

MDR Aktuell – Gesundheits-Kompass

Donnerstag, 06. Juli 2023
#28

Jan Kröger, Moderator

MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Alexander S. Kekulé, Experte

Professor für Medizinische Mikrobiologie
Virologie an der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg sowie Direktor des Instituts
für Biologische Sicherheitsforschung in Halle

Links zur Sendung

Französische Studie zu Aspartam (24.03.2022)

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003950>

5. Stellungnahme der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/5_Stellungnahme_Potenzialanalyse_bf_Version_1.1.pdf

Donnerstag, 06. Juli 2023

- Heute: Der Süßstoff Aspartam ist ein viel verwendeter Zuckerersatz in Leitprodukten wie Limonaden, Kaugummis oder kalorienarmen Joghurts. Nun ist seit einigen Tagen zu lesen, dass die WHO Aspartam als möglicherweise krebserregend einstufen könnte. Wir erklären, was das bedeuten würde.
- Und: Wir wollen Kompass sein für die aktuellen Debatten in der Politik. Wir liefern ein Update zur Krankenhausreform, und wir schauen auf die gesetzliche Krankenversicherung. Die Beiträge dafür werden auch im nächsten Jahr steigen. Es gibt Vorschläge für Reformen, aber reichen die aus? Oder braucht es einen grundsätzlichen Neustart?

Darum geht es heute in der 28. Folge von Kekulé's Gesundheits-Kompass, wie immer werbefrei in der App der ARD-Audiothek und überall dort, wo es sonst noch Podcasts gibt.

00:50

Jan Kröger

Ich bin Jan Kröger, Reporter und Moderator bei MDR Aktuell. Alle 14 Tage, immer donnerstags sprechen wir mit dem Arzt und Wissenschaftler Professor Alexander Kekulé. Wir liefern Schwerpunkte zu aktuellen Gesundheitsfragen und wir gehen auf Ihre Themenwünsche ein. Hallo, Herr Kekulé!

Alexander Kekulé

Hallo Herr Kröger!

Jan Kröger

Der Süßstoff Aspartam ist enthalten in vielen Light-Produkten, also z. B. in Limonaden, in anderen Süßigkeiten oder auch in Backwaren. Nun ist er in den Schlagzeilen, denn seit einigen Tagen ist zu lesen, dass die WHO diesen Süßstoff als möglicherweise krebserregend einstufen könnte. Worauf beruht das?

Alexander Kekulé

Ja die Diskussion gibt schon lange. Aspartam und auch andere Süßstoffe sind da im Verdacht, sagen wir mal, dass es Krebsgefahr geben könnte und für Aspartam ist die Studienlage so, dass es eigentlich schon seit vielen Jahren Daten aus Tierexperimenten gibt, die darauf hindeuten, dass es möglicherweise einen krebserzeugenden Effekt haben könnte, allerdings erst in hoher Dosierung. Und die große Frage ist jetzt schon immer, was macht man mit solchen Daten? Also soll man dann sagen, ja, wenn es da experimentelle Ergebnisse gibt, heißt es auf jeden Fall, dass es krebserzeugend ist oder soll man abwarten, was Beobachtungsstudien am Menschen bedeuten? Beim Menschen ist es auch so, dass es eine Studie zumindest gibt, von der Sorbonne aus Paris. Die hat gezeigt, dass auch epidemiologisch Menschen, die besonders viel so Süßgetränke konsumieren, die also mit künstlichem Süßstoff sind, die sogenannten Light-Getränke, dass die dann ein ganz gering erhöhtes Krebsrisiko haben. Risikofaktor 1,15 ungefähr bei Aspartam. Aufgrund all dieser Daten sieht es jetzt so aus, als würden die zu der Einstufung kommen, dass es möglicherweise krebserregend ist.

Jan Kröger

Noch sind es Medienberichte, aber der zuständige Ausschuss der WHO will am 14. Juli auch Ergebnisse dazu bekannt geben. Was würde

denn so eine Einstufung als möglicherweise krebserregend bedeutet?

Alexander Kekulé

Naja, diese Organisation dort, die das für die WHO macht, das ist diese Internationale Agentur für Krebsforschung, die eigentlich nicht viel anderes macht, als diese Einstufungen, die hat vier Stufen, im Prinzip. Die sagen, etwas ist entweder wirklich karzinogen, also krebserregend, dazu gehören so Sachen wie Asbest, was man z. B. kennt, aber durchaus auch Räucherwurst, also Räucherware ist leider auch definitiv karzinogen. Grillen im Sommer ist im Prinzip mit einem Krebsrisiko letztlich verbunden. Die zweite Stufe heißt dann wahrscheinlich karzinogen, probably auf Englisch. Dazu gehört z. B. Acrolein dazu, was der eine oder andere vielleicht noch kennt, aus der Pomfritt-Diskussion. Das sind Substanzen, die entstehen bei unvollständiger Verbrennung, aber auch Glyphosat, dieser Unkrautvernichter, der der Firma Bayer ja große Probleme gemacht hat, gerade wegen dieser Einstufung der WHO Behörde. Da gab es dann in Amerika, ich glaube sogar milliardenschwere Schadensersatzzahlungen. In diese Kategorie von wahrscheinlich krebserzeugenden Substanzen, gehört auch die Luftverschmutzung in Großstädten. Das ist auch wahrscheinlich krebserzeugend oder auch z. B. der Verzehr von rotem Fleisch. Und dann kommt eben die nächste Stufe, wo jetzt der Süßstoff mit rein soll, das heißt möglicherweise krebserzeugend, possibly. Und da gehört z. B. dazu die Strahlung von Handys, wenn man sich die also ans Ohr hält, der Geruch von Benzin an den Tankstellen, wenn Sie als Asphaltarbeiter mit Asphaltstäuben zu tun haben. Auch bestimmte Virusinfektionen gehören dazu. So saure asiatische Früchte, also Mixed-Pickles, asiatische, die gehören dazu. Oder auch für die, die denken, das kann immer nur chemische Dinge betreffen: Aloe-Vera-Extrakt, der also durchaus in so manchen Heilmitteln auch mit drin ist, gehört also auch in die Kategorie der möglicherweise krebserregenden Substanzen.

Jan Kröger

Die Strahlung von Handys haben Sie ja auch unter anderem angesprochen, und da verweise ich gerne auf einen aktuellen Podcast in unserem Angebot des MDR. „Flugmodus – Vier

Jugendliche ohne Handy“, heißt der. Während einer Schulwoche führen Schülerinnen und Schüler aus Dresden Tagebuch über ihr Leben im Flugmodus. Das heißt, sie reflektieren, wie sich ihr Leben ohne Handy verändert. Im Podcast erzählt Greta Taubert von diesem Experiment des Verzichtens auf das, was so alltäglich und zum Stressfaktor geworden ist: Das Smartphone. Den Podcast „Flugmodus – Vier Jugendliche ohne Handy“ finden Sie also jetzt in der ARD-Audiothek, werbefrei und überall dort, wo es sonst noch Podcasts gibt.

05:49

Zurück zum Süßstoff Aspartam. Auch unser Hörer Dominik P. hat geschrieben. Er bittet um eine Einschätzung dieser möglichen Entscheidung der WHO und schreibt:

Auch Pökelsalze, welche in nahezu allen Wurstprodukten beigesetzt sind, sind hier als krebserregend eingestuft und dürfen trotzdem weiterhin genutzt werden. Auch da wäre eine Einschätzung interessant, insbesondere, ob das Risiko mit dem Alter zunimmt. Ist es also sinnvoll, gegebenenfalls erst in fortgeschrittenem Alter auf Produkte mit jenen Zusatzstoffen zu verzichten, da das Krebsrisiko steigt?

Alexander Kekulé

Nein. Mit dem Alter, das muss man sich genau umgekehrt vorstellen: Man hat so eine Art Krebsbank, Krebskonto, kann man sagen, und diese krebserzeugenden Substanzen, die kumulieren sich wahrscheinlich im Lauf des Lebens. Und wenn man erst im Alter damit anfängt oder überhaupt die Betrachtung im Alter dann sich ansieht, da ist die Zeit zwischen Krebsauslöser und Krebsentstehung zu kurz. Also je früher im Leben man mit krebserzeugenden Substanzen Kontakt hat, desto höher ist das Risiko, dass man später mal Krebs bekommt. Das ist so ähnlich wie bei Sonnenexposition. Wenn Sie in der Sonne sind und kriegen ein malignes Melanom, dann sind typischerweise die Sonnenbrände in der Jugend verantwortlich. Natürlich neben ganz vielen anderen Faktoren. Und wenn Sie aber als 60-, 70-Jähriger einen Sonnenbrand kriegen, sofern es überhaupt noch zum Sonnenbrand kommt, dann ist das nicht mehr so gefährlich, weil einfach diese Zeit, bis der Krebs entsteht, relativ lang ist. Also es ist genau umgekehrt. Je älter man ist, desto weniger gefährlich ist es. Aber

darum ist natürlich sinnvoll, dass die Behörden sich das ansehen, weil viele Menschen ihr Leben lang bestimmte Substanzen verzehren, wie eben z. B. Süßstoffe. Und da ist es schon gut, zu wissen, sind die wirklich gesund, wie manche denken? Oder ist es so eine Frage, ob sie wirklich gesund sind? Gibt es gewisse Bedenken?

Jan Kröger

Was würde denn diese Entscheidung der WHO nun konkret bedeuten? Hieße das, dass z. B. ganze Chargen von Limonadenkisten zurückgerufen werden müssten oder anders produziert werden müssten?

Alexander Kekulé

Es ist klar, dass jetzt die Coca-Cola-Industrie im weitesten Sinn, sage ich mal, da gibt es natürlich viele, Pepsi und andere, die sind natürlich jetzt alle auf den Barrikaden, weil man eben gesehen hat, was eben diese Einstufung von Glyphosat für Bayer da für Folgen hatte. Das ist ja wirklich dem Unternehmen an den Kragen gegangen, weil amerikanische Gerichte dann angefangen haben, Leute, die irgendwie Krebs hatten, Bauern, die damit umgegangen sind, eben dann, als Geschädigte quasi zu definieren. Man muss man dazu sagen, wenn wir über Bayer sprechen: Das Problem haben die geerbt. Die haben ja Monsanto gekauft. Und da war eben Glyphosat quasi mit im Paket mit drinnen, das hat man wohl bei dem Kauf schlecht beurteilt, vorher. Die haben jetzt Angst davor. Vor allem, weil die, kann man sagen – diese Industrie ist traumatisiert. Ganz früher war alles mit Zucker und dann ist also der Ruf des Zuckers irgendwie gesunken. Früher sagte man ja immer, so ein Löffelchen purer Zucker ist die beste Medizin und Ähnliches. Und heute soll also möglichst kein Zucker oder nur noch ganz wenig drin sein. Und seitdem doktern die an ganz verschiedenen Süßstoffen rum und haben eigentlich die Rezepte so eingestellt, dass die angewiesen sind, auf diese Süßstoffe. Es war ein Riesenproblem in den USA, was vielleicht der eine oder andere nicht weiß, dass ein anderer Süßstoff, den es bei uns noch gibt, Zyklammat – kann man relativ häufig mal nachlesen – Zyklammat ist also ein nicht so seltener Süßstoff, da steht dann auf der Packung häufig E 952 drauf. Das sind ja immer diese Kennzeichnungen für Süßstoffe mit den

950er Zahlen, 951 ist Aspartam und die anderen haben dann ähnliche Ziffern. Und dieses Zyklammat ist in den USA ja verboten, das wissen viele bei uns nicht – bei uns können Sie das in jedem Supermarkt in den Süßstoffen haben – wegen möglicher kreberzeugender und aber auch teratogenen Wirkungen, also fruchtschädigende Wirkungen, bei Schwangeren. Das heißt, die amerikanische Gesundheitsbehörde FDA hat es in den 60er-Jahren verboten. 1980 gab es noch mal einen Riesenversuch der chemischen Industrie in den USA, dieses Verbot aufzuheben, aber man hat gesagt, Nein, nach erneuter Prüfung bleiben wir dabei. Also, da sieht man schon, wie unterschiedlich die Einschätzungen sind. In Europa gibt es das überall. Die Amerikaner haben es verboten und wie sich das dann weiterentwickelt, wenn jetzt hier diese Behörde, die WHO, davon gehe ich einfach mal aus, Aspartam dann auf die Liste setzt, dann müssen die Gesetzgeber letztlich entscheiden, auch die nationalen Gesetzgeber. Ich gehe davon aus, dass man in Deutschland eher so eine Art Warnhinweis anbringen wird, dass man sagen wird, dass der Hersteller darauf hinweisen muss, dass dieses Risiko besteht. Ich finde das eigentlich auch ganz vernünftig. Dann weiß man das und dann kann sich jeder überlegen, ob er diese künstlich gesüßten Getränke und sonstigen Lebensmittel haben möchte oder nicht.

10:52

Jan Kröger

Das wollte ich ohnehin noch fragen, was das jetzt aus der Sicht von Konsumenten bedeutet. Sollte man da überdenken, wenn ich jetzt z. B. jemand wäre, der viel Süßstoff konsumiert, ob nun irgendwie als Zusatz im Kaffee oder eben als Zusatz, den ich eben in der Cola Light nicht vermeiden kann, sollte ich das überdenken?

Alexander Kekulé

Ich glaube, man sollte es aus einem anderen Grund überdenken. Was viele nicht wissen, ist, dass Ärzte, zumindest die Ärzte, die sich damit auskennen, Diätexperten und so, auch die WHO, definitiv empfehlen, wenn man ein Gewichtsproblem hat, das nicht durch Konsum künstlich gesüßter Getränke, z. B. zu therapieren oder anzugehen, aus verschiedenen Gründen. Das eine ist, wenn man ein künstlich gesüßtes Getränk zu sich nimmt, wird im Gehirn

so ein ähnlicher Reflex ausgelöst, als wenn man echte Süßigkeiten hat. Dadurch wird Insulin freigesetzt. Auch über neurologische Mechanismen wird dann Insulin freigesetzt, obwohl ja der Blutzucker eigentlich nicht angestiegen ist und es kann dadurch zu einer schlechteren Fettverbrennung kommen. Also wenn man einen höheren Insulinspiegel hat, dann wird das Fett schlechter abgebaut. Also der Zweck der Diät ist ja meistens abzunehmen. Genau das kann man sozusagen dem konterkarieren, indem man ständig gesüßte, künstlich gesüßte Getränke zu sich nimmt. Und aus dem gleichen Grund gibt es auch die Vermutung, so ein paar Studien, die aber nicht ganz eindeutig sind, dass man sogar einen Diabetes Typ II, also so einen Altersdiabetes durch massiven Konsum von künstlich gesüßten Getränken fördern könnte. Das liegt an dem gleichen Grund. Da wird eben dann Insulin ausgeschüttet, ohne dass ein erhöhter Blutzucker vorhanden war. Und das hat zur Folge, dass es eben zu so einer Art Insulinresistenz, also Gewöhnungseffekt an das Insulin kommen kann. Und das ist ja dann einer der Faktoren beim Typ-II-Diabetes, beim Altersdiabetes. Aus diesen Gründen sagt man Nein, man soll also das nicht benutzen, um abzunehmen. Es ist keine gute Idee, auch weil man sich ja trotzdem weiter auf Süßigkeiten im Kopf irgendwie konditioniert, auf die Weise. Besser ist es wirklich zu sagen, ich nehme mal ein bisschen Zucker, wenn ich mir das leisten kann. Und sonst versuche ich, darauf zu verzichten. Da gewöhnen sich die Geschmacksnerven relativ schnell auch daran, dass nicht immer alles süß ist. Und man muss eben einfach sagen, das sind halt schon extrem künstliche Substanzen. Also ich sag mal, ich persönlich benutze keinen Süßstoff. Absolut nicht. Nicht, weil ich jetzt Angst vor dem Krebsrisiko hätte, aber wenn Sie so diese Substanzen schon mal in Reinform vor sich hatten, das muss man sich ja so vorstellen: Also so ein künstlicher Süßstoff – Aspartam ist da nur ein Beispiel, da gibt es Acesulfam und Sucralose und noch verschiedene andere, Zyklamate in Europa eben auch – die sind ja vom Kaloriengehalt, also das reine Pulver, die Substanz ist so ähnlich wie Zucker, da ist kein großer Unterschied. Es ist nur so, dass die so viel stärker süß sind, also hundertfach, Paar hundertfach stärker, z. T. als Zucker, dass man einfach nur

ganz, ganz wenig davon zusetzen muss, um den gleichen süßen Geschmack zu haben, und das ist dann schon irgendwie komisch. So eine Substanz, die so ganz grell süß ist. Wenn man das pur probiert, schmeckt man auch gar nicht mehr, dass es süß ist, weil es dann auch fies ist. Und wenn man stark verdünnt... Es hat es eben so eine künstliche Süße. Also, Sie merken es schon, ohne dass ich jetzt das groß chemisch erklären kann, mir ist das unsympathisch, dass so eine Substanz irgendwie so einen ganz komischen Geschmacksreiz künstlich auslöst. Und ja, es ist tatsächlich so, das kann man sagen, also richtig gesund sind die alle nicht, diese Süßstoffe. Und speziell bei Aspartam gibt es eben Hinweise. Eine Studie aus Bologna, aus Italien, vor einiger Zeit, die in diese Richtung gedeutet hat und eine französische Studie hatte ich schon erwähnt, die auch epidemiologisch das andeutet, dass es einen leichten, karzinogenen Effekt gibt. Bei Brustkrebs ist ein Zusammenhang nachgewiesen worden. Da ist das Risiko bei Menschen, die also viel von dem Aspartam verwenden und das hat man über acht Jahre beobachtet, da ist das Risiko um ungefähr 20% angestiegen, für Brustkrebs. Das kann natürlich viele Gründe haben. Das ist bei solchen Beobachtungsstudien immer wahnsinnig schwer rauszukriegen, ob da Confounder sind, also andere Faktoren, die eine Rolle spielen. Ich sag mal nur ein Beispiel: Es kann ja auch sein, dass jemand, der ein hohes Krebsrisiko hat oder der schon weiß, dass er Krebs hat, deshalb besonders gesund leben will und vielleicht deshalb Süßstoffe zu sich nimmt, statt Zucker. Das ist ja durchaus möglich, dass es sozusagen eine umgekehrte Kausalität gibt. Und da gibt es noch eine ganze Handvoll anderer möglicher Erklärungen, die solche statistischen Zusammenhänge zwischen Krebsentstehung und Süßstoffkonsum erklären könnten, aber unterm Strich würde ich sagen, wenn man beides vermeiden kann, sowohl den übermäßigen Zucker, als auch den übermäßigen Süßstoff, dann ist es die richtige Entscheidung.

15:49

Jan Kröger

Wir wollen heute in Kekulés Gesundheits-Kompass noch auf zwei gesundheitspolitische Themen schauen: Das eine, ist die Frage, wie es

weitergeht, mit der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn im nächsten Jahr aller Wahrscheinlichkeit nach, erneut die Beiträge steigen werden. Das andere ist ein Thema, das, während wir hier miteinander reden, auch in Friedrichshafen behandelt wird, bei der Gesundheitsministerkonferenz der Länder. Und das ist die Krankenhausreform. Mit der haben wir uns in Folge 22 bereits einmal befasst. Ende März war das. Wer sich also ausführlich mit den Grundlagen dieser Reform befassen möchte, dem lege ich diese Podcast-Folge ans Herz. Heute aber wollen wir nochmal ein Update liefern, denn Bund und Länder haben sich noch immer nicht geeinigt. Und es ist auch einiges passiert in diesen drei Monaten. Ein Beispiel: Wir haben uns in dieser Folge Ende März viel über das Wort Versorgungslevel als Einteilung für die Krankenhäuser in Zukunft unterhalten. Und das bleibt ein Schlüsselwort. Inzwischen sind wesentliche Teile der Reformpläne vom Bundesgesundheitsminister, von Karl Lauterbach, doch durch die Länder abgeschwächt worden. Was ist denn nun eigentlich übriggeblieben?

Alexander Kekulé

Die Frage ist, was ganz am Schluss übrigbleibt? Ich befürchte, nicht viel. Sie haben schon gesagt, dass das Rückgrat dieser ganzen Reformen – da gibt es eine Kommission, die sich da Gedanken gemacht hat, die Herr Lauterbach absichtlich mit wenig Lobbyisten besetzt hat, eher so wissenschaftlich – war eigentlich diese Einteilung der Krankenhäuser in verschiedene, ich sage jetzt mal Versorgungsstufen. Da hat man das neudeutsche Wort Level für benutzt. Aber letztlich ging es ja darum – wir haben das ausführlich besprochen – dass man sagt: Für die optimale Versorgung der Bevölkerung braucht man einige Schwerpunktkrankenhäuser, die bestimmte Dinge sehr gut machen, dann auch eine hohe Qualitätssicherung haben. Und da gehört dann eben auch dazu, dass man diese Dinge oft macht. Also wer ganz oft eine Herzkatheteruntersuchung macht, der kann das natürlich besser. Und da sind dann die Qualitätskontrollen besser, usw. und dann braucht man Krankenhäuser, die so für die Versorgung in der Fläche sind. Also, ich sage mal so, Kreiskrankenhaus-Niveau vielleicht. Und

dann gibt es eben Krankenhäuser, die eigentlich aus gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten überflüssig sind, muss man ganz brutal sagen. Da ist dann halt irgendwo das zweite Kreiskrankenhaus oder das ehemalige Irgendetwas-Krankenhaus, was jetzt so halb Reha-Klinik, halb Krankenhaus ist, irgendwo in der Peripherie, was von den Leuten, die in den Nachbardörfern liegen, zwar geliebt wird, aber keine wirkliche, sage ich mal, Spitzenmedizin liefern kann. Und da ist es einfach so, unterm Strich, dass man sagen muss, wir haben in Deutschland zu viele Krankenhäuser. Wir haben zu hohe Gesundheitskosten insgesamt und ein erheblicher Teil davon, also gut die Hälfte ist es, glaube ich, wird von den Krankenhäusern verursacht. Und da ist der absolute Wildwuchs, wenn Sie unsere Zahlen, was wir an Krankbetten pro Kopf haben, mit anderen europäischen Ländern oder weltweit vergleichen. Wir haben eine Größenordnung von 790 Betten pro 100.000 Einwohner. Nur Japan hat weltweit gesehen noch mehr Betten pro Einwohner. Das muss man sich mal vorstellen. Wir haben auch große Unterschiede innerhalb Deutschlands. Also, wenn Sie daran denken, in Sachsen-Anhalt z. B., wo ich arbeite, da haben wir 86 Betten pro 100.000 Einwohner, das ist die niedrigste Zahl in Deutschland und in Bremen 655. Das ist, glaube ich, die höchste, oder eine der höchsten Zahlen in Deutschland. Jetzt würde ich einfach mal sagen, nicht nur aus Lokalpatriotismus: Es ist nicht so, dass in Sachsen-Anhalt jetzt die medizinische Versorgung achtmal so schlecht wäre, wie in Bremen oder Ähnliches, sondern Nein, diese Betten sind einfach Nonsense. Das wissen alle. Das wissen alle Fachleute. Man hat aber diese Idee, dass man da eine Struktur reinbringt, dass man auch Notversorgungskrankenhäuser als eigenes Level definiert, damit eben in der Peripherie Deutschlands eben in Notfällen auf jeden Fall jedem eben noch geholfen wird, das hat man komplett eingestampft. Also die wichtigste Maßnahme, die Herr Lauterbach ergreifen wollte, ich würde fast sagen, der Höhepunkt seiner beruflichen Karriere, der war ja nicht angetreten, um Corona zu bekämpfen, sondern ist eigentlich ein Gesundheitsökonom von seinem Hintergrund her, das Ding ist jetzt gescheitert. Also das wird er nicht wieder zum Laufen bringen. Das ist tot. Und jetzt macht er

ein Rückzugsgefecht, indem er versucht, diese Levels noch irgendwie als Qualitätskontrolle einzuziehen. Darüber wird jetzt diskutiert. Aber eigentlich geht es um eine Gesichtswahrung für einen Minister, dessen Kernprojekt hier gescheitert ist, und zwar nicht seinetwegen, sondern, weil die die Lobby letztlich erfolgreich gegearbeitet hat.

Jan Kröger

Ein Stichwort gegen diese Reform war ja ein drohendes Krankenhaussterben. Und das ist ein Stichwort, das Karl Lauterbach auch immer wieder aufgegriffen hat, auch in Medienauftritten, als er im Juni z. B. im Morgenmagazin seine Reformpläne noch so begründet hat:

„Wegen der Reform muss überhaupt keine Klinik schließen, weil ohne die Reform, das ist ja unstrittig, haben wir ein Krankenhaussterben, wo auch Krankenhäuser sterben, die wir unbedingt benötigen. Es ist richtig, gerade die privaten Ketten tun sich schwer mit der Reform, weil wir wollen ja das System entökonomisieren. Das heißt, der Gewinn ist dann nicht mehr so zu machen. Und das ist natürlich das Geschäftsmodell vieler privater Kliniken. Daher wird hier gekämpft, um ein Geschäftsmodell, das aber viele kommunale Kliniken nicht mehr bedienen können. Und ich glaube, dass es richtig ist. Wir werden Kliniken verlieren, aber ohne die Reform verlieren wir viel mehr und unsystematisch.“

Das heißt, wenn ich Ihre vorherige Aussage zugrunde lege, wenn die Reform jetzt nun nicht so kommt, kommt also auch das unsystematische Krankenhaussterben?

Alexander Kekulé

Ich mag das Wort Krankenhaussterben nicht, weil wieso stirbt ein Krankenhaus? Also, wenn sie irgendwie so eine marode Bude haben, die eigentlich nur noch dem Landrat dient und die rote Zahlen schreibt, seit langer Zeit, wenn man die dann irgendwann schließt, ist es ja kein Krankenhaussterben, sondern es geht um die Frage, ob Patienten sterben, weil Krankenhäuser schlechte Qualität liefern. Und ich glaube, was Herr Lauterbach da gesagt hat, ist völlig richtig. Und ich kenne seine Position da ja, fast möchte ich sagen, seit Jahrzehnten. Das ist nicht ganz neu. Und er ist auch nicht der

erste Gesundheitsminister, der sich hier versucht. Er hat es ganz klar gesagt. Er sagt, er nennt es Entökonomisierung. Ich finde den Ausdruck jetzt nicht ganz optimal, weil man ökonomisch, also wirtschaftlich, eigentlich immer arbeiten muss. Aber was er damit meint – und er hat es in dem Statement gerade so zwischen den Zeilen auch gesagt, oder zwischen den Klammern gesagt – er meint letztlich was passiert mit den Gewinnen? Also ganz klar ist ja, dass, wenn Sie so Krankenhäuser anschauen, das gilt für den öffentlichen Dienst natürlich auch in anderen Bereichen, dass es da Möglichkeiten gibt, durch bessere Organisation Verluste zu vermeiden, also Kosten zu senken und Reibungsverluste, Dubletten wegzunehmen. Und da gibt es ja tausend Möglichkeiten. Normalerweise stellt man einen teuren Unternehmensberater ein, der macht einem am Schluss ein Konzept, wie man Geld sparen kann, das ist ja richtig so, dass man die Dinge also nicht entökonomisiert, sondern ich würde sagen ökonomisiert. Sie machen das wirtschaftlicher und besser. Und die Frage ist nur, was passiert jetzt mit dem Gewinn? Und das hat er dann eben gerade erklärt: Das Problem ist, in unserem System wie es jetzt so ist, haben Sie so einen eigentlich sehr kapitalistischen Ansatz. Auch wenn ich das Wort als Kampfwort nicht so mag. Die Gewinne werden von den Finanziers eingesackt. Da ist also, was weiß ich, ein ausländischer Konzern, irgendwie ein Finanzinvestor, wie die alle so heißen, weiß man ja, ich nenne jetzt mal absichtlich keine Namen. Das sind also Unternehmen, die nur durch Einsatz von Geld noch mehr Geld machen wollen und die sagen, okay, wir wollen eine Rendite. Wir wollen, soundsoviel Prozent Rendite für das, was wir eingesetzt haben, so ähnlich wie auch bei einer Aktiengesellschaft die Aktionäre bedient werden müssen. Und diese Struktur führt dazu, dass Sie optimieren, Sie ökonomisieren, aber dann wird das Geld, was man dadurch sozusagen freisetzt, nicht verwendet, um zu reinvestieren, um bessere Ausstattung zu haben oder vielleicht auch das Personal besser zu bezahlen und ähnliches. Nein, das wird den Finanzinvestoren zugespielt, die dann sozusagen ihre Rendite dafür kriegen. Das heißt, es ist eigentlich ein Heuschrecken-Verfahren. Diese Häuser werden

ausgesaugt und stehen dann am Schluss mit einem von dem operativen Geschäft sehr stark optimierten System gegenüber. Das ist auch etwas, was nicht alle Ärzte schlecht finden. Also manche freuen sich, wenn es dann so zack zack organisiert ist, mit Checklisten im OP und alle Dinge werden digital erfasst, und man weiß genau, wer wo wie viele Punkte gemacht hat. Das ist nicht unbedingt schlecht für die Struktur im Krankenhaus, statt jetzt immer so den alten Schlendrian laufen zu lassen. Aber es ist dann so, dass nicht investiert wird, in die Infrastruktur und das Geld eben nicht zurückfließt, ich sage mal, keine nachhaltige Investition gemacht wird und dieses Problem sehe ich in vielen Dingen, das haben wir bei den Schulen ja letztlich genauso. Das haben wir in dem Moment, wo Sie sich Infrastruktur irgendwo anschauen. Und es sind ja viele Unternehmen, die früher in der Hand von Gemeinden waren, dann in an Finanzinvestoren übergeben wurden. Die haben die Gewinne abgezogen, aber nicht investiert in die Infrastruktur, sodass die Unternehmen und die Städte und Gemeinden jetzt z. T. mit Problemen dastehen. Und da müssen wir ran. Also wir müssen verhindern, dass die Gewinne sozusagen rausgezogen werden. Und das hat Lauterbach tatsächlich vorgehabt, mit diesem neuen Modell unter anderem und das wird aber nicht funktionieren, weil die Gegner sind einfach zu stark. Ich meine diejenigen, die da ein Interesse daran haben. Er spricht es ja oft an, also er sagt ja, das wird den privaten Klinikkonzernen nicht gefallen. Aber wenn Sie mal gucken, die meisten Gemeinden sind ja heutzutage auch darauf angewiesen, dass sie Co-Investoren aus dem privaten Bereich haben, weil sie ihre eigenen Krankenhäuser gar nicht mehr stemmen können. Und diese Welt, in der Herr Lauterbach da sich wähnt, die gibt es eigentlich nicht. Wo man ganz unabhängig vom Kapital, sozusagen als Staat agieren kann. Diese Entflechtung kann man sich wünschen, aber man muss eben da leider mit diesen Leuten zusammen Lösungen finden. Und das ist hier nicht gelungen.

26:12

Jan Kröger

Im Umfeld dieser Debatte rund um die Krankenhausreform, erschien Ende Juni auch noch eine Analyse der Regierungskommission zur

Krankenhausversorgung, mit einem Befund, der für sich genommen schon Diskussionsgrundlage genug sein könnte. Laut dieser Analyse gebe es nämlich tausende Todesfälle bei Schlaganfällen und schweren Erkrankungen wie Krebs, die sich in dem deutschen Krankenhausssystem vermeiden ließen, wenn das eben bei spezialisierten Kliniken vorgenommen werden würden, diese Eingriffe. Nun kam diese Studie für Herrn Lauterbach natürlich auch als Beleg für seine Reform. Aber vielleicht auch ganz unabhängig, mal von dieser Diskussion: Aktuell betrachtet, wie bewerten Sie das, was die Regierungskommission dort herauskommen hat?

Alexander Kekulé

Das ist völlig richtig. Also unser System ist ineffizient, nach allen Leistungsparametern, die wir haben. Und es sterben auch Menschen, weil unser System nicht so gut ist, weil insbesondere Behandlungen durchgeführt werden, in Zentren, die dafür nicht die Expertise haben, die aber diese Behandlungen auch durchführen wollen, weil sie damit Geld verdienen. Und das muss man, restrukturieren. Das ist völlig richtig. Dass solche Studien gerade jetzt kommen und wer jetzt Zeitung liest, der kriegt natürlich ständig solche Meldungen. Das liegt daran, dass die Akteure, also einerseits die Politik, natürlich, dann aber auch die Krankenkassen, die eine starke Macht in diesem Zusammenhang sind, die gesetzlichen Krankenkassen, und natürlich die Krankenhausbetreiber, die pharmazeutische Industrie, wer da auch alles sozusagen am Rande noch eine Rolle spielt, bis hin zu den Apothekern, die nicht ohne Grund gerade jetzt kürzlich gestreikt haben, all die versuchen jetzt natürlich mit riesigen PR-Abteilungen im Rücken gegenzusteuern. Jeder will da so sein kleines Häppchen abbekommen. Und alle wissen natürlich, dass es jetzt am Ende von Corona ein Moment ist, wo man nochmal zugreifen kann, wo die Stimmung in der Bevölkerung so ein bisschen ist, Mensch, Corona hat doch gezeigt, dass wir gute Ärzte und Krankenhäuser brauchen. Darum glaubt man, dass man jetzt noch mal ein Häppchen kriegt. Aber insgesamt ist die wirtschaftliche Entwicklung ja im Moment eher ungünstig. Es werden da sozusagen Tiefdruckgebiete ange-

kündigt. Und deshalb wissen alle, die Parameter stehen in Richtung Rezession im Moment sogar, dass wir da in eine schlechte Phase reinlaufen, bis hin zur Inflation. Und wenn dann die Krankenhäuser allen Ernstes sagen, ja wegen der Inflation wollen wir jetzt einen Ausgleich haben, das ist im Moment ja die Riesendiskussion. Dass die Krankenhäuser sagen, wir brauchen jetzt unbedingt schnellen Zuschlag, damit das Krankenhaussterben nicht kommt. Da muss ich sagen, einerseits wollen sie keine Reformen, andererseits wollen sie jetzt unbedingt Geld wegen der Inflation. Da würde ich mal sagen, können wir fast eine Umfrage machen, welcher Hörer hätte nicht gerne mehr Geld wegen der Inflation? Ich glaube, das geht nicht. In einer Zeit, wo die ganze Nation den Gürtel enger schnallen muss, muss auch der medizinisch-industrielle Komplex, wie man das so nennen darf, muss da auch mal anfangen zu sparen.

29:08

Jan Kröger

Sie haben schon Umfragen angesprochen, mit vielleicht vorhersehbaren Ergebnissen. Ich zitiere mal eine Umfrage, die vielleicht zeigt, worin der Zwiespalt besteht und weshalb diese Krankenhausreform dann mutmaßlich – wir ziehen ja heute ein Zwischenfazit – am Ende nicht der große Wurf wird. Die Bertelsmann-Stiftung hat kürzlich Umfrageergebnisse veröffentlicht und die Befragten ihre Zustimmung mitteilen lassen. Einmal zu der Aussage: *Wenn ich von einem Spezialisten mit besonders viel Erfahrung behandelt werden kann, nehme dafür längere Wege zum Arzt oder Krankenhaus in Kauf.* 87% sagten Ja. Und dann kam die Aussage: *Kleinere Krankenhäuser auf dem Land sollten unbedingt erhalten werden.* 89% Ja. Ist das genau der Zwiespalt, an dem jetzt auch diese Reformpläne gekrankt haben?

Alexander Kekulé

Das glaube ich nicht. Die Reformpläne, das wird ja von Profis gemacht. Der Zwiespalt, den Sie schildern, ist aber was Anderes. Das ist diese subjektive Komponente, die ja auch Politik in demokratischen Systemen immer hat. Eigentlich ist es doch eine angstgetriebene Diskussion. Jeder hat Angst, dass wenn ihm mal was Schlimmes passiert, dass ihm dann nicht geholfen wird. Und dann gibt es diese Bilder

aus England, wo sich Schlangen vor den Nothilfen bilden, wo man dann hört, dass es über eine Stunde in Großstädten gedauert hat, bis der Rettungswagen kam und solche Dinge, weil die dort wirklich am Ende sind. Und da haben wir alle Angst vor. Darum sagen wir, es doch beruhigend, dass da gleich um die Ecke noch ein Krankenhaus ist. Da kann mich notfalls da jemand hinbringen oder Ähnliches. Für die Menschen, die Angst haben, möchte ich noch einmal wiederholen, was aus meiner Sicht eine Lösung dieses Nähe- oder Ferne-Problems bei den Krankenhäusern sein kann oder auch die beste Lösung sein muss: Wir haben in Deutschland ein sehr gutes Notarztsystem. Wenn bei uns der Notarzt zu jemanden kommt, dann kommt eigentlich ein fahrendes Krankenhaus. Wenn Sie im Ausland zeigen, die Ausstattung unserer Notarztwagen, das glaubt keiner, was da alles drinnen ist. Auch die Ausbildung der Ärzte ist hervorragend. Das heißt diese Primärversorgung, die findet bei uns vor dem Transport statt, dass die Menschen aus dem lebenskritischen, lebensbedrohlichen Zustand rausgebracht werden. Wir sagen dann als Notärzte, stabilisiert werden, für den Transport. Und wenn sie das gemacht haben, dann ist es nicht mehr kritisch, ob der Notarzt mit Tatütata 10 Minuten unterwegs ist, oder 20, oder auch mal 30 Minuten unterwegs ist. Und wenn es wirklich über 30 sind, dann kommt eben der Hubschrauber. Das heißt also, wir haben eigentlich ein System, was den Menschen versichern könnte. Ich meine, vielleicht hätte Herr Lauterbach das genauer erklären müssen, bevor jetzt das Projekt sowieso tot ist. Aber eigentlich hätten wir ein System, wo man sagen kann, es ist völlig egal, ob die nächste kleine Klitsche 30 Minuten weg ist. Wenn du einen Herzinfarkt hast, der wirklich lebensbedrohlich ist, oder einen Hirnschlag, dann will man in die Spezialabteilung gehen, die das können. Da gibt's so Stroke-Units, wie die heißen, die sich also spezialisieren, z. B. auf Hirnschläge und was die da alles machen können, das ist weit, weit über dem, was ein kleines Krankenhaus in der Peripherie leistet. Und da wollen Sie mit einem Hubschrauber oder mit dem Notarzt hingebacht werden. Und dadurch können wir es uns eigentlich ohne weiteres leisten in Deutschland – wir sind ja jetzt nicht Australien, ja – dass wir sagen, bei dieser kleinen Fläche,

die wir haben, fast hätte ich gesagt, die Hälfte der kleinen Krankenhäuser weg oder bzw. als Krankenhäuser weg. Die sollen dann eben so etwas wie Rehakliniken sein oder Prävention machen und ähnliche Dinge, die ja extrem wichtig auch sind und dass man sagt, das Notfallsystem funktioniert eigentlich durch diese mobilen Einheiten. Das kostet einen Bruchteil dessen, was ein ganzes Krankenhaus kostet. Es ist flexibel und jederzeit da und natürlich viel schneller, weil der ist ja dann wirklich bei Ihnen in der Wohnung, wenn es ein Problem gibt, mit seinen Assistenten. Auf die Weise hätte man wirklich auch erklären müssen, dass man den Leuten nicht irgendetwas wegnimmt, wenn man das besser macht, das System. Aber die Bertelsmann-Umfrage zeigt eben, dass diese Angst irgendwie noch da ist. Und die wird eben dann auch getrieben, ganz bewusst z. T., indem man eben dann von Krankenhaussterben redet und Ähnlichem und dann denkt, Mensch, erst stirbt das Krankenhaus, dann stirbt der Mensch, oder so ähnlich, was natürlich Unsinn ist.

Jan Kröger

Ich zitiere noch mal eine weitere Zahl aus dieser Umfrage: 91% sprechen sich aus für grundlegende Reformen im Gesundheitswesen. Und die Vermutung liegt nahe, ein Indiz dafür, dass viele dieses Gefühl haben, sind Nachrichten wie die, dass auch im kommenden Jahr die Krankenkassenbeiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung wieder steigen dürften. Die Bundesregierung erwartet einen Anstieg um durchschnittlich 0,2 Prozentpunkte. Die Krankenkassen haben schon einmal die Zahl 0,4 Prozentpunkte in dem Raum geworfen. Gleichzeitig sagt der Bundesgesundheitsminister, es soll keine Leistungskürzungen geben. Eine grundlegende Reform ist das also erst einmal nicht. Was alles liegt da im Argen, wenn wir jetzt auf diese Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherungen zu sprechen kommen?

Alexander Kekulé

Na, das System kostet immer mehr, immer mehr. Wir sind jetzt bei knapp einer halben Billion Euro, die wir Deutschen dafür ausgeben, oder umgerechnet 13% des Bruttoinlandsprodukts. Also von jedem Euro, den wir verdienen, geben wird 13 Cent für das Gesundheitssystem

aus. So krank sind wir nicht, sage ich immer. Das ist völlig ausgeschlossen. Und wir haben ja auch schon im eigenen Podcast drüber gesprochen, dass das überhaupt nicht mit höherer Gesundheitsqualität gekoppelt ist. Wir liegen in Deutschland eher so im Mittelfeld, z. T. sogar im unteren Mittelfeld, deutlich hinter anderen Ländern, die viel preisgünstigere Gesundheitssysteme haben. Es ist so, da wird in ein System einbezahlt, was eigentlich keine Schleusen hat. Also intern gibt es immer noch zu wenig Kontrollen, wo das Geld hinfließt, und es bedienen sich, ich sag jetzt mal, als Erstes, ohne dass das die wichtigsten sind, an der Stelle, die Ärzte, es bedienen sich die Krankenhäuser, es bedient sich die pharmazeutische Industrie, und es lebt ein riesiger Apparat davon, der eigentlich nicht die Menschen gesünder macht, im weitesten Sinne oder z. T. eben nicht gesünder macht. Und da die Spreu vom Weizen zu trennen und zu sagen, was brauchen wir und was brauchen wir nicht, das ist bis jetzt noch keinem Gesundheitsminister wirklich gelungen. Es gibt viele Versuche, da könnte man lange drüber sprechen. Medikamente werden ja jetzt genauer beurteilt, bevor sie Kassenleistungen werden können und ähnliches. Aber unterm Strich ist es so, dass da noch extrem viel abgerechnet wird. Auch z. T., sage ich mal, zumindest bei Privatpatienten kann ich es, ich bin ja Beamter, darum sehe ich meine Rechnungen, beurteilen. Da steht dann schon manchmal was auf der Rechnung, wo man denkt, mein lieber Scholli, jetzt wollte der aber nun wirklich jeden Euro noch rausholen aus dir und z. T. kann man ganz krass sagen, es sind auch Leistungen, die nie erbracht wurden, was man natürlich nur bemerkt, wenn man das Kauderwelsch dieser Abrechnungen kennt oder versteht. Also da gibt es ganz viele Dinge, die nicht funktionieren. Die Frage, die ich mir stelle, ist, wenn Sie so die pharmazeutische Industrie anschauen, in Zeiten, wo wir wirtschaftlich wirklich Probleme haben und unser Gesundheitssystem, Sie haben es gesagt, jetzt noch teurer wird, weil eben die Reformen nicht geklappt haben und weil Lauterbach da auch nicht weiterkommt... Also Pfizer, der größte Pharmakonzern, ist jetzt bei über 30 Milliarden US-Dollar Gewinn im Moment und das nur bisher in diesem Kalenderjahr. Das wird noch mehr. Johnson & Johnson bei 18,

Merck ist bei knapp 15 usw., Roche bei 13. Also das sind Milliarden Dollar jeweils, die die bisher Gewinn gemacht haben. Wir reden nicht von Umsatz, sodass man eigentlich die Frage stellen muss, nicht so sehr was liegt da im Argen? Da sind ganz viele Dinge nicht im Lot, sondern wo wollen wir hin, mit der Reform? Müssen wir die Qualität verbessern, des deutschen Gesundheitssystems? Da sage ich ja, wäre schön, aber wir sind ja nicht so schlecht, wir sind ja kein Entwicklungsland, bloß, weil wir jetzt im OECD-Vergleich irgendwo im Mittelwert liegen, ist das nicht meine allererste Priorität, jetzt die Qualität anzuheben. Wäre schön zu haben, aber ist nicht das Allerwichtigste. Höchstens vielleicht in der Pflege. Ja, da kann man noch viel machen, weil die Pflegeberufe einfach vernachlässigt wurden. Die kann man auf jeden Fall von der Ausbildung her und auch vom Status und von der Bezahlung her aufwerten. Aber sonst habe ich keine Sorgen wegen unserer Qualität in Deutschland. Was müssen wir also machen? Was ist also der Bedarf, der hier besteht? Und da kann ich nur sagen, der Bedarf heißt, das Ganze ist zu teuer und ist nicht nachhaltig. Und nicht nachhaltig ist eigentlich mit anderen Worten das gesagt, was Herr Lauterbach meint, wenn wir nichts tun, dann gehen Krankenhäuser pleite, weil die einfach zu viel über Verbrauch und über ihre ständigen laufenden Kosten sozusagen wieder ausgeben und nicht in der Lage sind, langfristig irgendwie was zurückzulegen und sich an die technischen Entwicklungen anzupassen. Das heißt also, wir sind nicht nachhaltig und wir sind zu teuer. Und eigentlich müsste jede Gesundheitsreform, damit es irgendetwas bringt, als Ergebnis haben, dass der Politiker hinterher sagt, schaut mal her, wir setzen jetzt den Sozialversicherungsbeitrag nicht um 0,3 hoch, wie es jetzt aussieht für nächstes Jahr, sondern wir gehen mal 0,3 runter.

38:21

Jan Kröger

Es gibt jetzt jede Menge Reformvorschläge, die auf dem Tisch liegen, was das Gesundheitssystem angeht. Schauen wir mal einzelne davon an, wie vielversprechend die sind. Fangen wir mal an, in der Politik und da mit den Regie-

rungsparteien. SPD und Grüne wollen die Beitragsbemessungsgrenze anheben, also es heißt ja, das vom Bruttogehalt nur eine bestimmte Summe zur Berechnung des Krankenversicherungsbeitrags herangezogen wird. Die liegt aktuell bei minimal unter 5000 Euro. Diese Grenze könnte man anheben und dann natürlich mehr Geld für die Krankenversicherung generieren, so der Vorschlag, jedenfalls von einzelnen Vertretern der SPD und der Grünen. Richtige Ansatz?

Alexander Kekulé

Deshalb bin ich zum Glück nicht Gesundheitsminister. Aber ich bin absolut dagegen, überhaupt darüber nachzudenken, wie man in dieses System noch mehr Geld reinpumpen kann. Der andere Weg wäre dringend notwendig, weil wir insgesamt als Wirtschaft dadurch auch darunter leiden. Das geht ja auch um Lohnnebenkosten, um Investitionen ausländischer Unternehmen, die sich dann eventuell hier niederlassen, oder auch nicht. Aber wenn man jetzt unbedingt drüber reden will, wo soll das Geld herkommen? Ja, da passieren natürlich die üblichen Reflexe. Die SPD und die Grünen sagen, Sie haben es gerade gesagt, man soll mehr Geld von den Besserverdienenden holen. Das ist eine politische Frage. Wenn ich als Molekularbiologe zu politischen Fragen was sagen darf, ohne es überzubewerten... Es ist ja historisch so, dass die Solidargemeinschaft des Versicherungssystems, was wir nun in Deutschland haben – es gibt andere Systeme, aber bei uns ist es so, wir haben, die Sozialversicherungen wurden ja irgendwann mal eingeführt und die funktionieren eigentlich von dem Grundgedanken, dass alle Menschen irgendwie Gesundheitsleistungen brauchen. Das Gleiche gilt ja auch für Renten und ähnliches. Und dass man einzahlt im Verhältnis zu dem, was man später wieder rausnimmt. Also am einfachsten ist es bei den Renten. Wenn Sie viel eingezahlt haben, kriegen sie viel Rente. Das weiß jeder. Beim Gesundheitssystem ist so eine ähnliche Idee, dass man sagt wir brauchen eine bestimmte Menge Geld. Jeder hat ein unterschiedliches Risiko. Der eine kriegt sein Leben lang keinen Herzinfarkt, der andere hat gleich drei nacheinander. Da kann keiner wirklich was dafür. Und deshalb halten wir da alle zusammen als Gesellschaft. Das finde ich eigentlich

einen ganz tollen Ansatz. Und das muss man auch betonen, das ist nicht überall auf der Welt so, oder in vielen Teilen der Welt nicht so. Und dieses soziale System ist ein wichtiger Grund, warum wir einen guten gesellschaftlichen Zusammenhang in Deutschland haben. Also dass man einfach weiß, auch als armer Kassenpatient, wenn ich richtig krank bin, dann wird mir hier geholfen. Und es ist nicht so, wie, was weiß ich, in Ostblockstaaten z. T. dass der Sanitäter schon fragt, wie viel man Bar in der Hand hat, damit er einen überhaupt ins Krankenhaus fährt. Aber die Idee ist ja, ich zahle für eine Leistung ein und indem man jetzt sozusagen diese Steigerung hat, also diese Bindung an das Einkommen, wird durch die Hintertür da eigentlich ein sozialer einkommensabhängiger Ausgleich gemacht. So eine Art Sozialausgleich, der typischerweise eigentlich im Steuersystem passiert, durch die Steuerprogression. Wer mehr Geld verdient, soll mehr Steuern zahlen. Das kommt jetzt hier sozusagen über die Sozialsysteme auch noch mit rein. Das ist eigentlich eine Unsauberkeit, die wieder was damit zu tun hat, wie transparent Dinge sind, weil Politiker wollen halt die Steuern nicht erhöhen, weil sie beim nächsten Mal wiedergewählt werden wollen. Also erhöhen sie irgendwie die Sozialleistungen. Da fällt es vielleicht nicht so auf. Aber letztlich ist es auch eine verdeckte Steuer, die da bezahlt ist. Ich persönlich bin der Meinung, dass man da lieber Ross und Reiter nennen sollte und sagen sollte, das und das müssen die Reichen abgeben dafür, dass soziale Ungerechtigkeiten bekämpft werden. Und ich bin dagegen, das über eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze zu machen.

42:16

Jan Kröger

Die größte Oppositionspartei, die CDU, die sortiert sich derzeit inhaltlich, plant ein neues Grundsatzprogramm. Da ist bislang nur relativ unkonkret von einem Paradigmenwechsel hin zu mehr Eigenverantwortung, aufbauend auf Prävention die Rede. Mehr Eigenverantwortung, das ist natürlich jetzt ein Spektrum. Da entstehen viele Möglichkeiten. Ich bringe mal ein Extrembeispiel, das auch vor einigen Wochen durch die Bild-Zeitung öffentlich wurde. Dort hat sich der Ökonom Bernd Raffelhüschen geäußert. Der hat gesagt, Versicherte sollen bis

zu 800 Euro pro Jahr selbst zahlen. Und Raucher, Übergewichtige und Sportler, die Risikosportarten betreiben, sollen ohnehin mehr belastet werden. Das will ich jetzt gar nicht mit der CDU in Verbindung bringen, mit diesem Wort Eigenverantwortung, aber ja, wie weit können wir da in diese Richtung gehen, vielleicht?

Alexander Kekulé

Ich habe auch den Vorschlag der CDU mir angesehen. Also das ist ja relativ kurz. Das sind Allgemeinplätze. Also, dass man sagt, es wäre natürlich eine schöne Welt, wenn wir also Leute hätten, die sehr viel Eigenverantwortung haben, alle wahnsinnig gesund sind und gesund leben und wir dadurch unsere Gesundheitskosten senken würden. Das haben alle immer wieder versucht. Das muss man parallel versuchen, halte ich auch für einen ganz wichtigen Zug. Also ich bin der Meinung ein wichtiges Element für ein besseres Gesundheitssystem, ist aus meiner Sicht ganz klar der kluge und aufgeklärte Patient, der nicht unbedingt immer ängstlich zu einem Arzt trennt, weil er gerade mal ein bisschen Halsschmerzen hat, obwohl er eigentlich auch einen Tag warten könnte, ob es vielleicht wieder weggeht, der auch nicht zum Arzt geht, nur um sich krankschreiben zu lassen und dann sozusagen sekundär davon zu profitieren. Aber dieses Stichwort Eigenverantwortung und auch die anderen, ehrlich gesagt Schlagworte, anders kann man es nicht nennen, die da in dem CDU-Vorschlag sind, die werden keine Reform tragen. Das ist irgendwie nur, weil die auch was dazu sagen wollten. Konkrete Vorschläge ja, die kommen eben jetzt. Manche Leute müssen ja dann auch das Drohpotenzial aufbauen. Ich bin fast sicher, dass das im Hintergrund ein bisschen abgestimmt ist. Irgendeiner muss dann sagen, dann muss eben jeder selber was zahlen. Konkret von dem Herrn Raffelhüschen ist ja der Vorschlag, dass die Menschen am Anfang die ersten Kosten bei Arztbesuchen selber tragen müssen, regelmäßig. Ich finde, es soll keine Schwelle eingebaut werden, für Menschen zum Arzt zu gehen. Das ist ja das, was wir im Ausland z. T. haben, dass man erst einmal zahlen muss und dann kommt der Arzt. Das hätte die Gefahr, dass man dann manchmal auch zu spät kommt. Und dann wird es am

Ende auch nur teurer und der Patient hat vielleicht auch weniger Aussichten auf eine gute Behandlung. Das heißt also, ich glaube, man sollte keine Schwelle haben, zum Arzt zu gehen, wenn man wirklich Bedenken hat, sondern man muss sich was überlegen, so diese Allerweltswehwehchen... dass man vermeidet, dass die Leute da wegen Kleinigkeiten ständig zum Arzt rennen oder sogar, was ja leider auch z. T. gang und gäbe ist, in die Nothilfen der Krankenhäuser zu rennen. Also da muss man was einbauen. Aber zu sagen, du musst die ersten soundsoviel hundert Euro selber bezahlen, das halte ich für gefährlich, weil Patienten dann möglicherweise auch Symptome von ernsthafteren Erkrankungen absichtlich ignorieren oder nicht so ernst nehmen, weil sie die Kosten scheuen. Sollte man an anderer Stelle glaube ich steuern. Die andere Diskussion ist uralte, dass man sich die Frage stellt, ist das eigentlich fair? Ist es eigentlich noch Solidargemeinschaft? Wem will ich helfen? Wem will ich nicht helfen? Dass man quasi erheblichen Aufwand hat, für Alkoholiker, wenn man sich überlegt, welche irrsinnigen Kosten alkoholbedingte Erkrankungen machen? Nicht nur Alkoholiker im Sinne von Krankheit, die also sozusagen das erklärte Krankheitsbild haben, sondern Menschen, die einfach viel Alkohol trinken und dadurch krank werden, immer noch das Rauchen, obwohl das stark zurückgegangen ist und inzwischen, so fast, kann man sagen, als Nummer eins, das Übergewicht. Soll man sozusagen Leuten, die unvernünftig leben, im weitesten Sinne, sagen, wir wollen für euch da jetzt nicht mehr solidarisch mitbezahlen? Das ist eine schwierige Diskussion, weil die Momente im Leben, wo man entscheiden kann, ob man den einen oder einen anderen Weg geht, das sind nicht so viele, und das ist auch individuell ganz unterschiedlich da. Der eine hat vielleicht wirklich sich gehen lassen und ist deshalb wahnsinnig dick geworden. Der zweite hat irgendetwas Genetisches. Der dritte kommt aus sozialen Verhältnissen, wo man das nie trainiert hat, wo die Eltern bei kleinen Kindern schon anfangen, Süßgetränke auszuteilen, und zwar nicht die mit Süßstoff, sondern die mit Zucker drinnen, und und und. Also, das ist sehr schwierig. Man müsste das auf jeden Fall von so einer Art Schuldfrage loslösen und diese ganzen Vorschläge, die gehen immer so ein bisschen in die

Richtung: Ja dann musst du eben einen höheren Beitrag zahlen, wenn du Raucher bist. Wie soll das funktionieren? Also ich bin der Meinung, dass man das eher durch so in Anführungszeichen „pädagogische Maßnahmen“ versuchen sollte, zu erreichen. Und das sind Verbrauchssteuern. Wir haben ja Verbrauchssteuern auf Alkohol z. B. schon. Aber es gibt noch keine richtigen Verbrauchssteuern auf zuckerhaltige Produkte oder anderweitig nachgewiesene ungesunde Produkte. Ich finde solche Verbrauchssteuern, wenn sie dann auch dort landen, wo sie hinsollen, nämlich dann wieder im Gesundheitssystem, die wären eigentlich eine sinnvolle Entlastung aus meiner Sicht.

47:36

Jan Kröger

Was Herr Lauterbach ja bisher noch nicht diskutieren möchte, sind Leistungskürzungen. Die aber werden auch durchaus schon ins Gespräch gebracht. Ganz konkret, von Ralf Hermes. Das ist der Chef der IKK-Innovationskasse, also einer Krankenkasse. Und er hat sich kürzlich im Interview mit dem Handelsblatt geäußert und konkrete Vorschläge gemacht. Er würde kürzen, in drei Bereichen: Zahnärztlicher Behandlung, Zahnersatz und Homöopathie. Wenn wir das vielleicht mal als Anlass nehmen, darüber zu sprechen, kommen wir über kurz oder lang nicht um Leistungskürzungen in diesem Gesundheitssystem herum?

Alexander Kekulé

Das ist Unsinn, weil das muss ja dann auf andere Weise bezahlt werden. Oder es wäre eine Abkehr von diesem Sozialsystem, was ich gerade eingangs gelobt habe. Klar, man kann natürlich sagen, warum sind zahnärztliche und Zahnersatzleistungen so wahnsinnig teuer, im Verhältnis? Also, wenn man sich die Zahlen wirklich schwarz auf weiß anschaut, ist es so, dass die Zahnmedizin dafür, dass das Gebiss ja auch nur ein relativ kleiner Teil des Körpers ist, wenn Sie so wollen, unverhältnismäßig teuer ist. Also das liegt einfach daran, dass Zahnärzte keine Ärzte sind, sondern eine andere Profession in Deutschland und ein anderer Stand. Wir sind ja ein ehemaliger Ständestaat in Deutschland. Der braucht natürlich seine eigene Ständevertretung, der braucht seine eigenen Pfründe, von denen er schöpfen kann. Und wenn Sie jetzt, was weiß ich, Zahnärzte mit

Nierenärzten vergleichen würden, oder selbst wenn Sie es mit Kardiologen oder Herzärzten vergleichen, sind im Verhältnis dazu zahnärztliche Leistungen teuer. Aber ich glaube nicht, es wäre einfach völlige Fantasiewelt, wenn man sagt, wir wollen das jetzt irgendwie anders strukturieren. Und solange das nicht möglich ist, bin ich der Meinung, es muss so sein, dass wir für jede Krankheit, die wir haben, auch grundsätzlich, ohne dass man privat versichert ist, in Deutschland weiß, da wird mir geholfen. Das wird behandelt. Punkt. Egal, welchen Hintergrund ich habe, das ist ein ganz wichtiger sozialer Faktor. Wenn man Leistungen einspart, dann ist es aus meiner Sicht richtig, mal zu gucken, welche Leistungen bringen überhaupt was, welche machen die Menschen wirklich gesünder? Darum finde ich diese Aussage von Herrn Lauterbach, der dann immer sagt, es gibt keine Leistungskürzungen, das ist so politisch, das ist so wie die FDP immer sagt, es gibt keine Steuererhöhungen. Aber letztlich ist es so, das soll ja kein Mantra sein, von irgendjemandem, sondern man muss überlegen, bestimmte Leistungen machen einfach nicht gesünder. Und das ist wahrscheinlich so, da gibt es ja verschiedene Studien, dass zwischen 30% und 50% der Leistungen, die erbracht werden in der Medizin, am Ende des Tages den Patienten nicht gesünder machen, nicht glücklicher machen, nicht länger leben lassen. Außer glücklicher machen, wenn er sich überhaupt darüber freut, mal mit dem Arzt zu reden, zum Arzt zu gehen. Also abgesehen, von diesem kleinen, sage ich mal psychologischen Effekt. Und die müsste man eigentlich rausfiltern. Und es gibt eben, wie gesagt, auch Leistungen, die gar nicht erbracht wurden, oder – ich kann das ja mal sagen: Kürzlich fasst mich ein Arzt am Finger an und sagt, spüren Sie da was nach einer Operation? Und dann sage ich ja, das spüre ich. Ich habe mir noch überlegt, wieso der das jetzt prüft, weil er ja eigentlich am Nerv operiert hat. Als ich dann die Rechnung gekriegt habe, wusste ich, warum er das geprüft hatte. Da steht nämlich dann neurologische Untersuchungen drauf, mit einer Kostenstelle hintendran. Aber das ist nicht das Hauptproblem, sondern das Hauptproblem ist, dass auch viele Therapien absolut nichts bringen. Man muss ja mal überlegen, also wenn sie so wahnsinnig teuer sind, ja, Krebstherapien z. B., und

die werden jetzt immer teurer. Das ist ja, wenn wir in die Zukunft gucken, z. T. gruselig. Da haben Sie Millionenbeträge, um einzelne Patienten zu behandeln, mit diesen ganz neuen biologischen Therapien. Und da meine ich, müssen wir wirklich überlegen gemeinsam, wenn es eine Studie gibt, mit wenigen Teilnehmern, die sagt, dass ich mit dieser Therapie durchschnittlich irgendwie von einem 70-jährigen Krebspatienten im Mittelwert noch drei Monate Lebenszeit raushole, bei allen Nebenwirkungen, die so etwas haben kann, dann wird es heutzutage eben bezahlt. Und da müssen wir überlegen, Stichwort Solidargemeinschaft, muss das sein? Muss das sein, dass man sozusagen so fast experimentelle Therapien, wo dann vielleicht fünf Jahre später die Pharmafirma sagt, tut uns leid, wir haben das noch mal überprüft, es hat doch nicht so viel gebracht, danke für die Milliarden, die wir damit verdient haben? Da glaube ich, da brauchen wir strengere Prozesse, die das dann prüfen. Und müssen wir eigentlich als Gesellschaft uns überlegen, wieviel Prozent mögliche Lebensverlängerung wollen wir denn bezahlen? Ganz klar ist, wenn einer einen schweren Unfall hat, wird man immer alles machen. Da ist auch kein Hubschraubertransport und nichts zu schade. Aber bei diesen Grenzzwischenentscheidungen, wo es ja auch viele Menschen gibt, die sagen, nein, also diese Therapie will ich jetzt nicht machen, da verzichte ich mal drauf und akzeptiere einfach, dass ich eine unheilbare Erkrankung habe. Das ist vielleicht, die CDU hat ja gesagt, Paradigmenwechsel. Ich glaube, wir müssen da vielleicht in der Denke ein bisschen umsteigen, dass wir einen Teil der Krankheiten auch akzeptieren, dass die dann eben schicksalhaft sind.

Jan Kröger

Und die schwerste Frage, die kommt jetzt zum Schluss: Was davon, was von diesen Reformvorschlägen ließe sich denn tatsächlich auch umsetzen, womöglich sogar kurzfristig?

Alexander Kekulé

Ich glaube, dass wir, wenn Sie politisch gucken, was umsetzbar ist, gerade kurzfristig, da wird nichts passieren. Es wird rauskommen, dass Herr Lauterbach am Ende dieser Legislaturperiode das nicht erreicht hat, was er machen

wollte, nämlich das Gesundheitssystem zu verbessern, oder vor allem zu verschlanken. Wir werden am Schluss schlechter dastehen, als vorher. Ich würde es auch dem Bundesgesundheitsminister jetzt gar nicht... Ich glaube, das liegt nicht an ihm. Also wie gesagt, er ist wirklich einer der absoluten Experten in diesem Gebiet. Ich sage mal, so ein bisschen aus meiner Position: Er kennt sich dort besser aus, als mit Corona, aber er hat natürlich auch in der Corona-Krise einen Teil seiner Autorität eingebüßt, sozusagen sein Pulver verschossen, wenn nicht sogar das Pulver nass gemacht. Und das fällt ihm jetzt ein bisschen auf die Füße. Wenn man so sieht, wie die Länder jetzt da dem Gesundheitsministerium auf der Nase rumtanzen und quasi diese Reform komplett zerrupft haben, natürlich mit der Schützenhilfe der Krankenhausgesellschaft, usw. Und im Hintergrund ist natürlich auch die pharmazeutische Industrie beteiligt. Da hat er da zu viele Gegner, zu wenig Freunde und aus seiner Position gibt es keine kurzfristige Maßnahme, die ergriffen wird, sondern es wird so sein, dass es teurer wird. Und Herr Lauterbach wird natürlich zu seiner eigenen Gesichtsrettung mithilfe einer wissenschaftlichen Kommission dann erklären, dass es zwar teurer ist, aber damit die Qualität gesteigert worden wäre. Letzteres wage ich einfach mal zu bezweifeln, weil es wird eben genau zu dem kommen, was er auch von Anfang an befürchtet hat, nämlich, dass die Krankenhäuser nicht weniger kosten, das aber dann natürlich Kliniken Pleite machen, sodass wir unterm Strich ein unkontrolliertes, wie er das nennt, Krankenhaussterben haben. Und das einzige, was man möglicherweise relativ kurzfristig angehen kann, ist das Thema Medikamentenpreise. Ich glaube, dass die pharmazeutische Industrie überproportional viel verdient, z. T. zumindest. Also wir reden jetzt nicht von diesen Billig-Generika, die irgendwie gegen Schnupfen oder Ähnliches mal schnell hergestellt werden und abgegeben werden, ohne Rezept, sondern an den teuren Medikamenten verdient die pharmazeutische Industrie sehr, sehr viel. Und ich glaube, da könnte die Politik schon eine Steuerung einbauen, dass das nicht völlig ausufert. Also wenn Sie jetzt mal daran denken, es gibt ja Impfungen, die kosten inzwischen mehrere hundert Euro, die sie dafür be-

zahlen müssen quasi, dass man zweimal geimpft wird. Und wenn man sich dann anschaut, wie die Impfstoffe hergestellt wurden, oder wie die entwickelt wurden, das ist so ein Bereich, den ich natürlich ein bisschen besser im Blick habe, als andere Therapiebereiche. Dann ist es so, die wissenschaftlichen Entwicklungen, auf denen die pharmazeutische Industrie aufbaut, wurden immer staatlich finanziert. Das sind Universitäten gewesen, staatliche Forschungsinstitute, die haben bestimmte Zellkulturmethoden, bestimmte Adjuvanzen, also Wirkverstärker, erforscht. Die haben die immunologischen Grundlagen dazu erforscht und aufbauend auf diesem Know-how, was quasi letztlich aus Steuergeldern bezahlt wurde, nicht nur deutschen, das ist ja viel internationale Forschung. Geht da eine Pharmafirma hin und entwickelt das dann ein Stückchen weiter, z. T. auch mit Wissenschaftlern, die ausgebildet wurden vom Staat vorher und sagt dann gut, jetzt haben wir da konkrete Anwendungen dafür, das patentieren wir und da verdienen wir dann sozusagen richtig viel Geld mit. Ich glaube, wenn man das klarmacht, dass eigentlich moderne pharmazeutische Forschung immer auch die Spitze eines Systems ist, wo eine riesige Basis eigentlich von Steuergeldern staatlich finanziert wird, dann hat man eigentlich ein gutes Argument, zu sagen, ihr dürft da nicht beliebig viele Gewinne wieder rausholen, sondern wenn man da dafür sorgen würde, dass das ein bisschen transparenter ist, dass klar ist, wie viel da investiert wurde und dass, wenn man sagt okay, die Investitionen sind wieder drinnen, dann gibt es eine gewisse Gewinnmarge, und ab irgendeinem Punkt ist dann der Moment erreicht, wo man einfach einen Preisdeckel draufsetzt und sagt, okay, habt jetzt da euch refinanziert. Also das ist ein Bereich, wo ich glaube, wo man was machen könnte und wo es auch gute Argumente dafür gibt, ohne dass man jetzt zu stark in die Marktwirtschaft eingreift.

Jan Kröger

Damit sind wir am Ende der 28. Folge von Kekulé's Gesundheits-Kompass. Die nächste Folge gibt es dann in zwei Wochen zu hören, dann wird meine Kollegin Susann Böttcher mit Ihnen sprechen. Für heute danke ich Ihnen, Herr Ke-

kulé. Wir sprechen uns dann nächsten Donnerstag wieder, in Kekulés Corona-Kompass. Bis dann, tschüss!

Alexander Kekulé

Bis dann, Herr Kröger, ciao!

Jan Kröger

Wenn Sie ein Thema haben, über das Sie mehr erfahren möchten, oder eine Frage, dann schreiben Sie uns eine Mail an gesundheitskompass@mdr-aktuell.de. Kekulés Gesundheits-Kompass gibt es als ausführlichen Podcast in der App der ARD-Audiothek und überall sonst, wo es Podcasts gibt und wer das eine oder andere Thema noch einmal vertiefen möchte, alle wichtigen Links zur Sendung und alle Folgen zum Nachlesen finden Sie unter Audio und Radio auf mdr.de.

MDR Aktuell: „Kekulés Gesundheits-Kompass“