



KKKV

Verband der Katholiken
in Wirtschaft und Verwaltung e.V.

**Demografischer Wandel
und die Kosten
für Gesundheit und Pflege
– auf Dauer finanzierbar
für alle?**

- Karl-Josef Laumann
- Prof. Dr. med. Hans Georg Nehen
- Dirk Ruiss
- Dr. Frank Wild

22

Dokumentation

KKV-Herbstforum am 2. November 2015
in Essen

KKV-Diözesanverbände
Essen e.V.,
Köln, Paderborn

Inhalt

Begrüßung	3
Karl-Josef Laumann,	6
Prof. Dr. med. Hans Georg Nehen.....	15
Dirk Ruiss.....	20
Dr. Frank Wild	26
Schlusswort.....	32
Ein Verband stellt sich vor	36

Begrüßung

Reinhard Schaffrick

Vorsitzender KKV Diözesanverband Essen

Demografischer Wandel und die Kosten für die Gesundheit und Pflege
– auf Dauer finanzierbar für alle?

Das ist das Thema unseres heutigen 22. Herbstforums

Ich begrüße die Mitglieder des heutigen Podiums:

Herrn Staatssekretär Karl-Josef Laumann (Politik)

Herrn Prof. Dr. Hans Georg Nehen (Medizin)

Herrn Dirk Ruiss (gesetzliche Krankenkassen)

Herrn Dr. Frank Wild (Privatkrankenkassen)

und den Moderator Herrn Martin Korte.

Herr Korte wird die Mitglieder des Podiums und sich noch etwas umfassender vorstellen.

Seien Sie uns herzlich willkommen.

Besonders freue ich mich die Leiterin des Regionalbüros Westfalen der Konrad-Adenauer-Stiftung Frau Beate Kaiser begrüßen zu dürfen.

Die Konrad-Adenauer-Stiftung ist unser Kooperationspartner bei dieser Veranstaltung seit vielen Jahren.

Frau Kaiser, wir genießen die gute und fruchtbare Zusammenarbeit und freuen uns auf weitere gute Jahre dieser Kooperation.

Heute haben wir auch den neuen Oberbürgermeister der Stadt Essen Herrn Thomas Kufen als Gast unter uns.

Herr Oberbürgermeister, wir möchten uns in die große Zahl der Gratulanten mit unseren herzlichen Glück- und Segenswünschen zu Ihrer Wahl einreihen.

Seit dem 21. Oktober bekleiden Sie offiziell Ihr neues Amt, auf das Sie am 8. Oktober, also vor sechs Tagen vereidigt worden sind. Sie wissen, Sie befinden sich auf der Spur und in der Nachfolge unseres ehemaligen Bundespräsidenten Gustav Heinemann der von 1946-1949 Oberbürgermeister der Stadt Essen war. Die Lösung der vielen Aufgaben, die auf Sie zukommen, ist nicht einfach aber auch nicht unlösbar. Wir wünschen Ihnen die benötigte Fortune in Ihrem Amt zum Wohle der Ihnen anvertrauten Menschen der Stadt Essen und darüber hinaus und vor allem wünschen wir Ihnen bei der Lösung der Aufgaben eine große persönliche Zufriedenheit.

Wir freuen uns, dass Sie sich bei Ihrem wahrscheinlich bereits vollen Terminkalender die Zeit genommen haben, heute bei uns zu sein und auch ein Grußwort an uns zu richten.

Ihnen ein herzliches Willkommen

Allen KKV-innen und KKV-ern von nah und fern, besonders unserem Bundesvorsitzenden Herrn Bernd Wehner herzliche Willkommensgrüße.

Meine sehr geehrte Damen und Herren, die Sie heute unsere Gäste sind.

Ich begrüße Sie alle zu unserer heutigen Veranstaltung.

Nicht vergessen möchte ich die Vertreter der Presse, die ich ebenfalls herzlich begrüße.

In dem Vorwort zu unserer heutigen Einladung haben wir die Frage gestellt: Milliardengrab Gesundheit?

Sind die Kosten für unsere Gesundheit wirklich ein Milliardengrab?

Gesundheit, ein Aktionsfeld bei dem Milliarden der öffentlichen Haushalte und der privaten Haushalten versenkt werden?

Da jede Medaille zwei Seiten hat, will ich wichtige Gesichtspunkte der zweiten Seite der Medaille in die heutige Diskussion einführen.

In Zusammenhang der Facetten unseres heutigen Themas müssen wir von der Gesundheitswirtschaft reden.

Dieses Wirtschaftsfeld wird von Prof. Hilbert, dem geschäftsführenden Direktor des Instituts für Arbeit und Technik an der Westfälischen Hochschule in Gelsenkirchen, als das Wirtschaftsfeld mit dem größten Potenzial definiert.

Ein Potenzial an Arbeitsplätzen, an Umsatz und an Investitionen. Eine Branche die man als heimliche Heldin des Strukturwandels, besonders hier bei uns im Ruhrgebiet, bezeichnen kann.

Bei der weiteren Entwicklung dieses Wirtschaftsfeldes ist in den nächsten Jahren die Schaffung weiterer von der Anzahl und vom Kompetenzbedarf nicht unerheblicher Arbeitsplätze zu erwarten.

Gesundheit ist ein volkswirtschaftlich hoch interessantes Thema und wird zum Treiber positiver volkswirtschaftlicher Entwicklung.

Neben den zu erwartenden Arbeitsplätzen sind Investitionen zu erwarten, die besonders notwendig werden in Zeiten einer älter werdenden Gesellschaft, und zwar in anwendungsorientierter Forschung und Entwicklung, besonders für diesen Personenkreis und auch darüber hinaus.

Damit sind wir wieder bei unserer thematischen Überschrift des heutigen Herbstforums: und zwar
– auf Dauer finanzierbar für alle?

Ist das nicht ein riesiger Spagat aller öffentlichen Bemühungen und aller privaten Investoren, Gesundheit für alle bezahlbar zu gewährleisten?

Ich und ich denke Sie alle sind gespannt, was uns unsere heutigen Experten zu dieser komplexen Thematik mit auf den Weg geben werden.

Nach dem Frau Kaiser für die Konrad-Adenauer-Stiftung und der Oberbürgermeister der Stadt Essen Herr Thomas Kufen ihre Grußworte an uns gerichtet haben, wird Herr Korte die weitere Moderation dieser Veranstaltung übernehmen.

Ich wünsche Ihnen einen spannenden Spätnachmittag mit vielen interessanten Informationen und Impulsen für Ihre eigene Meinungsbildung zu dem heutigen Themenkreis.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Karl-Josef Laumann,

Staatssekretär, Patientenbeauftragter

und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung

Die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems ändern sich. Da ist vor allem der demografische Wandel: Die Lebenserwartung steigt seit über 50 Jahren kontinuierlich an. Seit 1960 haben Männer im Durchschnitt 10,8 und Frauen 10,4 Jahre an Lebenserwartung gewonnen. Zugleich setzt sich die Bevölkerungsalterung fort. Die Altersgruppe der über 67-Jährigen wächst bis 2030 voraussichtlich um 27 Prozent, die der über 80-Jährigen sogar um 43 Prozent gegenüber heute.

Die Erwerbsbevölkerung im Alter zwischen 20 und 66 Jahren wird zudem den Prognosen zufolge bis 2030 um bis zu 3,5 Millionen (6,9 Prozent) abnehmen. Das hat nicht nur Folgen für die Finanzierung des Gesundheitswesens. Es führt vor allem auch zu veränderten Anforderungen an die im Gesundheitswesen Tätigen und nicht zuletzt zum vielfach befürchteten Fachkräftemangel. In der Pflege ist der Mangel an Fachkräften zum Beispiel schon lange ein großes Thema. In den letzten Jahren ist nun auch der drohende Ärztemangel in den Fokus gerückt.

Eine weitere wesentliche Rahmenbedingung, die einen nachhaltigen Einfluss auf unser Gesundheitswesen hat, ist die fortschreitende Digitalisierung der Gesellschaft. Neue digitale Informationswege bieten große Chancen für die Versorgungsqualität, wenn sie zum Beispiel die Versorgung zügiger machen und eine bessere Abstimmung erlauben. Aber sie stellen das System und die im Gesundheitswesen Tätigen auch vor neue Herausforderungen, etwa in Sachen Datensicherheit. Und: Mit der Digitalisierung und der damit gestiegenen Verfügbarkeit von Gesundheitswissen geht ein kultureller Wandel einher: Patientinnen und Patienten werden immer aufgeklärter, aber vielfach auch verunsicherter.

Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung in dieser Legislaturperiode eine Reihe wichtiger Gesetzesänderungen auf den Weg gebracht, um diesen Wandel im Sinne der Bürgerinnen und Bürger zu gestalten, darunter nicht zuletzt die Pflegestärkungsgesetze, das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das Krankenhausstrukturgesetz, das Hospiz- und Palliativgesetz oder das E-Health-Gesetz. Ein wesentlicher Gedanke, der dahinter steht, ist, dass unser Gesundheitssystem kein Selbstzweck ist. Die Patientinnen und Patienten müssen im Mittelpunkt stehen.

Denn leider müssen wir immer noch konstatieren: Die Patientenorientierung ist im Gesundheitswesen keineswegs überall umgesetzt. Das wird eine der wichtigsten Herausforderungen der nächsten Jahre werden. Denn die Liste der von Patientinnen und Patienten geschilderten Probleme in unserem Gesundheitssystem ist lang: mangelnde Transparenz, unzureichende Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten, auf der einen Seite Untersuchungen und Behandlungen, deren Nutzen für den Patienten unklar ist, und auf der anderen Seite Wartezeiten auf dringend benötigte Maßnahmen.

Zum Teil sind diese Probleme sogar objektiv messbar. So hat die Bertelsmann Stiftung bei verschiedenen Operationen große regionale Unterschiede festgestellt. Medizinisch oder durch die Bevölkerungsstruktur lässt sich das nicht erklären. Also muss es andere Gründe haben. Und vor allem lässt es den Verdacht zu, dass Patienten von ihren Ärzten nicht immer die Behandlung nahe gelegt wird, die den größten Nutzen für den Patienten hat.

Im Ergebnis führt das dazu, dass das Vertrauen in das Gesundheitssystem immer weniger wird. Patienten haben oftmals den Eindruck, dass Krankenkassen und Ärzte nicht in erster Linie an ihrem Wohl, sondern vielmehr am eigenen Profit sind. Nicht selten müssen sie um die ihnen zustehenden Leistungen kämpfen oder werden gegenüber anderen Patienten benachteiligt. Ärzte und Pflegepersonal stehen unter Zeitdruck und sehen sich immer öfter unzufriedenen und misstrauischen Patienten gegenüber. Am Ende einer solchen Entwicklung ist dann Frustration bei allen Beteiligten vorhanden.

Gerade deshalb ist ein Umbruch im Gesundheitswesen im Hinblick auf die Patientenorientierung notwendig. Patientinnen und Patienten erwarten zu Recht, an Entscheidungen sowohl für die eigene Gesundheit, aber auch für das Gesundheitswesen insgesamt selbst beteiligt zu werden. Die Einrichtungen des Gesundheitswesens – Krankenkassen, aber zum Beispiel auch Ärzte und Kliniken – müssen endlich akzeptieren, dass sie sich an den Bedürfnissen und Präferenzen der Patienten orientieren müssen, wenn sie zukunftsfähig sein wollen.

Deshalb ist es darüber hinaus auch so wichtig, dass Patienten über Informationen verfügen, die ihnen erlauben, eine gut informierte und selbstbestimmte Entscheidung zu treffen. Patienten haben zwar jetzt schon die Wahl zwischen den verschiedenen Krankenkassen, Ärzten, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Um ihre Wahlrechte aber auch wirksam wahrnehmen zu können, benötigen sie Transparenz – auch und vor allem über die Qualität der angebotenen Leistungen.

Nehmen wir das Beispiel Krankenkassen: Der Gesetzgeber hat sich bewusst für einen Wettbewerb unter den Krankenkassen entschieden. Der Zusatzbeitrag ist dabei für die Versicherten ein wichtiges und vor allem augenfälliges Kriterium. Aktuell haben viele Krankenkassen den Zusatzbeitrag erhöht. Die Versicherten können nun von ihrem Recht Gebrauch machen, ihre Krankenkasse wechseln. Viele tun das auch.

Ich sage zugleich aber auch: Der Zusatzbeitrag ist ein wichtiges Kriterium, aber nicht das einzige wichtige Kriterium. Bei der Entscheidung sollten Versicherte auch mit berücksichtigen, welche Leistungen ihnen die Krankenkassen jeweils anbieten. Denn der Wettbewerb in der GKV wird nicht allein über die Zusatzbeiträge geführt.

Jeder muss zum Beispiel für sich selbst auch die Frage beantworten, welche Leistungen, die eine Krankenkasse zusätzlich anbietet, ganz persönlich interessant sein könnten: Besondere Versorgungsprogramme? Bonusprogramme? Alternative Heilmethoden? Mindestens genauso wichtig ist die Antwort auf die Frage, ob Krankenkassen ihre Versprechungen, die so schön auf der Internetseite gemacht werden, auch tatsächlich einhalten. Wie hoch ist zudem eigentlich die Quote der Ablehnungen bei den beantragten Leistungen? Und wie viele von

den abgelehnten Anträgen werden dann im Widerspruchsverfahren doch genehmigt? Das sind wichtige Indikatoren für die Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenkassen. Darüber brauchen wir das größtmögliche Maß an Transparenz.

Nehmen wir ein weiteres Beispiel: die Krankenhäuser. Die Weisse Liste gibt mir als Patientin und Patient schon einige gute Anhaltspunkte, wie etwa ein Krankenhaus ausgestattet ist und welche Behandlungen vorgenommen werden. Aber was ist zum Beispiel mit Infektionen mit resistenten Keimen? Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sind da bislang wenig aussagekräftig. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde jetzt festgeschrieben, dass die Qualitätsberichte der Krankenhäuser einen besonderen Teil erhalten, in dem den Patientinnen und Patienten leichter nutzbare Informationen zur Verfügung gestellt werden. Dabei sollen auch Informationen zur Einhaltung der Hygienestandards erfasst werden. Ich werde mir das sehr genau ansehen, ob das den Patienten auch in der Praxis etwas nützt.

Beispiel Terminservicestellen: Sie sollen dazu beitragen, die Wartezeiten auf einen Facharzttermin zu verkürzen, und haben im Januar 2016 ihre Arbeit aufgenommen. Vorausgegangen sind lange, auch in der Öffentlichkeit ausgetragene Auseinandersetzungen über ihre Sinnhaftigkeit und die Kosten. Patientinnen und Patienten spielten in der ganzen Diskussion aber kaum eine Rolle. Ich darf Ihnen aber versichern, dass ich die weitere Entwicklung sehr genau beobachten werde – im Sinne der Patientinnen und Patienten.

Und nehmen wir schließlich das Beispiel der Patientenrechte: Patientinnen und Patienten schildern mir immer wieder Schwierigkeiten, wenn sie ihre Rechte einfordern. Auseinandersetzungen mit dem Arzt im Hinblick auf die Herausgabe von Patientenunterlagen enden nicht selten damit, dass die weitere Behandlung verweigert wird. Behandlungsfehlerprozesse ziehen sich endlos hin, weil Haftpflichtversicherer Gutachten um Gutachten fordern und das Gericht dem nicht Einhalt gebietet. Ich will deshalb wissen, ob das Patientenrechtegesetz wirkt und habe dazu eine Studie in Auftrag gegeben. Im Herbst werden wir die Ergebnisse haben. Ich bin darauf schon sehr gespannt.

Alleine diese wenigen Beispiele zeigen, dass noch längst nicht alles Gold ist, was glänzt. Wir müssen uns dabei eines immer wieder vor Augen halten: Patientenorientierung kommt nicht von alleine. Wir, die professionell im Gesundheitswesen Tätigen, müssen etwas tun. Und vor allem ist Patientenorientierung nichts, bei dem wir darauf warten können, bis die Patientinnen und Patienten sie immer und immer wieder einfordern. Patientenorientierung ist eine Bringschuld, bei der alle jeden Tag aktiv unseren Beitrag leisten müssen, damit sie immer mehr zum Alltag wird.

Die Patientenorientierung ist auch das, was im Mittelpunkt der Gesetzgebung in der Gesundheitspolitik in dieser Legislaturperiode steht. Nehmen wir zum Beispiel das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz: Die oftmals ungleiche Verteilung insbesondere von Hausärzten zwischen Stadt und Land ist eine große Herausforderung für unser Gesundheitssystem. Darum haben wir mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz die Niederlassung in deutlich überversorgten Gebieten erschwert. Zugleich haben wir die Rahmenbedingungen für eine Niederlassung in ländlichen Gebieten verbessert. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können nun über Strukturfonds Anreize für die Niederlassung von Ärzten schaffen, schon bevor Unterversorgung droht.

Um die Allgemeinmedizin zu stärken, ist die Zahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen von 5.000 auf 7.500 erhöht worden. Für Fachärzte, die an der Grundversorgung teilnehmen, werden zudem weitere 1.000 Stellen gefördert. Um das Entlassmanagement zu stärken, haben die Krankenhäuser erweiterte Möglichkeiten erhalten, um die erforderlichen Leistungen verordnen zu können. Mit dem Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss werden darüber hinaus von 2016 bis 2019 innovative Versorgungsformen gefördert – und zwar mit jährlich 300 Millionen Euro.

Auch beim Krankenhausstrukturgesetz stehen die Patientinnen und Patienten im Zentrum aller Überlegungen: Um die Pflege zu stärken, wurde für die Jahre 2016 bis 2018 ein Förderprogramm in Höhe von insgesamt bis zu 660 Millionen Euro aufgelegt. Ab 2019 stehen dann sogar dauerhaft bis zu 330 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung. Der

Pflegezuschlag ersetzt zudem ab 2017 den Versorgungszuschlag in Höhe von 500 Millionen Euro. Er wird nach den Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser verteilt. Damit erhalten Krankenhäuser einen Anreiz, eine angemessene Pflegeausstattung vorzuhalten.

Eine Expertenkommission aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung soll darüber hinaus bis Ende 2017 prüfen, ob im DRG-System oder über Zusatzentgelte ein erhöhter Pflegebedarf von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patienten und der allgemeine Pflegebedarf in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden und entsprechende Vorschläge erarbeiten. Sie soll außerdem deutlich machen, wie kontrolliert werden kann, dass die Mittel des Pflegestellten-Förderprogramms ab 2019 auch tatsächlich zur Finanzierung von Pflegepersonal verwendet werden. Das Hygieneförderprogramm wird fortgeführt und erweitert. Dadurch können mehr Hygienefachkräfte eingestellt und ausgebildet werden. Zudem soll die Weiterbildung im Bereich Infektiologie ausgebaut werden, damit künftig mehr Fachkräfte zur Verfügung stehen.

Überhaupt wird die Qualität der Krankenhausversorgung gestärkt: Durch Qualitätszuschläge und Qualitätsabschläge bei der Krankenhausplanung und -vergütung und die Verbindlichkeit der Qualitätssicherungsrichtlinien des GBA werden wichtige Anreize für mehr Qualität gesetzt. Aus Patientensicht ist zudem besonders interessant, dass die Qualitätsberichte der Krankenhäuser einen besonderen Teil erhalten, in dem Patienten leichter nutzbare Informationen zur Verfügung gestellt werden. Zudem wird erprobt, ob durch einzelvertragliche Regelungen eine weitere Verbesserung der Qualität der Krankenhausversorgung möglich ist.

Mit dem Strukturfonds in Höhe von 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds werden weitere Mittel zur Verfügung gestellt, um die Versorgungsstrukturen zu verbessern. Mit diesen Mitteln werden gezielt Vorhaben der Länder gefördert, wenn diese sich mit einem gleich hohen Betrag beteiligen. Das heißt: Insgesamt sind dann bis zu eine Milliarde Euro verfügbar. Die Krankenhäuser erhalten diese Fördergelder zusätzlich zu der notwendigen Investitionsförderung durch die Bundesländer.

Patientinnen und Patienten, die nach einem längeren Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation außerhalb eines Krankenhauses vorübergehend weiter versorgt werden müssen, erhalten schließlich auch einen Anspruch auf Kurzzeitpflege. Damit haben wir eine Versorgungslücke für diejenigen geschlossen, die sich vorübergehend nicht selbst versorgen können, obwohl sie grundsätzlich nicht pflegebedürftig sind. Ergänzend dazu wurden die Ansprüche auf häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe erweitert.

Auch die Nutzung der modernen digitalen Möglichkeiten muss sich in unserem Gesundheitswesen am Patientenwohl orientieren. Zwingend ist dabei selbstverständlich, dass der Datenschutz ohne Wenn und Aber gewährleistet wird. Zugleich machen wir mit dem E-Health-Gesetz Druck, dass die Möglichkeiten endlich auch in der Praxis schneller umgesetzt werden.

Wir brauchen zum Beispiel endlich ein modernes Stammdatenmanagement. Dazu gehört etwa die Online-Prüfung und Aktualisierung von Versichertenstammdaten. Als erste Online-Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte soll dies bis Mitte 2018 flächendeckend eingeführt werden. Ab 1. Juli 2018 sind in diesem Zusammenhang auch pauschale Kürzungen der Vergütung der Ärzte und Zahnärzte vorgesehen, die nicht an der Online-Prüfung der Versichertenstammdaten teilnehmen.

Zudem müssen endlich auch Daten speicher- und abrufbar sein, die im Ernstfall Leben retten können. Auf Wunsch des jeweiligen Versicherten sollen daher medizinische Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte ab 2018 gespeichert werden können. Bereits ab Oktober 2016 gibt es darüber hinaus für Menschen, die drei oder mehr Arzneimittel anwenden, einen Anspruch auf einen Medikationsplan in Papierform. Ab 2018 soll der Medikationsplan schließlich auch elektronisch von der Gesundheitskarte abrufbar sein. Das E-Health-Gesetz verpflichtet die Gematik daher dazu, bis Ende 2018 die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass zum Beispiel Arztbriefe sowie Notfall- und Medikationsdaten in einer elektronischen Patientenakte für die Patienten bereitgestellt werden können. Patientinnen und Patienten sind

dann in der Lage, ihre Behandler über ihre wichtigsten Gesundheitsdaten zu informieren.

Damit das klar ist: Die Patientinnen und Patienten entscheiden nicht nur, welche medizinischen Daten mit der Gesundheitskarte gespeichert werden und wer darauf zugreifen darf. Sie erhalten außerdem einen Anspruch darauf, dass ihre mittels Gesundheitskarte gespeicherten Daten in ihr Patientenfach aufgenommen werden. Im Patientenfach sollen dann auch eigene Daten, zum Beispiel ein Patiententagebuch über Blutzuckermessungen, abgelegt werden. Die gematik muss bis Ende 2018 die Voraussetzungen dafür schaffen.

Um sinnvolle Anwendungen, wie zum Beispiel die Telemedizin in die Fläche zu bringen, muss ferner sichergestellt sein, dass die verschiedenen IT-Systeme auch miteinander kommunizieren können. Die gematik wird daher verpflichtet, bis zum 30. Juni 2017 ein Interoperabilitätsverzeichnis zu erstellen, das die von den verschiedenen IT-Systemen im Gesundheitswesen verwendeten Standards transparent macht. Neue Anwendungen sollen nur noch dann aus den Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden, wenn die im Gesetz vorgesehenen Festlegungen und Empfehlungen der gematik aus dem Interoperabilitätsverzeichnis berücksichtigt werden.

Lassen Sie mich zum Schluss noch ein letztes Beispiel aufzeigen. Nicht immer ist es möglich, eine Erkrankung zu heilen. Und leider führen einige Erkrankungen zwangsläufig zum Tod. Auch hiermit müssen wir angemessen im Sinne des Patientenwohls umgehen. Das heißt: Wir müssen nicht „nur“ den Patientinnen und Patienten eine gute Behandlung ermöglichen, die Aussicht auf eine Heilung haben, sondern gerade auch denjenigen, die auf absehbare Zeit sterben werden.

Das ist der Grundgedanke des Hospiz- und Palliativgesetzes gewesen, das inzwischen ebenfalls in Kraft getreten ist. Wir haben darin gesetzlich verankert, dass die Palliativversorgung ausdrücklich Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung ist. Versicherte haben einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die gesetzlichen Krankenkassen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und

Hospizversorgung erhalten. Dabei sollen die Krankenkassen auch allgemein über Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase informieren – insbesondere auch über eine Patientenverfügung, eine Vorsorgevollmacht und eine Betreuungsverfügung.

Darüber hinaus wurde die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass Pflegeheime ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine Versorgungsplanung zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase organisieren und anbieten können. Dieses besondere Beratungsangebot wird ebenfalls von den Krankenkassen finanziert.

Auch wurde die finanzielle Ausstattung der Hospize verbessert sowie die Hospizkultur und die Palliativversorgung in Krankenhäusern gestärkt. Für eigenständige Palliativstationen können künftig krankenhausesindividuelle Entgelte mit den Kostenträgern vereinbart werden. In Krankenhäusern, in denen keine Palliativstationen zur Verfügung stehen, können ab 2017 krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte für multiprofessionelle Palliativdienste vereinbart werden. Ab 2019 wird es auf entsprechender gesetzlicher Grundlage bundesweit einheitliche Zusatzentgelte hierfür geben.

Wir sehen also: In einem komplexen Gesundheitssystem wie dem unseren gibt es eine Vielzahl von einzelnen Aspekten, die wir im Sinne der Patientenwohlorientierung gestalten können. In dieser Legislaturperiode geschieht in diesem Hinblick viel. Auch bei zukünftigen Herausforderungen müssen wir das stets im Auge behalten. Genauso ist aber auch klar: Das beste Gesetz nützt nichts, wenn es nicht gelebt wird. Darum brauchen wir ganz allgemein eine Kultur der Patientenorientierung, in der sich Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, die Kranken- und Pflegekassen sowie alle anderen Beteiligten auf Augenhöhe begegnen.

Prof. Dr. med. Hans Georg Nehen

Geriatric-Zentrum Haus-Berge
Klinik für Geriatrie, Klinikdirektor Essen

Sehr geehrte Damen und Herren.

Ich werde meinen Vortrag in drei Aspekte gliedern.

Der erste betrifft die Geriatrie und die Gerontologie. Wir reden über den demographischen Wandel, also reden wir über das Alter. Das fängt damit an, dass die Frage „Was ist eigentlich Alter?“ schon sehr schwierig ist. Es gibt keine Definition, die allgemeingültig ist. Man kann es näherungsweise sagen wie Augustinus, der auf die Frage „Was ist die Zeit?“ geantwortet hat: „Wenn mich keiner danach fragt, dann weiß ich es, wenn ich es beantworten soll, dann kann ich es nicht.“ Wir haben alle Vorstellungen vom Alter, die geprägt sind durch unsere Erfahrungen mit Großeltern und mit Generationen vor uns. Wir haben aber keine klare, saubere Definition, was natürlich in vielen Wissenschaftsbereichen dann zu Schwierigkeiten führt. Es ist einmal überlegt worden, ob denn in den Genen bereits angelegt ist, warum wir altern und wie wir altern. Aber es gibt auch kein genetisches Programm, das den Alterungsprozess alleine erklärt. Der Einfluss von Lebensbedingungen ist sehr unterschiedlich und so ist auch das Alter sehr unterschiedlich. Man kann sagen, dass Unterschiede in den Anlagen und in den Umweltbedingungen kumulativ wirken. Wenn „Die Alten“ als quasi „homogene Gruppe“ dargestellt werden, dann muss man ganz klar sagen, das ist medizinisch, biologisch und psychologisch ganz sicher nicht der Fall. „die Alten“ sind eine sehr heterogene Kohorte. In der Kinder- und Jugendmedizin sind die Kohorten viel homogener als Kohorten im Alter. Die Amerikaner sind pragmatischer. Die sagen schlicht, es gibt drei Gruppen von älteren Menschen in dieser Kohorte. Das sind die Go-Gos, das sind die, die noch sehr aktiv sind; dann kommen die Slow-Gos, das heißt, da wird es schon ein bisschen schwieriger mit der Selbständigkeit, und am Ende stehen dann die No-Gos. Man könnte von den Aktivitäten her sagen, wir sind im Ehrenamt aktiv als Go-

Gos, und dann irgendwann als No-Gos sind wir dankbar, dass es das Ehrenamt gibt. Die Botschaft lautet wie gesagt, das Alter ist eine sehr heterogene Gruppe und wir müssen sie uns etwas differenzierter anschauen. In sogenannten Sterbetafeln sehen wir, dass vor rund hundert Jahren die größte Sterblichkeit bei Kindern und Jugendlichen war; die Säuglingssterblichkeit war extrem hoch und bis zum zehnten Lebensjahr gab es viele nicht behandelbare „Kinderkrankheiten“, die zum Tode führten. Das hatte etwas zu tun mit der Hygiene, mit Infektionskrankheiten, mit möglichen Impfungen etc. Das heißt, die Sterblichkeit war „monokausal“ im Sinne von Gefahr durch Infektionen. Hundert Jahre später sehen wir, dass die größte Sterblichkeit in der Gruppe der Achtzig- bis Fünfundachtzigjährigen zu finden ist. Hier sind es ganz viele verschiedene Ursachen, die zu einer Sterblichkeit führen. Es sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Tumorerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen und viele andere. Wir sprechen von der Altersmorbidity. Das heißt, wir sehen den linearen Anstieg von Erkrankungen; ab dem sechzigsten Lebensjahr rechnen wir pro Dezennium mit einer Krankheit; der Sechzigjährige hat sechs, der Achtzigjährige acht Erkrankungen und so weiter. Die Zahl der Krankheiten erreicht man sehr schnell: eine Herzinsuffizienz, eine Niereninsuffizienz, ein Altersdiabetes, ein Hochdruck, Arthrose, Brille, Hörgerät, da haben wir schon eine Fülle von Krankheiten. Das klingt sehr dramatisch, dass es eben pro Dezennium eine Krankheit ist. Wir müssen aber sagen, dass diese Menschen ja nicht alle bettlägerig krank sind, sondern ganz im Gegenteil. Sie sind heute in der Regel sehr gut behandelt. Wir haben ein gutes Gesundheitssystem, das hier sehr gut kompensiert, und das diesen Menschen erlaubt, auch weitgehend selbstständig zu sein. Das Problem tritt immer dann auf, wenn akut zusätzlich eine neue Erkrankung auftritt. Dann ist die biologische Reserve eben sehr schnell erschöpft und dann kommt es eben auch durch kleine Erkrankungen zu weiteren Komplikationen.

Dazu kommt die Demenz als spezifische Alterserkrankung; sie zeigt einen exponentiellen Anstieg. Bei den Fünfundsechzig- bis Siebzigjährigen sind es nur fünf Prozent, bei den Achtzigjährigen ist es jeder

Vierte und bei den Neunzigjährigen jeder Zweite der an einer Demenz erkrankt.

Neuere Forschungen zeigen nun, die Multimorbidität nimmt mit kommenden Geburtsjahrgängen ab. Das heißt, die neuen Alten sind nicht mehr so krank wie die Generation davor. Die heute Siebzigjährigen sind so gesund und so fit wie früheren Jahren die Sechzigjährigen. Die Generationen, die nach uns kommen, werden quasi gesünder sein, was natürlich für die Entwicklung, wie das gerade schon angeklungen ist und besprochen worden ist, sehr wichtig ist.

Der ökonomische Aspekt.

Ist es wirklich wahr, dass mit dem Alter höhere Kosten auftreten? Es gibt zwei Theorien: die Krankheitsextension, das bedeutet, die gewonnenen Lebensjahre werden immer mit chronischen Krankheiten verbunden sein und sind quasi immer teuer. Das hat einiges für sich, scheint aber doch nicht so dramatisch zu sein, wie es in dieser Theorie dargestellt wird. Die zweite Theorie, die Theorie der so genannten Krankheitskompression, besagt, dass Krankheiten durch Primär- und Sekundärprävention weiter in das höhere Lebensalter verschoben werden, und dass quasi, wie schon gesagt, die heute Siebzigjährigen so fit sind wie vor zehn Jahren die Sechzigjährigen. Wenn die Theorie der Krankheitskompression stimmt, dann steigen auch die Kosten nicht so stark an. Es gibt den medizinischen Fortschritt, und es gibt auch biologischen Fortschritt. Bekannt ist, dass die letzten Lebensjahre die teuersten sind, egal in welchem Alter, und das ist eigentlich das Entscheidende. Bei der Behandlung in einem Krankenhaus sind bei einem Sterbefall die Behandlungskosten durchschnittlich zweimal so hoch wie bei einer Entlassung aus dem Krankenhaus. Völlig egal, in welchem Alter der Patient ist. Das hat etwas zu tun mit zum Beispiel Karzinomkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, deren Behandlungen extrem teuer sind und die sinnvollerweise auch behandelt werden. Es kann also nicht gesagt werden, Alter an sich ist das, was das Gesundheitssystem so teuer macht. Wie gesagt, in den letzten Lebensmonaten entstehen die höchsten Krankheitskosten unabhängig

vom Alter oder anders gesagt, das Sterben ist teuer geworden, nicht das Alter.

Der letzte Aspekt ist der ethische Aspekt, oder die Frage, wie wir in unserer Gesellschaft mit Krankheit, Alter und Hilflosigkeit umgehen. Das heißt, wenn wir sagen, Pflege und die Behandlung von Krankheit im Alter kostet Milliarden, können wir das bezahlen? Dann ist das eine rein ökonomische Betrachtung. Unter ethischem Aspekt muss die Frage lauten: Was wollen wir? Was sind wir bereit auszugeben? Was sind wir bereit zu leisten für unsere eigene Gesundheit, für die Gesundheit der Bevölkerung überhaupt?



Der Karikaturist Thomas Platzmann hat es dramatisch auf den Punkt gebracht. Ein Karikaturist darf das, ein Karikaturist darf uns das als Spiegel zeigen. Ich kenne Thomas Platzmann persönlich sehr gut und ich weiß, welcher hohen ethischen Anspruch er auch hat, und ich weiß, was er damit bewegen will. Nämlich er will uns zwingen: denkt nach! Ist es das, was die Leute gemeinhin sagen oder wollen oder hinter vorgehaltener Hand sagen. Genau das ist es, was uns bewegen muss; nämlich, was wollen wir denn selbst. Wir werden alle älter; die Zeit an Lebensjahren hat zugenommen, aber das Wissen um die „Ewigkeit“ hat abgenommen. Denken wir an unser eigenes Ende? Glauben wir an

die „Ewigkeit“ und an ein „jüngstes Gericht?“ Und das ist der Hintergrund der Frage, was wir denn für uns selbst wollen. Wollen wir eine leitliniengerechte Therapie, die maximal bis zum Lebensende auch alles medizinisch Machbare ausschöpft? Dies ist nicht selten verbunden mit der (unbewussten) Angst vor dem Tod. Oder können wir mit Simeon sagen „nun entlässt Du Deinen Knecht oh Herr, nach Deinem Wort in Frieden“ Dies führt uns zu einer sinnvollen Palliativtherapie. Die Palliativtherapie ist in der Onkologie entwickelt worden; zunehmend findet sie Eingang auch in die Geriatrie. Die individuelle Verantwortung, die wir alle haben, muss sich niederschlagen in Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht. Ich frage jetzt nicht, wer eine hat, aber jeder darf sich das selber fragen und braucht hier keine allgemeine Antwort zu geben.

Zum Abschluss möchte ich daraufhin weisen: wir sprechen ja nicht über irgendwen, sondern wir sprechen hier über uns und unsere Zukunft. Wir sprechen darüber, wie wir behandelt werden wollen, wenn wir in einem Stadium sind wie zum Beispiel die Großmutter auf der Karikatur von Thomas Pläßmann.

Dirk Ruiss

Leiter der Landesvertretung des Verbandes
der Ersatzkassen (vdek) e. V. in NRW

Demografischer Wandel

– Herausforderung für die gesetzliche Krankenversicherung

Zentrale Aussagen!

- Aussage 1: Demografischer Wandel findet statt – schon seit Jahrzehnten!
- Aussage 2: Langfristige Prognosen zur Finanzlage der GKV sind kaum möglich!
- Aussage 3: Die Auswirkungen der Alterung der Bevölkerung auf die Ausgaben werden überschätzt!
- Aussage 4: Problematisch ist die „Unterentwicklung“ der Einnahmebasis der GKV!
- Aussage 5: Finanzierungslasten müssen gerecht verteilt werden!
- Aussage 6: Demografischer Wandel ist mehr als Alterung!
- Aussage 7: Strukturveränderungen und Ausgabendisziplin sind zwingende Voraussetzungen zur Bewältigung der Herausforderungen!

Demografische Entwicklung in Deutschland

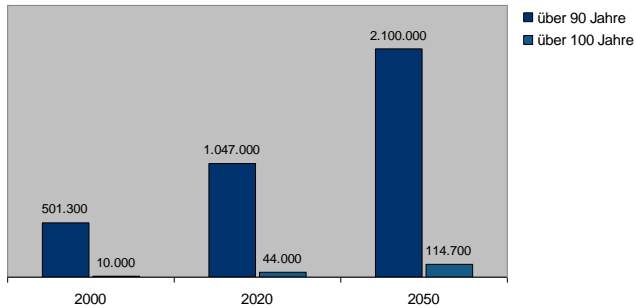
Zurzeit sind knapp 50 Millionen Menschen zwischen 20 und 65 Jahre alt (erwerbsfähiges Alter):

- 2030 sind es noch gut 42 Millionen
- 2060 sind es noch 33 Millionen

Zurzeit sind 17 Millionen Menschen 65 Jahre und älter:

- 2030 sind es 22 Millionen (22.275.000)
- 2060 sind es 22 Millionen (21.975.000)

Prognose: Anteil der über 90-Jährigen und der über 100-Jährigen in Deutschland



Quelle: Lehr, U.: Demenz – ein unausweichliches Altersschicksal
Referat anlässlich der Fachtagung BAGSO und Zukunftsforum Demenz, Bonn, vom 18.05.2010

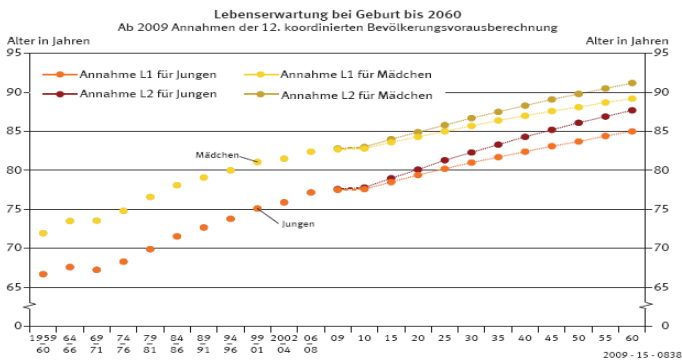
Den stärksten Anstieg gibt es bei den Hochbetagten (ab 80 Jahren):

- 1871 gab es weniger als 1 Prozent Hochbetagte
- 2008 waren es schon 5 Prozent
- 2060 werden es schätzungsweise 14 Prozent sein

(Die Hochbetagten sind außerdem die einzige Altersgruppe, die bis 2060 im Bevölkerungsbestand noch nennenswert anwachsen wird.)

- Die Zahl der über 90-Jährigen hat sich seit 1990 mehr als verdoppelt.

Lebenserwartung in Deutschland



Annahme L1: Lebenserwartung steigt um 7 bis 8 Jahre

Annahme L2: Lebenserwartung steigt um 9 bis 11 Jahre

In Deutschland ist seit über 130 Jahren ein Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung zu beobachten:

- 1965/1968 Männer 67,6 Jahre, Frauen 73,8 Jahre
- 2006/2008 Männer 77,2 Jahre, Frauen 82,4 Jahre

Bis 2060 wird die Lebenserwartung weiter steigen:

- Männer 85 bis 88 Jahre
- Frauen 89 bis 91 Jahre

Zwischenfazit:

- Der Altersquotient steigt seit Jahren an.
- Die Zahl der Lebendgeborenen hat sich nach einem Höhepunkt Mitte der 1960er Jahre (Baby-Boom) nahezu kontinuierlich verringert. Die Geburtenrate lag zu Beginn der 1960er Jahre bei 2,5 Kinder je Frau; 1990 bei 1,45 und 2014 bei 1,40.
- Die Lebenserwartung hat von 1960 bis 2004 um neun Jahre zugelegt, bis 2060 werden ebenfalls sieben bis neun Jahre geschätzt.

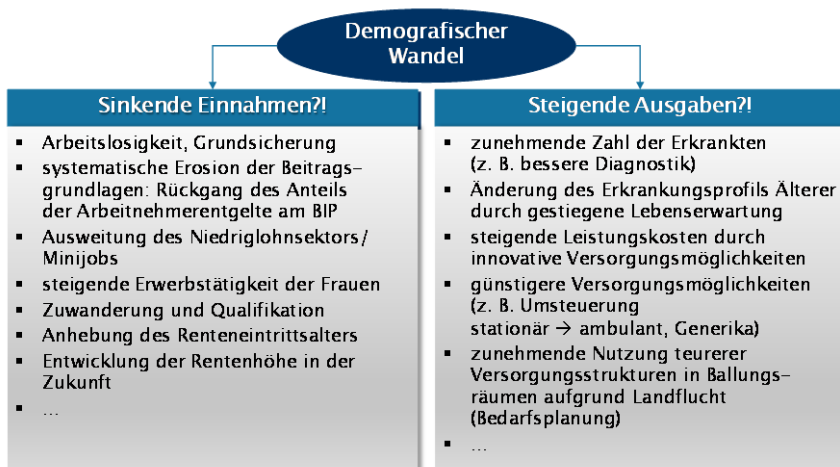
➔ **Demografischer Wandel findet seit Jahrzehnten statt!**

Verlässlichkeit von Vorausberechnungen und Prognosen für die GKV-Finzen ist eingeschränkt!

Es gibt unvorhersehbare gesellschaftliche Trendumbrüche:

- Pillenknick (1960er Jahre)
- Zuzug der „Gastarbeiter“ in den 1960er/1970er Jahren
- Ende der Vollbeschäftigung (Mitte der 1970er Jahre)
- Wiedervereinigung (Einbruch der ostdeutschen Geburtenrate)
- Immigration von Aussiedlern aus Osteuropa
- Aktuelle Zuwanderung von 1,0 (?) Mio. Menschen pro Jahr
- (unvorhersehbare) Kostenschübe: Honorarsteigerungen Ärzte, Erhöhung der Krankenhausvergütung, Teuerung bei Arzneimitteln usw.
- medizinisch-technischer Fortschritt
- politische „Verschiebebahnhöfe“
- zahlreiche Gesetze zur Begrenzung der Ausgaben in der GKV (Kostendämpfung)
- aber auch stetige Leistungsausweitungen

Systematisierung der Auswirkungen des demografischen Wandels



Ist zunehmendes Alter eine Gefahr für das Gesundheitswesen?

Zwei konkurrierende Thesen

- **Kompressionsthese:** Die im Zuge des demographischen Wandels/medizinisch-technischen Fortschritts gewonnenen Jahre werden überwiegend in Gesundheit verbracht.
- Monetäre Interpretation: Gesundheitsausgaben steigen nicht durch längere Lebenserwartung! (monetäre Kompression)
- **Medikalisierungsthese:** Die im Zuge des demographischen Wandels/medizinisch-technischen Fortschritts gewonnenen Jahre werden überwiegend in Krankheit verbracht.
- Monetäre Interpretation: Gesundheitsausgaben steigen durch längere Lebenserwartung! (monetäre Medikalisierung)

- **Medikalisierungsthese versus Kompressionsthese: Die Wahrheit liegt dazwischen.**
- **Die demografische Entwicklung bewirkt einen Ausgabenanstieg, aber nicht proportional zur Alterung der Bevölkerung.**

Wirtschaftskraft und GKV-Leistungsausgaben

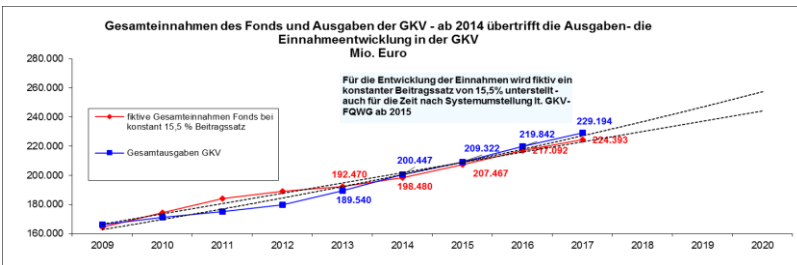
- Wir leben nicht über unsere Verhältnisse. Der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP ist relativ konstant. BIP und GKV-Ausgaben entwickeln sich weitgehend proportional.

Der Ausgabenanstieg ist mit der Wirtschaftskraft Deutschlands finanzierbar.

- Die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV und das BIP entwickeln sich auseinander (Einnahmen-Ausgaben-Schere).

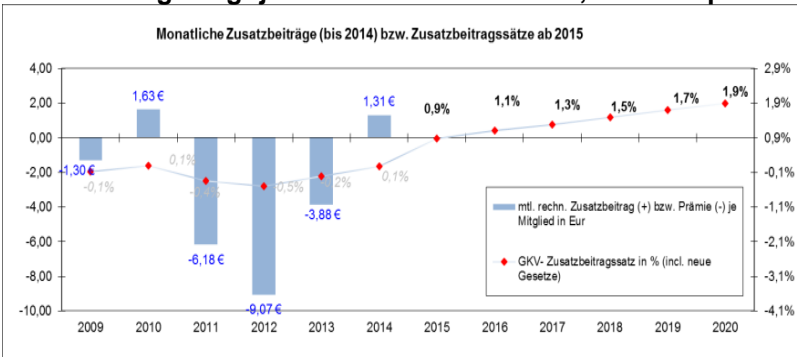
Die Beitragsgrundlagen bleiben hinter der Wirtschaftskraft zurück.

Die Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen geht auseinander!



Gesetzlich induzierte Ausgabensteigerung = erhöht den ohnehin jährlichen Anpassungsdruck beim Zusatzbeitragsatz

Zusatzbeitrag steigt jährlich um mindestens 0,2 Prozentpunkte!



Problem: Zusatzausgaben über der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen (BpE) finanziert allein das Mitglied

Demografischer Wandel ist mehr als Alterung!

- Wandel des Morbiditätsspektrums
- chronische Erkrankungen, Multimorbidität
- Veränderte Erwartungen des ärztlichen Nachwuchses
- u. a. Frauenanteil, Teilzeit, angestellte Tätigkeit, familienfreundliche Bedingungen
- Erhöhte Mobilität, berufliche Flexibilität
- geringere örtliche Bindungen, (Binnen-)Wanderungen
- Ballungsgebiete
- fortschreitende Urbanisierung, fachärztlich und stationär häufig überversorgt
- Ländliche Regionen
- Abwanderung, Alterung, infrastrukturelle Schrumpfung

Die größten Aufgaben aus Sicht der GKV!

- Strukturveränderungen in der Krankenhauslandschaft
- Stärkung der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum
- Perspektivisch: Sektorübergreifende Bedarfsplanung
- Versorgungskonzepte für eine älter werdende Gesellschaft (z. B. Geriatrie, Polymedikation)
- Qualität und Innovationen mit Patientennutzen fördern
- Stärkere Nutzenbewertung medizinischer Leistungen
- Nutzung der Digitalisierungsmöglichkeiten
- Stärkung der Prävention
- Strukturelle Einnahmelücke schließen – Nachhaltige Finanzierungsreform

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Frank Wild

Institutsleiter der WIP - Wissenschaftliches Institut
der Privatkrankenversicherung, Köln

Die Gesundheitsausgaben steigen in Deutschland bereits seit Jahrzehnten kontinuierlich. Im Jahr 2013 lagen sie nach Angaben des Statistischen Bundesamtes bei 314 Milliarden Euro. Dies bedeutet einen Anstieg um 33 % in den letzten zehn Jahren und sogar einen Anstieg um 93 % in den letzten zwanzig Jahren. Damit nahmen die Gesundheitsausgaben stärker zu als das Bruttoinlandsprodukt. Dies erhöhte sich nur um 27 % (10-Jahreszeitraum) bzw. 62 % (20-Jahrzeitraum).

Die Ursachen für die steigenden Gesundheitsausgaben sind vielfältig. Erstens befindet sich unsere Gesellschaft seit mehr als einem Jahrhundert in einem spannenden und bislang in der Menschheitsgeschichte noch nie dagewesenen Prozess, der in der Öffentlichkeit unter dem Begriff „demographischer Wandel“ mittlerweile allgegenwärtig ist. In den letzten 160 Jahren nahm die Lebenserwartung jedes Jahr um durchschnittlich 3 Monate zu. Aktuell liegt die Lebenserwartung der Männer in Deutschland bei 77,7 Jahren und bei Frauen bei 82,8 Jahren. Nach der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes wird die Lebenserwartung je nach Szenario in 50 Jahren weitere 6 bis 9 Jahre höher sein. Diese Entwicklung ist nicht nur der gesünderen Lebensweise oder verbesserten hygienischen und sozioökonomischen Verhältnissen zuzuschreiben, sondern auch dem medizinisch-technischen Fortschritt. Medizinische Innovationstrends in diesem Jahrzehnt sind beispielsweise die personalisierte Medizin,

biopharmazeutisch hergestellte Medikamente, verbesserte bildgebende Verfahren zur Diagnostik und nicht-invasive Behandlungsmethoden. Es ist davon auszugehen, dass die Entwicklung innovativer Behandlungsmethoden und Diagnostika weiter voranschreitet und sich daraus ein zunehmendes Spannungsfeld zwischen einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und der Finanzierbarkeit des Leistungsgeschehens ergibt. Oft handelt es sich bei den Innovationen um Produktinnovationen, die vielfach zusätzlich (add-on) zur bisherigen Standardtherapie eingesetzt werden und damit die Therapie verteuern. Die Hersteller innovativer Produkte verweisen in der Regel auf mittel- bis langfristige Wirkungen, und zwar in dem Sinne, dass hiermit z. B. Erkrankungen frühzeitig erkannt oder therapiert werden können oder sich Folgeschäden vermeiden lassen. Damit könnten aktuellen Mehrkosten, Minderausgaben in der nahen Zukunft gegenüberstehen. Ein aktuelles Beispiel hierfür sind die sehr teuren Hepatitis-C-Medikamente, die im letzten Jahr auf dem Markt zugelassen wurden. Sie erlauben für einen sehr hohen Preis vielfach eine Heilung, wodurch ein progressiver Krankheitsverlauf, der Leberzirrhose und Leberkrebs miteinschließt, verhindert werden kann. Inwieweit eine „Kostenneutralität“ aber wirklich eintritt, ist sehr unsicher und eigentlich nicht kalkulierbar. Im Übrigen erforderte eine gesundheitsökonomische Analyse auch Informationen zur Entwicklung der Lebensqualität der Patienten mit und ohne entsprechende Therapie.

Eine weitere Erklärung für die überproportionalen Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen liegen im hohen Anteil an arbeitsintensiver Tätigkeit. Die allgemeine Lohnentwicklung in der Volkswirtschaft wird in höherem Maße durch Branchen bestimmt, die hohe Produktivitäts-

steigerungen erreichen. Derartige Produktivitätssteigerungen sind jedoch im Gesundheitswesen, nicht zuletzt aufgrund des hohen arbeitsintensiven Anteils, nicht zu erzielen. Um sich nicht von der allgemeinen Lohnentwicklung abzukapseln (dies würde einen Mangel an Arbeitskräften und sinkende Qualität der Versorgung bedeuten), müssen die Löhne stärker steigen als die Produktivität in Gesundheitswesen, wodurch die Kosten steigen. Diesen Zusammenhang nennt man, in Anlehnung an den Ökonomen William J. Baumol, Baumolsche Kostenkrankheit.

Darüber hinaus werden Kostensteigerungen im Gesundheitswesen u.a. auch durch eine zunehmende Ausdehnung des Krankheitsbegriffes, eine wachsende Spezialisierung, die zu Mehruntersuchungen führt, verursacht. Es ist zwar zu beobachten, dass ein heute 70-jähriger vielfach den Gesundheitszustand eines früheren 60-Jährigen erreicht (Kompression der Morbidität). Eine wichtige Ursache für den verbesserten Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung ist aber die moderne Medizin, die entsprechend hohe Kosten verursacht (monetäre Medikalisierung).

Welche Möglichkeiten haben die Kostenträger auf diese Entwicklung zu reagieren?

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) kalkuliert nach dem Umlageverfahren, d. h. die laufenden Einnahmen werden unmittelbar zur Finanzierung der Leistungsausgaben verwendet. Der Aufbau von Deckungskapital ist – bis auf die gesetzlich vorgeschriebenen Liquiditätsreserven zum Ausgleich von kurzfristigen Beitragssatzschwankungen – nicht vorgesehen. Allein die Zunahme des Anteils der älteren Bevöl-

kerung als Folge des konstant niedrigen Geburtenniveaus und der steigenden Lebenserwartung führen dazu, dass der Beitragssatz steigen wird. Hierzu addieren sich noch Ausgabensteigerungen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts. Modellrechnungen zufolge könnte der Beitragssatz in der GKV bis zum Jahr 2050 auf 25 % angehoben werden. In einigen Studien werden sogar noch höhere Werte vorhergesagt. Daraus resultiert eine zunehmende Subventionierung der Älteren durch die Jüngeren. Aus einem zunehmenden Beitragssatz erwachsen erhebliche volkswirtschaftliche Belastungen, zumal auch andere Sozialversicherungszweige, wie die Rentenversicherung, eine ähnliche Entwicklung aufweisen werden. Wenn die GKV Finanzierungslasten übernehmen muss, die eigentlich dem Steuersystem zuzurechnen sind und damit versicherungsfremde Leistungen sind, wird sich die zukünftige Beitragsentwicklung in der GKV weiter verschärfen. Auch wenn sicher eine Reihe von Möglichkeiten vorliegt, dämpfend auf die Kostenentwicklung einzuwirken (z. B. Rabattverhandlungen oder neue Versorgungsmodelle im Rahmen von Managed Care), wird eine zunehmende explizite und implizite Rationierung in der GKV kaum zu vermeiden sein. Diskussionen zum Sinn und Unsinn bestimmter Leistungen werden zunehmen und möglicherweise auch Auswirkungen auf den Leistungskatalog der GKV haben. Der Umgang mit kostenintensiver Tumorthherapie ist ein denkbare Beispiel für ethische und verteilungspolitische Fragestellungen, die in Zukunft zunehmend diskutiert werden dürften.

Die PKV ist durch das Anwartschaftsdeckungsverfahren und die damit verbundene Bildung von Alterungsrückstellungen auf die demographische Entwicklung vorbereitet. Insgesamt haben die PKV-Unternehmen

derzeit Alterungsrückstellungen in Höhe von 206 Millionen Euro, davon 178 Millionen Euro in der Krankenversicherung aufgebaut. Zum Vergleich: Die Leistungsausgaben eines Jahres betragen in der Krankenversicherung knapp 25 Millionen Euro. Im Gegensatz zur GKV resultiert allein aus der demographischen Veränderung kein Anstieg der Beiträge. Kostensteigerungen infolge des medizinisch-technischen Fortschritts können allerdings auch in der PKV zur Prämiensteigerungen führen. Um Ausgabensteigerungen zu dämpfen, können auch die PKV-Unternehmen mit bestimmten Leistungserbringern im Gesundheitswesen (z. B. Krankenhäusern und pharmazeutischen Herstellern) Verträge abschließen und auf finanzierbare Lösungen hinarbeiten. Während in der GKV strenge Sektorengrenzen (z. B. zwischen ambulanten und stationären Bereich) vorliegen und die integrierte Versorgung nur bedingt vorankommt, kann die PKV potenziell einfacher sektorenübergreifende Lösungen vereinbaren und damit Effizienzreserven realisieren. Dies erfolgt derzeit vor allem im Rahmen des so genannten Case-Managements, also der individuellen Versorgungskonzeption für bestimmte Krankheitsfälle. Auch wenn eine Reihe von PKV-Unternehmen im Leistungsmanagement sehr aktiv ist, ist hier das Potenzial sicher noch längst nicht ausgeschöpft. Ein Beispiel hierfür ist der Markt für generikafähige Wirkstoffe, auf dem die Privatversicherten nach wie vor einen deutlich geringeren Anteil aufweisen als GKV-Versicherte. Hier sind für die PKV niedrigere Ausgaben möglich, ohne dass sich hieraus Einbußen in der Versorgungsqualität ergeben. Da der Großteil der Versicherten lebenslang bei einem PKV-Unternehmen verbleibt, liegt der Fokus der Versorgungsqualität nicht auf kurzfristigen Einsparungen, sondern in ihren mittel- und langfristigen Wirkun-

gen. Weitere Einsparpotenziale können in der Optimierung interner Strukturen und des Vertriebs realisiert werden. Eine Rationierung von Leistungen wird es in der PKV aber nicht geben. Der private Versicherungsschutz garantiert lebenslang die bei Vertragsabschluss vereinbarten Leistungen. Damit kann der Privatversicherte an den unstrittigen Erfolgen des medizinisch-technischen Fortschritts teilhaben.

Schlusswort

Bernd-M. Wehner

Vorsitzender, KKV-Bundesverband

Sehr geehrte Damen und Herren,

unter dem Motto „**Demografischer Wandel und die Kosten für Gesundheit und Pflege - auf Dauer finanzierbar für alle?**“ waren Sie heute zu Gast beim 22. Herbstforum der KKV-Diözesanverbände Essen, Köln und Paderborn sowie der Konrad-Adenauer-Stiftung, Bildungswerk Dortmund.

Die **Federführung für den KKV** lag wieder in den bewährten Händen des Diözesanverbandes Essen – konkret bei Frau Ziolkowski von der Diözesangeschäftsstelle – und natürlich von Reinhard Schaffrick, dem Vorsitzenden des Diözesanverbandes.

Und natürlich nicht zu vergessen bei Frau Beate Kaiser, der Leiterin des Bildungswerks Dortmund der Konrad-Adenauer-Stiftung.

Ihnen herzlichen Dank für die wie immer gute Vorbereitung und Organisation.

Bevor ich noch kurz auf unsere Referenten eingehe, lassen Sie mich noch ein paar grundsätzliche Anmerkungen zu unserem Thema machen.

In unserer Einladung schrieben wir u.a.:

„Gesund sein und bleiben geht richtig ins Geld. Kranksein wird in Deutschland immer teurer.

Die Akteure auf dem Gesundheitsmarkt Pharmaindustrie, Krankenhäuser, Krankenkassen, Ärzte, Patienten und andere agieren mit ganz unterschiedlichen Interessen.

Der Bevölkerungsanteil der älteren Menschen wächst im Zuge des demografischen Wandels unserer Gesellschaft.

Unter diesem Gesichtspunkt steigen die Kosten für Gesundheit und Pflege und belasten in hohem Maße die privaten und öffentlichen Haushalte.“

Hinzu kommt natürlich der Fortschritt in der Medizin und der damit verbundenen Behandlungsmöglichkeiten.

So kostet im Schnitt ein Krankenhausaufenthalt 4.200 Euro. Dabei ist die Schwankungsbreite natürlich groß. Die neue Hüfte ist mit 6.500 Euro relativ preiswert. Bei Herztransplantationen und langwieriger Chemotherapie sind es nicht selten 100.000 Euro.

Von daher haben wir zu Recht die Frage gestellt: Sind diese Kosten auf Dauer für alle finanzierbar?

Hinzu kommt, dass natürlich auch unser Lebenswandel vielfach dazu beiträgt, dass diese Kosten steigen. Ja, er ist sogar vielfach paradox:

- Aufgrund der ungesunden Lebensweise (Stichwort: Fastfood, mangelnde Bewegung) werden die Menschen immer dicker
- wir benutzen den Aufzug, statt Treppen zu steigen
- fahren mit dem Auto in die Muckibude, statt einfach mehr zu Fuß zu gehen oder mit dem Fahrrad zu fahren
- übermäßiger Tabakkonsum und Alkohol gehören auch nicht unbedingt zu den gesundheitsfördernden Maßnahmen

Gesundheit ist also nicht nur kostbar – sondern auch teuer. Rund 3.910 Euro hat die Gesundheit jedes Bundesbürgers im Jahr 2013 gekostet Insgesamt kletterten die Gesundheitsausgaben auf einen Höchstwert von 315 Milliarden Euro, wie das Statistische Bundesamt in Wiesbaden errechnet hat. Damit wird mehr als jeder zehnte Euro in Deutschland für die Gesundheit ausgegeben. Das ist natürlich eine Menge Geld. Aber die Gesundheit ist uns das wert – oder etwa nicht?

Wer von Ihnen hat nicht schon bei Geburtstagsreden, Jubiläen usw. den Satz gehört: „... **und das höchste Gut, meine Damen und Herren, ist doch die Gesundheit**“. Der Beifall ist Ihnen in jedem Fall sicher.

Manfred Lütz behauptet dagegen in seinem Buch „LebensLust – Wider die Diät-Sadisten, den Gesundheitswahn und den Fitness-Kult“, dass eine solche Behauptung kompletter Unsinn sei. Niemals, so schreibt er, „*ist in der gesamten philosophischen Tradition des Abendlandes und des Morgenlandes irgendjemand auf die absurde Idee verfallen, in*

einem so zerbrechlichen Zustand wie der Gesundheit der Güter höchstes zu sehen. Bei Immanuel Kant ist das höchste Gut die Einheit von Heiligkeit und Glückseligkeit oder Gott.“

„Politisch“, so Lütz weiter, „würde der Satz, wenn man ihn nur einen Moment ganz ernst nähme, zum sofortigen Zusammenbruch der finanziellen Grundlagen unserer Gesellschaft führen. Denn wenn die Gesundheit wirklich das höchste Gut wäre, dann müsste maximale Diagnostik und maximale Therapie für jeden einzelnen Menschen absolutes und nicht diskutierbares Recht sein.“

„Denn“, so Lütz, „der restlos aufgeklärte Mensch vermutet das Heil, den Sinn, die Erlösung nicht mehr in irgendwelchen Hinterwelten, sondern im Diesseits.“

Aus christlicher Sicht übrigens eine höchst bedenkliche Sichtweise. Erwarten wir doch das Heil wo ganz anders. Nämlich einmal bei Gott zu sein.

Oder um es mit Augustinus theologisch zu formulieren:

**„Du hast uns auf dich hin geschaffen, Herr,
und ruhelos ist unser Herz, bis es ruht in dir.“**

Hinzu kommt, dass man den Begriff der Gesundheit nicht einmal wirklich definieren kann.

Und noch einmal Lütz: *„Ist Gesundheit vielleicht einfach normal? Ist gesund der statistische Durchschnitt. Aber was ist bezüglich der Gesundheit der Durchschnitt? Schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts war ein berühmter Psychiater an der Frage gescheitert, was denn normale Intelligenz sei. Er rettete sich in die Statistik und erklärte angesichts weniger Genies und viele Minderbegabter: ‚Normal ist leichter Schwachsinn.‘“*

Prof. Rudolf Gross, einer der großen Internisten in unserem Land, brachte einen anderen Aspekt mit ein. Die Praxis zeige nämlich, dass die Zahl der krankhaften Werte mit der Zahl der Untersuchungen zusammenhänge. Macht man bei jedem Menschen fünf Untersuchungen, sind vielleicht noch mehr als 95% gesund. Bei 20 Untersuchungen sind es nur noch 36 und bei 100 Untersuchungen ist vermutlich jeder Mensch krank.

Daraus folgt: **Gesund ist, wer noch nicht ausreichend untersucht wurde.**

Ich halte es hier mit der Aussage eines erfahrenen Hausarztes, der Gesundheit wie folgt definierte:

„Gesund ist ein Mensch, der mit seinen Krankheiten einigermaßen glücklich leben kann.“

Ich denke, wenn wir uns mit dieser Definition anfreunden können, lässt sich auch über das Gesundheitswesen und seine Finanzierung sachlicher debattieren.

In diesem Zusammenhang fand ich übrigens einen großartigen Finanzierungsvorschlag in unserem Wirtschaftskalender, der auch diesmal wieder rechtzeitig hergestellt wurde, damit unsere Referenten ihn heute mit nach Hause nehmen können.

So stellt Gerhard Kocher, Politologe und Gesundheitsökonom, in der 32. Woche fest: „70 Prozent der Kosten im Krankenhaus laufen auf zwei Beinen.“ Und der Karikaturist Erik Liebermann hat die Sparidee, wenn er den Arzt zum Patienten hier sagen lässt: „Ich könnte mir vorstellen, auf ein Teilhonorar zu verzichten, wenn Sie mir Ihre Vermarktungsrechte an Ihrer Krankengeschichte einräumen.“

Und so danke ich den Mitgliedern des Podiums für ihre informativen, offenen und nachdenkswerte Beiträge. Und natürlich unserem Moderator Martin Korte von der Westfalenpost. Sie haben das Podium souverän geleitet.

Und so darf ich gleich unseren Podiumsteilnehmern und dem Moderator ein kleines Geschenk in Form eines Weinpräsenes und eben diesem Wirtschaftskalender überreichen.

Ihnen allen darf ich zum Schluss aber auch ein Versprechen machen. Unser nächstes Herbstforum findet wieder statt und zwar am Montag, dem 07.11.16, in diesem Hause.

Ich freue mich schon jetzt, wenn wir uns dann wiedersehen.

Herzlichen Dank, dass Sie heute hier waren. Kommen Sie gut nach Hause und behalten Sie uns in guter Erinnerung.

Frei nach der Devise: **Wenn es Ihnen gefallen hat, sagen Sie andern, wenn nicht, sagen Sie es mir.**

Ein Verband stellt sich vor

Die Mitglieder des 1877 in Mainz gegründeten Verbandes KKV – Katholisch Kaufmännischer Verein (1965 umbenannt in KKV – Verband der Katholiken in Wirtschaft und Verwaltung) sind aufgeschlossene, verantwortungsbewusste Männer und Frauen, die sich der gesellschaftlichen Mitte zugehörig fühlen: Selbständige, unternehmerisch Tätige, Kaufleute, Beamte, Angestellte und Techniker, sowie Auszubildende und Studenten – Jung-KKV – und nicht mehr im Erwerbsleben Stehende aus Berufen in Wirtschaft und Verwaltung.

Die KKV-Orts- und Diözesangemeinschaften bieten Informationen und Deutungen zu kirchlichen, wirtschaftlichen, sozialen und gesellschaftspolitischen Veränderungen, geben Wegweisung in kritischer Zeit.

Glaube und Kirche, Staat und Gesellschaft, Wirtschaft und soziale Ordnung, Ehe und Familie, Beruf und Arbeitswelt, Bildung, Kultur und Freizeit und nicht zuletzt Pflege der Gemeinschaft sind Themen und Anliegen, denen sich der KKV verpflichtet fühlt.

Der KKV möchte seinen Mitgliedern kein Freizeitprogramm, sondern ein Lebensgestaltungsprogramm bieten. Dazu treffen sich KKV-Ver/Innen mit ihren Familien mindestens einmal im Monat zu Vorträgen, Diskussionen, Besichtigungen, Fahrten, Exkursionen. Vor allem soll jeder Gemeinschaft erfahren. Die Geselligkeit kommt nicht zu kurz, weil Freude und menschliche Begegnung zu einem sinnerfüllten Leben gehören.

Der KKV will motivieren, über Glaubensfragen nachzudenken. Die heutigen Probleme bedürfen mutiger Christen, die bekennd ihre Wege gehen. Auch Ihre Impulse sind uns wichtig. Offenheit und Freundschaft sind Orientierung für unser Leben. Junge Erwachsene finden eine lebendige und frohe Gemeinschaft im Jung-KKV.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann sprechen Sie uns an, oder rufen Sie an.

Bisher erschienene Dokumentationen

1. Mittelstand in Europa
Das christliche Menschenbild als Chance für Wirtschaft und Gesellschaft
(KKV-Europaabend am 5. Dezember 1994
im Vorfeld des EU-Gipfels im Dezember in Essen)
2. Business Reengineering
Radikales Konzept zur Unternehmensorganisation
Chance für den Standort Deutschland
Herausforderung für die Wirtschaftsethik
(KKV-Herbstforum am 13. November 1995 in Essen)
3. Steuerreform und Mittelstand
Nimmt der Staat mehr, als des Staates ist?
(KKV-Herbstforum am 4. November 1996 in Essen)
4. Strangulierung durch Regulierung
Schafft die Bürokratie (die) Selbständigkeit?
(KKV-Herbstforum am 10. November 1997 in Essen)
5. Soziale Sicherung grenzenlos?
Eigenverantwortung oder Solidarität
in Deutschland und Europa.
(KKV-Herbstforum am 9. November 1998 in Essen)
6. Die neue Welt der Information
Chancen für den Mittelstand
(KKV-Herbstforum am 8. November 1999 in Essen)
7. Soziale Gerechtigkeit – Nur eine Frage des Geldes?
(KKV-Herbstforum am 13. November 2000 in Essen)
8. Arbeit in neuer Selbständigkeit
Gewandelte Formen zwingen zum Umdenken
(KKV-Herbstforum am 12. November 2001 in Essen)
9. Bildung und Arbeit
Erwartungen und Forderungen an das Schulsystem und die Arbeitswelt
(KKV-Herbstforum am 4. November 2002 in Essen)

10. Quo vadis Deutschland?
Was bringt die wirtschaftliche und soziale Zukunft?
(KKV-Herbstforum am 17. November 2003 in Essen)
11. Ist die deutsche und europäische Wirtschaft gerüstet, um Partner und Mitbewerber der amerikanischen und asiatischen Wirtschaft auf dem Weltmarkt zu sein?
Wie stellt sich NRW diesen Herausforderungen?
(KKV-Herbstforum am 8. November 2004 in Essen)
12. Ist die Deutsche Wirtschaft auf die demographische Entwicklung vorbereitet? weniger + älter = ärmer?
(KKV-Herbstforum am 7. November 2005 in Essen)
13. Energie – Sicherheit, Abhängigkeit, Alternativen
(KKV-Herbstforum am 13. November 2006)
14. Kann der Staat Pleite gehen? – Die Rückführung der Staatsverschuldung
(KKV-Herbstforum am 12. November 2007)
15. Ein asiatisches Jahrhundert? Globalisierung und ihre Folgen.
Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben wir?
(KKV-Herbstforum am 10. November 2008)
16. Finanz- und Wirtschaftskrise – Neuorientierung auf der Basis der katholischen Soziallehre?
(KKV-Herbstforum am 9. November 2009)
17. Renaissance der Sozialen Marktwirtschaft
– Hoffnungszeichen für eine gerechtere Welt
(KKV-Herbstforum am 8. November 2010)
18. Gemeinsam eine aktive Bürgergesellschaft gestalten, Aufbruch für Werte
(KKV-Herbstforum am 7. November 2011)
19. Energiewende – Technische Herausforderung – soziale und wirtschaftliche Folgen
(KKV-Herbstforum am 5. November 2012)
20. Deutschland nach der Wahl: Konsequenzen für den Regierungsalltag
(KKV-Herbstforum am 4. November 2013)

21. Stadtentwicklung im Ruhrgebiet:
Finanzen, Infrastruktur, Sicherung von Gewerbeflächen
der Wirtschaft und Industrie
(KKV-Herbstforum am 3.November 2014)

Herausgegeben vom

Verband der Katholiken in Wirtschaft und Verwaltung

Diözesanverbände Essen, Köln und Paderborn

Essen, 2015

Der Nachdruck von Textbeiträgen ist kostenlos.

Quellenangaben und Belegexemplare werden erbeten.

Redaktionsanschrift: KKV-Diözesanverband Essen e.V.
 Bismarckstr. 61
 45128 Essen
 Tel. + Fax: 0201 770243
 E-Mail: kkv-dv-essen@t-online.de
 Internet: www.kkv-essen.de