele von den neuen Möglichkeiten Gebrauch machen wollen. Ich glaube, dass die meisten jungen Fachärzte das Angebot ernsthaft prüfen würden.

DÄ: Und am Ende?

Lauterbach: Langfristig würde sich die Struktur der Facharztversorgung den medizinischen Anforderungen anpassen – bei fairen Bedingungen. Theoretisch würde sich der Marktanteil des Krankenhauses erhöhen, wenn die Facharztleistung dort grundsätzlich billiger wäre. Davon gehe ich aber nicht überall aus. Bei der Versorgung durch Hautärzte, Urologen oder HNO-Ärzte zum Beispiel werden sich für Fachärzte im Krankenhaus keine großen Kostenvorteile ergeben. Verlagerungen

wird es wohl eher bei sehr kapitalintensiven Leistungen geben, beispielsweise Herzkatheteruntersuchungen.

DÄ: Wenn Sie so viele Vorteile für die Ärzte sehen – wie erklären Sie es sich, dass die Vorschläge so schlecht ankommen?

Lauterbach: Der Schwerpunkt der Ablehnung kommt von den KVen. Die Berufsverbände der Fachärzte lehnen diese Gedanken nicht grundsätzlich ab. Sie würden ja auch aufgewertet durch direkte Verhandlungsmandate mit den Kassen.

DÄ: Glauben Sie denn, dass Berufsverbände, noch dazu kleine, den verhandlungserprobten Kassen gewachsen wären?

Lauterbach: Vergessen Sie nicht, wir haben 350 Krankenkassen. Es ist eine Fehlannahme zu glauben, dass sie im Wettbewerb bestehen könnten, wenn sie einen knallharten Konfrontationskurs gegen einzelne Facharztverbände

fahren. Die Krankenkassen müssen mit guten Ärzten zusammenarbeiten – und umgekehrt.

DÄ: Ein Reformvorhaben, das ebenfalls seit Wochen für Ärger sorgt, ist die geplante Gründung eines Deutschen Instituts für Qualität in der Medizin. Würde Sie es reizen, solch ein Institut zu leiten?

Lauterbach: Nein, dafür stehe ich nicht zur Verfügung.

DÄ: Aber es ist doch sozusagen Ihr Kind! Und es gibt Leute, die vermuten, dass Sie dieses Institut propagieren, um sich selbst einen interessanten Posten zu verschaffen.

Lauterbach: Ich sage nur: Das ist zu billig gedacht. Das ist ein Teil der Polemik in der aktuellen Auseinandersetzung.

DÄ: Viele Ärzte stoßen sich auch daran, dass Sie als Wissenschaftler ein SPD-Parteibuch besitzen und sich weit in die Politik vorgewagt haben.

Lauterbach: Sehr viele gesundheitsökonomische Berater sind Mitglieder in Parteien. Das ist ein Interessenkonflikt wie jeder andere auch, und der sollte offen gelegt werden. Ich bin übrigens nicht unkritisch in Bezug auf sozialdemokratische Gesundheitspolitik.

DÄ: Würden Sie auch eine CDU-geführte Regierung beraten?

Lauterbach: Ich berate unabhängig von einer Partei, ich berate in der Sache.

DÄ: Aber die Vermischung von parteipolitischen Interessen und wissenschaftlicher Expertise ist doch da.

Lauterbach: Wissen Sie, es gibt einen Konsens der Wissenschaftler in der Gesundheitsökonomie, was die wichtigsten Instrumente sind. Da geht es um handwerkliche Aspekte: Wie mache ich das System effizient? Wie bekomme ich bessere Qualität organisiert? Aber bei Fragen wie denen nach der gerechten Verteilung von Ressourcen darf man nicht so tun, als ob sich die Antwort aus dem Handwerk des Gesundheitsökonomens ergäbe. Da kommen persönliche Werte zum Tragen: Wie soll das Gesundheitswesen finanziert werden? Darf es eine Zweiklassenmedizin geben? Das Einzige, was ich ablehne, ist die Vermischung dieser beiden Dimensionen. DÄ-Fragen: Sabine Rieser