

Jahrespressekonferenz des PKV-Verbandes am 20. Juni 2007 in Berlin

Elektronische Pressemappe

Inhalt:

- Pressemitteilung.....S. 2
- Statement des Verbandsvorsitzenden Reinhold Schulte
auf der Pressekonferenz am 20. Juni 2007 S. 4
- PKV-Zahlen 2006 im Überblick..... S. 25

Vorträge der Jahrestagung des PKV-Verbandes 2007:

- Reinhold Schulte: „Die PKV nach der Reform und die
Herausforderungen der Zukunft.“S. 28
- Prof. Dr. Christian Behl: „Programmierte Herausforderung:
Die Krankheiten der Zukunft.“S. 52
- Prof. Dr. Matthias Brandis: „Erschließung der Potentiale:
Innovationen der Zukunft – Erfahrungen aus der
Vergangenheit und Perspektiven.“S. 65
- Prof. Dr. Peter Propping: „Grenzen der Finanzierung:
Die ethischen Fragen der Zukunft.“S. 77

***Fotos:** Unter der Internetadresse www.pkv.de, Menüpunkt „Presse“, sind Fotos
des Verbandsvorsitzenden Reinhold Schulte sowie des Verbandsdirektors
Dr. Volker Leienbach hinterlegt.*

Pressemitteilung

Berlin, 20. Juni 2007



Gesundheitsreform zum Trotz: Private Krankenversicherung bleibt Motor für Qualität und Fortschritt im Gesundheitswesen

Auf seiner Jahrestagung in Berlin hat der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. die Bedeutung einer starken, kapitalgedeckten PKV für das Gesundheitssystem in Deutschland betont.

„Die zentralen gesundheitspolitischen Herausforderungen der Zukunft – die Finanzierung des medizinisch-technischen Fortschritts und die Alterung der Bevölkerung – werden sich ohne PKV nicht bewältigen lassen. Wenn „Gesundheit“ ein Wachstumsmarkt in Deutschland bleiben soll, geht das nur mit einer starken PKV“, so der Vorsitzende des Verbandes, Reinhold Schulte, vor Vertretern der PKV-Mitgliedsunternehmen und der Presse.

Während sich die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), forciert durch das GKV-WSG, nicht nur nach eigener Einschätzung in Richtung einer politisch gewollten Standardversorgung entwickelt, bekennt sich die PKV zum medizinischen Fortschritt im Gesundheitswesen: „Fortschritt wird bei uns nicht ausgebremst. Die PKV ist und bleibt eine budgetfreie Zone“, sagte Schulte.

Trotz ihrer durch die Gesundheitsreform erschwerten Rahmenbedingungen ist die PKV zuversichtlich, die Menschen auch in Zukunft mit individuellen, generationengerecht finanzierten Versicherungsprodukten überzeugen zu können: „Leistungssicherheit, freie Arzt- und Krankenhauswahl, guter Service, Zugang zu medizinischen Innovationen – diese Stärken der PKV gewinnen vor dem Hintergrund des politisch initiierten Rationierungskurses in der GKV immer mehr an Bedeutung“, so der Verbandsvorsitzende.

Schulte kündigte an, einen Qualitätsstandard ‚Privatmedizin‘ voranzutreiben: „Die PKV strebt an, gemeinsam mit den Ärzten neue Maßstäbe für die Behandlung von Privatversicherten zu entwickeln. Außerdem wollen wir auf Preise, Mengen und Qualität von Arzneien, Methoden und Heilbehandlungen stärker Einfluss nehmen – in fairer Partnerschaft mit allen Leistungserbringern.“

Pressesprecherin
Ulrike Pott

Telefon
(030) 204589-27

Telefax
(030) 204589-33

E-Mail
presse@pkv.de

Internet
www.pkv.de

Friedrichstraße 191
10117 Berlin

Seite 1 von 2

Dem PKV-Verband gehören 48 Unternehmen an, bei denen 26,9 Mio. Versicherungen bestehen: 8,5 Mio. Menschen sind komplett privat krankenversichert, außerdem gibt es 18,4 Mio. private Zusatzversicherungen.

Auf der Tagung zog die PKV kritische Bilanz zu der im April in Kraft getretenen Gesundheitsreform. Gegen die Verpflichtung zur Einführung des Basistarifs mit seinem rigiden Bedingungsnetz werden PKV-Unternehmen Verfassungsbeschwerden einlegen. Auch bei der Mitgabe von Alterungsrückstellungen für den Bestand bestehen aus Sicht der Branche und renommierter Verfassungsrechtler unüberwindbare verfassungsrechtliche Hürden.

Ungeachtet dessen arbeitet die PKV an einer angemessenen Umsetzung des ihr vom Gesetzgeber auferlegten Basistarifs. „Angemessen heißt dabei: Wenn der Basistarif der GKV vergleichbar sein soll, muss er auch mit entsprechenden Leistungsbegrenzungen, Kostendämpfungen und Steuerungsinstrumenten ausgestattet sein“, sagte Reinhold Schulte.

Gegen das Angebot von „privaten“ Zusatzversicherungen durch die gesetzlichen Kassen – z.B. für Chefarztbehandlung und Komfortunterbringung im Krankenhaus – hat die Branche den Rechtsweg beschritten. Solche Angebote sind durch das GKV-WSG eindeutig nicht gedeckt und auch aus Wettbewerbsgründen unzulässig, weil sie den gesetzlichen Kassen einen staatlich geschützten Zugang zum Markt für Zusatzversicherungen eröffnen würde.

Noch offen ist, wie viele Nichtversicherte die PKV ab 1. Juli in ihren Standardtarif aufnehmen muss. Nachdem die großen gesetzlichen Kassen bisher nur rund 15.000 „Rückkehrer“ gemeldet haben, zeichnet sich auch für die PKV kein großer Ansturm ab. Derzeit liegen bei den PKV-Unternehmen nicht einmal 2.200 konkrete Anfragen von Nichtversicherten vor, die sich im Standardtarif versichern wollen. Diese Zahlen kommen nicht ansatzweise in die Nähe der von der Gesundheitsministerin während der Reformdebatte immer wieder genannten Zahl von 300.000 Nichtversicherten.

Mitgliederversammlung des Verbandes der privaten
Krankenversicherung am 20. Juni 2007 in Berlin

Pressestatement

Reinhold Schulte
Verbandsvorsitzender

- Es gilt das gesprochene Wort -

Meine Damen und Herren,

aus aktuellem Anlass möchte ich zunächst auf die am Montagabend in der Großen Koalition getroffene Vereinbarung zur Pflegereform eingehen.

Auch wenn der Prozess zur Einigung diesmal weitgehend unter Ausschluss der Öffentlichkeit – und damit erheblich geräuschloser als in der Gesundheitsreform – stattgefunden hat, vergibt die Große Koalition auch bei der Pflegereform eine große Chance. Die Chance auf einen zukunftsorientierten Umbau der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Statt den von vielen Wissenschaftlern und Experten geforderten Umstieg auf Kapitaldeckung zu vollziehen – ihn zumindest konsequent einzuleiten, baut sie das Umlageverfahren der gesetzlichen Pflegeversicherung sogar noch aus. Damit bewirkt sie das Gegenteil von Generationensoli-

darität. Die Lastenverschiebung auf die Jüngeren wird ungebremst fortgesetzt. Darüber darf auch eine vorübergehende Kompensation durch Beitragssenkungen in der Arbeitslosenversicherung nicht hinwegtäuschen. Die aus Sicht der Pflegebedürftigen sinnvolle und erforderliche Ausweitung der Leistungen hätte unbedingt im Kapitaldeckungsverfahren und ohne weitere Hypothek auf die Zukunft erfolgen müssen.

Gescheitert ist der Einstieg in eine zukunfts feste, generationengerecht finanzierte Pflegereform für die gesetzlich Versicherten ganz offensichtlich an überholten ideologischen Positionen in der SPD. Sie hat den überfälligen Aufbau einer Demografiereserve verhindert, indem sie ihn von einem verfassungswidrigen Finanzausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung abhängig gemacht hat.

Dabei hätte es sachgerechte Lösungen gegeben: Zum Beispiel den Vorschlag der bayerischen Sozialministerin Stewens für eine ergänzende, kapitalgedeckte private Pflegeversicherung. Oder den Vorschlag, die bereits heute auf dem Markt befindlichen Pflegezusatzversicherungen stärker steuerlich zu fördern. Dies wären Wege gewesen, mit denen man die jetzt beschlossenen und aus Sicht der Pflegebedürftigen

sinnvollen Leistungsverbesserungen nachhaltig im Kapitaldeckungsverfahren hätte finanzieren können.

Es ist zu begrüßen, dass die Union in der Frage des Finanzausgleichs dem Drängen der SPD standgehalten hat. Das war richtig und muss anerkannt werden – ein Einlenken an dieser Stelle hätte bedeutet, dass die Privatversicherten, die mit durchschnittlich höheren Beiträgen bereits Demografievorsorge leisten, doppelt belastet worden wären.

Ohne ideologische Vorurteile hätte die private Pflegeversicherung Vorbild für die gesetzliche sein müssen. Und mit mehr Mut und Geschlossenheit hätte dies die erste große Reform im Interesse der Jüngeren werden können.

Die private Pflegeversicherung wird auf der Grundlage ihrer Erfahrung in der Kalkulation und in der Kapitalanlage, in der Beratung, der Pflegebeurteilung und Qualitätssicherung die von der Großen Koalition vorgenommenen Leistungsausweitungen verantwortungsvoll und generationengerecht umsetzen.

Nicht akzeptabel ist dagegen, dass analog zum Basistarif nun auch für die private Pflegeversi-

cherung eine Beitragslimitierung für niedrige Einkommen vorgesehen ist. Dies löst einen weiteren system- und rechtswidrigen Subventionsbedarf zu Lasten der Bestandsversicherten aus.

Die Politik bleibt aufgefordert, eine pflegepolitische Antwort auf die nicht mehr abwendbare demografische Herausforderung zu geben. Dafür sollte die bis zum Beginn der nächsten Legislaturperiode verbleibende Zeit konzeptionell genutzt werden. Die private Pflegeversicherung wird sich an einem solchen Prozess konstruktiv beteiligen

Meine Damen und Herren,
nach der Pflegereform möchte ich nun zu weiteren Themen kommen.

Das Leitthema unserer diesjährigen Mitgliederversammlung lautet „Die PKV als Motor für Innovation und Wachstum im Gesundheitswesen“.

Mit der Wahl dieses Themas für unsere Mitgliederversammlung nach der Gesundheitsreform, bei der es – Sie alle wissen das – für die PKV um nicht weniger als um die Existenz ging, wollen wir deutlich machen, dass die PKV auch in Zukunft eine unverzichtbare Säule des deutschen Gesundheitssystems sein wird. Die zent-

ralen Herausforderungen der Zukunft – die Alterung der Bevölkerung und die auseinandergehende Schere zwischen medizinisch-technischem Fortschritt und seiner Finanzierbarkeit – werden sich ohne eine starke PKV nicht bewältigen lassen.

Ohne Zweifel werden die Rahmenbedingungen für die PKV durch das GKV-WSG verschlechtert. Und die Frage, wo die private Krankenversicherung nach der Gesundheitsreform steht, welche Zukunftsperspektiven sie überhaupt hat, ist deshalb eine häufig gestellte, auf die ich in meinen Ausführungen eingehen werde.

Zunächst möchte ich jedoch kurz Resümee zur Gesundheitsreform und der wichtigsten Maßnahmen, die die PKV betreffen, ziehen.

– *Rückblick und Bewertung der Gesundheitsreform* –

Die Gesundheitsreform ist zum 01.04.2007 in Kraft getreten. Doch trotz des Namens des Gesetzes – Wettbewerbsstärkungsgesetz – und obwohl es kein Gesundheitspolitiker versäumte, die Schaffung von mehr Wettbewerb als Zielrichtung der Reform zu nennen, führt das Gesetz nicht zu mehr Wettbewerb im deutschen Gesundheitswesen. Die strukturellen Probleme

wurden – leider muss man das so sagen – wieder einmal nicht angegangen.

Mit dem GKV-WSG nimmt das deutsche Gesundheitssystem klar Kurs in Richtung Staatsmedizin: In der GKV schafft es einen Einheitsverband unter staatlicher Aufsicht mit einem einheitlichen Beitragssatz. Damit werden Finanzierungsrahmen und Entscheidung über das Leistungsniveau in der GKV weitgehend verstaatlicht. Verschärft wird damit in vielerlei Hinsicht auch die Tendenz zur impliziten Rationierung – ohne dass die Politik dies offen ausspricht.

Schon aus diesem Grund wollten einige dem Nebeneinander von GKV und PKV mittelfristig ein Ende setzen. Denn erst dieses Nebeneinander macht z.B. Leistungseinschnitte und –rationierungen in der GKV für viele transparent und vergleichbar. Die PKV hat hier bis heute immer auch als Korrektiv funktioniert.

Klares Ziel des Bundesgesundheitsministeriums war deshalb auch für die private Krankenversicherung von Beginn an mehr staatliche Einflussnahme, mehr Vereinheitlichung und weniger Eigenverantwortung. So gut wie alle Reformvorschläge des Gesundheitsministeriums während der Reformdebatte zielten darauf ab, die PKV

weitestgehend an die GKV anzugleichen. Aufgrund dieser Konstellation ist die Gesundheitsreform für die PKV auch nie in eine konstruktive Phase des gemeinsamen Gestaltens der Zukunft getreten, sondern war von Anfang bis Ende ein Kampf um die Existenz.

Auch wenn es in der Schlussphase des Gesetzgebungsverfahrens der Union noch gelungen ist, die bis dahin vorgesehenen, katastrophalen Eingriffe in die PKV erkennbar abzumildern, verschlechtern sich die Rahmenbedingungen für die PKV durch die Gesundheitsreform:

- Dazu gehört die Verpflichtung für die PKV, einen der GKV vergleichbaren Basistarif einzuführen, der sich aufgrund seiner gesetzlichen Vorgaben nicht selber tragen kann und von den Bestandsversicherten subventioniert werden muss.
- Dazu gehört auch die Verschärfung der Bedingungen für die Versicherungsfreiheit, wodurch vielen Versicherten die Wechselmöglichkeit in die PKV verschlossen und der Neuzugang zur PKV begrenzt wird. Und die neue Drei-Jahres-Frist führt nicht selten zu Fällen, bei denen langjährige PKV-Versicherte ihre Alterungsrückstellungen verlieren, weil sie wieder in die GKV zurück müssen. So bei-

spielsweise ein langjährig privatversicherter Angestellter, der in die Selbstständigkeit wechselt, dort ebenfalls ein Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze hat und nach einigen Jahren wieder als Angestellter in einem Unternehmen tätig wird. Obwohl er auch dort oberhalb der Versicherungspflichtgrenze verdient, muss er für mindestens drei Jahre zurück in die GKV und verliert dadurch seine Alterungsrückstellungen. Vor der Gesundheitsreform hätte er selbstverständlich in der PKV bleiben können. Uns sind inzwischen nicht wenige Fälle dieser Art bekannt, die aus Sicht der Versicherten als reine Willkür und Schikane des Gesetzgebers empfunden werden.

- Eine Verschlechterung der Rahmenbedingungen ergibt sich ebenfalls aus der vorgeschriebenen Portabilität der Alterungsrückstellungen bei Bestandsversicherten. Diese wird – ungeachtet der zeitlichen Begrenzung auf sechs Monate – ebenfalls Auswirkungen auf die Beiträge der Versicherten haben.

– Verfassungsbeschwerde –

Verfassungsrechtlich stellt das Vorschreiben eines bestimmten Geschäftsmodells in Verbindung mit Kontrahierungszwang einen Eingriff in die Berufsfreiheit dar. Die gesetzliche Pflicht zur Einführung

eines bestimmten Tarifs, dessen Gestaltung bis in die letzten Einzelheiten vorgeschrieben wird (Art, Umfang und Höhe der Versicherungsleistungen, Beitragshöchstgrenzen, Selbstbehaltstufen, Honorierung der Leistungserbringer etc.), ist weder mit dem Grundgesetz noch mit Europarecht vereinbar. Auch bei der Mitgabe der für das Versichertenkollektiv kalkulierten Alterungsrückstellungen für den Bestand bestehen erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken, ja – wie wir überzeugt sind - unüberwindbare verfassungsrechtliche Hürden.

Die privaten Krankenversicherer werden daher gegen das GKV-WSG Verfassungsbeschwerde einlegen. Die Vorbereitungen dazu finden derzeit unter Koordination des PKV-Verbandes und mit Unterstützung renommierter Verfassungsrechtler statt.

– GKV-Wahltarife –

Gegen das Angebot von Zusatzversicherungen durch die gesetzlichen Krankenkassen haben der Verband und ein PKV-Unternehmen bereits ein gerichtliches Verfahren eingeleitet. Wahltarife, mit denen die Kassen ihren Versicherten einen „privaten“ Zusatzschutz wie Chefarztbehandlung und Komfortunterbringung anbieten, verstoßen eindeutig gegen sozialrechtliche Vorschriften sowie gegen Wettbewerbs- und Verfassungsrecht. Entgegen der bisherigen Rechtsauffassung des Bundesgesund-

heitsministeriums und Teilen der Aufsicht zieht das Gesetz hier eine klare Grenze für Kostenerstattungstarife: Alle Leistungen, die nicht im Rahmen des Sachleistungsprinzips erbracht werden, dürfen die gesetzlichen Kassen auch nicht im Rahmen der Kostenerstattung anbieten. Der Ein-/Zweibettzimmertarif, den sich die AOK Rheinland hat genehmigen lassen, ist durch das GKV-WSG eindeutig nicht gedeckt.

Das Angebot solcher Tarife ist auch aus Wettbewerbsgründen unzulässig, weil er den gesetzlichen Kassen einen staatlich geschützten Zugang zum Markt für Zusatzversicherungen eröffnen würde. Denn gegenüber den gesetzlichen Kassen, die als Sozialversicherungen von der Steuer befreit sind, kein Eigenkapital hinterlegen müssen und über das Adressmonopol von rund 70 Millionen gesetzlich Versicherten verfügen, wären die privaten Versicherungsunternehmen massiv benachteiligt.

Abgesehen davon besteht kein Bedarf, das Angebot von Zusatzversicherungen auf die GKV auszuweiten. Über 18 Millionen private Zusatzversicherungen und zufriedene Kunden in der privaten Krankenversicherung beweisen, dass der privat organisierte Markt für Zusatzversicherungen im Sinne der Versicherten hervorragend funktioniert. Zudem sind in der PKV auch die Zusatzversiche-

rungen mit Alterungsrückstellungen kalkuliert – ein Verdrängen durch gesetzliche Produkte bedeutete also auch ein Verlust an Demografievorsorge.

Dagegen gestehen selbst viele Kassenchefs zu, dass Wahltarife in der GKV zu erheblichen Verzerrungen führen werden. Tarife mit klassischen PKV-Elementen wie Selbstbehalten und Beitragsrückerstattung werden in der Praxis zu Mitnahmeeffekten für Junge und Gesunde führen und für Alte und Kranke beitragssteigernd wirken. Das ist das Gegenteil der von Gesundheitspolitikern immer eingeforderten Solidarität. Solche Wahltarife haben deshalb in der GKV nichts zu suchen. Sie sind dort systemfremd.

– ***Nichtversicherte*** –

Während der gesetzliche Starttermin für den Basisstarif der 01.01.2009 ist, muss die PKV bereits ab dem 1. Juli 2007, also in knapp zwei Wochen, ehemalige Privatversicherte, die ihren Versicherungsschutz verloren haben, im Standardtarif aufnehmen. Es bleibt abzuwarten, wie viele Versicherte diesen Weg nutzen werden. Die Zahl der bisher in die GKV „zurückgekehrten“ Nichtversicherten ist bekanntlich sehr niedrig – sie liegt seit der dort ab 1. April bestehenden Versicherungspflicht nach Pressemeldungen bei den großen gesetzlichen Kassen bei nur rund 15.000 Personen. Auch in der PKV erwarten wir – so

wie es jetzt aussieht – keinen großen Ansturm von Nichtversicherten. Bis heute liegen bei den PKV-Unternehmen nicht einmal 2.200 konkrete Anfragen von Nichtversicherten vor, die sich im Standardtarif versichern wollen. Diese Zahlen kommen nicht ansatzweise in die Nähe der von der Gesundheitsministerin während der Reformdebatte immer wieder genannten 300.000 Nichtversicherten.

Insofern muss man sich einmal mehr fragen, ob die von SPD und Gesundheitsministerium mit großer Dramatik aufgebauten Horrorszenarien um Nichtversicherte nicht in erster Linie das Ziel hatten, die Pflicht zur Versicherung einzuführen, um damit einen weiteren Hebel für mehr staatliche Einflussnahme in der Hand zu haben. Dass das Gesundheitsministerium ausgerechnet die Lösung eines Problems, das für jeden einzelnen sicher kein kleines ist, aber noch nicht einmal 0,25 Prozent der Bevölkerung betrifft, als zentrale Errungenschaft dieser Gesundheitsreform feiert, sagt letztendlich mehr über die erreichten Ziele dieser Reform aus als es jeder Kritiker könnte.

– Stand der Arbeiten am Basistarif –

Ungeachtet der verfassungsrechtlichen Überprüfung wesentlicher Teile der Gesundheitsreform

wird die PKV die Herausforderungen des Gesetzes selbstbewusst annehmen. Damit befinden wir uns derzeit in der paradoxen Situation, dass wir eine Verfassungsbeschwerde gegen das GKV-WSG vorbereiten und gleichzeitig intensiv an der Umsetzung des für uns einschneidendsten Teils des Gesetzes – des Basistarifs – arbeiten.

Tatsache ist aber nun einmal, dass wir das Gesetz umsetzen müssen. Und wir werden unsere Möglichkeiten der Mitgestaltung nutzen, um eine angemessene Umsetzung des Basistarifs in der Praxis zu erreichen.

Angemessen heißt: wenn der Basistarif der GKV vergleichbar sein soll, dann muss er auch mit entsprechenden Leistungslimitierungen, Kostendämpfungen und Steuerungsinstrumenten ausgestattet sein wie die GKV. Das ist zwingend erforderlich, damit die Prämien eine für die Versicherungsnehmer akzeptable Höhe nicht überschreiten. Schließlich wird die Basistarifprämie schon deshalb teurer als der GKV-Schutz sein müssen, weil im Basistarif die Bedienung der Alterungsrückstellungen einkalkuliert werden muss und weil keine der GKV vergleichbare Mischung an Risiken zu erwarten ist. Denn anders als die GKV hat der Basistarif keinen stetigen Zustrom von Pflichtversicherten – sondern Versicherte,

die sich nur dann für den Basistarif entscheiden werden, wenn dies für sie von Vorteil ist.

Wir gehen derzeit davon aus, dass die Eckpfeiler des Basistarifs nicht vor Ende dieses Jahres feststehen werden.

An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass die PKV-Unternehmen nicht nur die Umsetzung des GKV-WSG, sondern bis Ende dieses Jahres auch das allgemeine Gleichbehandlungsgesetz sowie die Änderungen zum Versicherungsvertragsgesetz umsetzen müssen. Dies bedeutet für alle Unternehmen einen administrativen Kraftakt mit erheblichem Verwaltungsaufwand. Leider sind die Auswirkungen von Politik und Gesetzgebung inzwischen ein nicht zu vernachlässigender Kosten- und Risikofaktor für unsere Branche geworden.

– Auswirkungen des medizinischen Fortschritts und der alternden Gesellschaft auf die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems –

Wie gesagt, wir werden das Gesetz wie vorgeschrieben umsetzen. Ein Erfolgsmodell dürfte der Basistarif aber kaum werden.

Insbesondere erwarten wir keinen starken Zulauf unserer Bestandskunden in den Basistarif. Denn

diese haben sich bei ihrer Wahl für die PKV ja bewusst für einen hochwertigen Versicherungsschutz und lebenslange Leistungsgarantien entschieden. Sie wissen, wie wichtig es ist, dass weder der Gesetzgeber noch der Versicherer diese kürzen oder streichen können. Dies ist ein wesentlicher Grund, warum die klassischen PKV-Produkte auch für Neukunden in Zukunft immer attraktiver werden. Die Bedürfnisse der Menschen gehen erkennbar nicht in Richtung Einheitsversorgung.

Die Versicherten wollen einen individuellen, höherwertigen, verlässlichen und generationengerecht finanzierten Versicherungsschutz. Denn

- in einer alternden Gesellschaft wie in Deutschland werden nicht nur immer mehr Menschen immer älter – sie nehmen auch über einen längeren Zeitraum als heute medizinische Leistungen in Anspruch.
- der medizinische Fortschritt ermöglicht es gerade alten Menschen, selbst nach schweren Erkrankungen, zunehmend wieder zu Gesundheit, zumindest aber zu einem lebenswerten Leben trotz Krankheit zurückzufinden.
- der Finanzierungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung wird perspektivisch immer enger und implizite und explizite Ratio-

nierungen werden für die Versicherten in der GKV immer spürbarer werden.

Der medizinisch-technische Fortschritt und die Bevölkerungsalterung sind also mit Chancen und Risiken zugleich verbunden: Erst der medizinische Fortschritt und die Qualität eines aufwändigen Gesundheitssystems ermöglichen uns ein längeres Leben mit mehr Lebensqualität bis ins hohe Alter. Länger und besser zu leben wird in Zukunft aber auch immer mehr kosten.

Die gesetzliche Krankenversicherung wird die demografie- und innovationsgetriebenen steigenden Bedürfnisse der Versicherten systembedingt nicht befriedigen können. Die heute noch von vielen gesetzlich Versicherten erlebte, qualitativ hochwertige Versorgungswirklichkeit wird in der Zukunft zunehmend nicht mehr zu halten sein. Dass die GKV sich perspektivisch zu einer Standardversorgung entwickeln wird und muss, wird heute von den wenigsten Gesundheitsexperten bezweifelt. Denn dieser Weg ist längst eingeschlagen: 15 Jahre Budgetpolitik in der GKV bedeuten auch 15 Jahre – schleichende – Rationierung. Beispiele für explizite Rationierungen sind z.B. der Anspruch auf Sehhilfe nur noch in Ausnahmefällen, die Absenkung des Krankengeldes, Zuzahlungen bei Arzneimitteln, stationären The-

rapien und Praxisbesuch usw. Diese Liste lässt sich fortsetzen. Beispiele für implizite Rationierungen sind – da sie implizit sind – schwerer fassbar, wirken sich aber gleichwohl nachhaltig auf die Versorgungsqualität der gesetzlich Versicherten aus: beispielsweise in Form von längeren Wartezeiten auf einen Arzttermin oder weil der Patient keine Originalpräparate mehr verschrieben bekommt, obwohl die nachgemachten Präparate für ihn schwerer verträglich sind.

Die Verknappung von Leistungen in der GKV wird inzwischen von den Versicherten wahrgenommen – in der Zukunft wird sie noch viel spürbarer werden. Die ungebremste Teilhabe an Innovationen, an medizinisch-technischem Fortschritt in der GKV wird bei dauerhaft begrenzten Ressourcen, wie es das WSG vorsieht, nicht mehr möglich sein. Das GKV-WSG ist ein klares Bekenntnis, die implizite Rationierungspolitik der Vergangenheit forciert fortzusetzen.

– PKV als Motor für Innovation und Qualität in der Gesundheitsversorgung –

Im Gegensatz dazu sehen wir die Perspektive der PKV in einer Produktwelt, die sich auch in Zukunft uneingeschränkt zu Innovationen, Verbesserungen in Diagnostik und Therapien, zum Wachstum im Gesundheitswesen bekennt. Fort-

schritt im Gesundheitswesen wird in der PKV nicht ausgebremst werden. Die PKV ist und bleibt auch in der Zukunft eine budgetfreie Zone.

Dies wird nicht nur den Versicherten in der PKV, sondern dem ganzen Gesundheitswesen zugute kommen. Beispiele dafür gibt es schon heute:

- Durch eine höhere Innovationsquote bei Arzneimitteln bei Privatversicherten ist die PKV schon heute ein wichtiger Garant dafür, dass Innovationen am Pharmastandort Deutschland überhaupt noch eine Rolle spielen.
- Das Investitionsdefizit der deutschen Krankenhäuser ist besorgniserregend hoch. Ohne PKV gäbe es im stationären Bereich erheblich weniger Investitionen, der Versorgungsstandard in den Krankenhäusern wäre nicht aufrecht zu erhalten – und zwar für alle Patienten.

– künftige PKV-Produktwelt –

Die PKV wird mit ihren Versicherungsprodukten auf die wachsende Nachfrage der Versicherten nach einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung auf dem neuesten medizinischen Stand reagieren. Wir werden die bestehenden Stärken der PKV weiter ausbauen und gleichzeitig unsere Produkte auf die Versichertenbedürfnisse noch stärker ausrichten.

- So wollen wir einen eigenen Qualitätsstandard „Privatmedizin“ vorantreiben. Wir streben gemeinsam mit den Ärzten an, Maßstäbe zu entwickeln, welche Vorstellungen wir für die Behandlung von Privatversicherten haben.
- Wir wollen auf Preise, Mengen und Wirksamkeit von Arzneien, Methoden und Heilbehandlungen stärker Einfluss nehmen als wir dies heute tun. Und zwar in fairer Partnerschaft mit allen Leistungserbringern. Vorbilder dafür gibt es bereits: In den vergangenen fünf Jahren sind zwischen PKV-Verband und Krankenhäusern über 1.400 Vereinbarungen geschlossen worden, mit denen für die Versicherten qualitativ hochwertige Mehrleistungen zu leistungsgerechten Preisen im Wahlleistungsbereich „Unterkunft“ im Krankenhaus gesichert wurden.
- Wir werden die Vorteile der PKV, die vor dem Hintergrund eines Rationierungskurses in der GKV erheblich an Bedeutung gewinnen werden, künftig deutlicher herausstellen. Leistungssicherheit, individuelle Gestaltung des Versicherungsschutzes, freie Arzt- und Krankenhauswahl, besserer Service, Zugang zu Innovationen in der medizinischen Versorgung sind Werte einer Krankenversicherung, die künftig immer wichtiger werden.

– Fazit –

Meine Damen und Herren, damit komme ich zum Ende meiner Ausführungen. Zur Zukunft der privaten Krankenversicherung und zur Zukunft des Gesundheitssystems halte ich fest:

- Die Gesundheitsreform verschlechtert die Rahmenbedingungen für alle Akteure, vor allem auch für die Versicherten. Sie verschlechtert auch die Rahmenbedingungen der privaten Krankenversicherung. Die PKV wird die Herausforderungen aus dem GKV-WSG aber ebenso selbstbewusst annehmen wie die Herausforderungen, die sich aus der Bevölkerungsalterung und dem medizinisch-technischen Fortschritt ergeben.
- Wir werden den Basistarif wie gesetzlich vorgeschrieben anbieten. Die Zukunftschancen der PKV sehen wir aber eindeutig nicht darin, der GKV mit dem GKV-vergleichbaren Basistarif Konkurrenz zu machen. Im Gegenteil: Wir werden die Nachfrage nach der klassischen PKV-Produktwelt bedienen. Diese wollen wir in Zukunft noch attraktiver gestalten.
- Die PKV ist und bleibt auch in Zukunft eine budgetfreie Zone. Sie ist und bleibt damit Motor von Qualität, Innovationen und Wachstum im Gesundheitswesen. „Gesundheit“ soll

Wachstumsmarkt in Deutschland bleiben – das geht nur mit einer starken PKV.

- Die GKV-Leistungen werden sich perspektivisch zu einer Standardsicherung entwickeln. Deshalb müssen Politiker den Mut haben, die Illusion von der Rundumversorgung zu beenden. Die bisher implizite Rationierungspolitik in der GKV wird mit dem GKV-WSG fortgesetzt. Sie muss für die Versicherten endlich offengelegt, sie muss kommuniziert werden. Nur dann können die Menschen sich darauf einstellen.
- Wir brauchen deshalb eine neue Balance von privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Wir müssen mehr Leistungen und Menschen in der privaten Krankenversicherung absichern. Denn zukunftsfähig ist unser Gesundheitssystem nur mit mehr Kapitaldeckung, mehr Eigenverantwortung und mehr Transparenz.

Berlin, 20. Juni 2007

PKV-Zahlen 2006

Vorläufige Werte

Mitglieder des Verbandes 2006

• 48 Mitgliedsunternehmen, davon:	- 20 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit - 28 Aktiengesellschaften
• 1 außerordentliches Mitgliedsunternehmen	Das Versicherungsunternehmen ist kein ordentliches Mitglied, da es die Krankenversicherung zusammen mit einem anderen Versicherungsweig betreibt.
• 2 verbundene Einrichtungen:	- Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten - Postbeamtenkrankenkasse

Versicherungsbestand (Personen)

Versicherungsart	2006	2005	Bestandsveränderung	
			absolut	in Prozent
Krankheitsvollversicherung	8,476 Mio.	8,373 Mio.	+ 102.600	+ 1,2 %
Zusatzversicherung insgesamt*)	18,402 Mio.	17,088 Mio.	+ 1,314 Mio.	+ 7,7 %
davon u. a.				
Zusatzversicherung zum GKV-Schutz*)	13,009 Mio.	11,693 Mio.	+ 1,316 Mio.	+ 11,3 %
davon u. a.				
- ambulante Tarife	5,895 Mio.	5,038 Mio.	+ 857.500	+ 17,0 %
- Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	5,099 Mio.	5,040 Mio.	+ 59.200	+ 1,2 %
- Zahntarife	9,431 Mio.	7,794 Mio.	+ 1,636 Mio.	+ 21,0 %
Krankentagegeldversicherung	3,274 Mio.	3,237 Mio.	+ 37.400	+ 1,2 %
Krankenhaustagegeldversicherung	8,648 Mio.	8,842 Mio.	- 193.600	- 2,2 %
Pflegezusatzversicherung	976.800	832.900	+ 143.900	+ 17,3 %
Pflegeversicherung**)	9,274 Mio.	9,164 Mio.	+ 109.200	+ 1,2 %
Auslandsreisekrankenversicherung	19,897 Mio.	20,328 Mio.	- 430.700	- 2,1 %

*) 1. In diesen Summen sind Doppelzählungen enthalten, da auch solche Versicherte aufgeführt werden, die Zusatzversicherungen bei verschiedenen Unternehmen, in einer Gruppenversicherung (oder bei Zusatzversicherung insgesamt: ihre private Krankheitsvollversicherung bei einem anderen Unternehmen) abgeschlossen haben.
2. Wenn ein bereits Zusatzversicherter weitere Tarife abschließt, wird er in diesen Tarifen auch neu gezählt. Für die Gesamtposition wird er jedoch nicht erneut registriert. Aus diesem Grund ist der Gesamtneuzugang 2006 kleiner als die Summe der Neuzugänge in den Zusatzversicherungsarten.)

**) Der Versichertenbestand und der Nettozuwachs in der privaten Pflegeversicherung weichen von den Daten der Krankenversicherung ab, da auch einige freiwillig gesetzlich Versicherte sowie die Versicherten der verbundenen Einrichtungen Postbeamtenkrankenkasse und Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten privat pflegeversichert sind.

Beitragseinnahmen

Versicherungsart	2006 in Mrd. €	2005 in Mrd. €	Veränderung 2005/2006	Anteil an Gesamtbeitragseinnahme 2006
Krankenversicherung	26,57	25,48	+ 4,3 %	93,4 %
Krankheitsvollversicherung	20,52	19,67	+ 4,3 %	72,2 %
Krankenzusatzversicherung zum GKV-Schutz	3,53	3,28	+ 7,6 %	12,4 %
Krankentagegeldversicherung	1,04	1,05	- 1,0 %	3,7 %
Krankenhaustagegeldversicherung	0,73	0,75	- 2,7 %	2,6 %
Pflegezusatzversicherung	0,21	0,17	+ 23,5 %	0,7 %
Auslandsreisekrankenversicherung	0,27	0,30	- 9,9 %	1,0 %
Spezielle Ausschnittsversicherungen	0,04	0,03	+ 36,4 %	0,1 %
Beihilfeablöseversicherung	0,21	0,21	+ 0,0 %	0,7 %
Restschuld-/Lohnfortzahlungsversicherung	0,02	0,02	+ 0,0 %	0,7 %
Pflegeversicherung	1,87	1,87	+/- 0,0 %	6,6 %
Insgesamt	28,44	27,35	+ 4,0 %	100 %

Versicherungsleistungen

Veränderung der Versicherungsleistungen je Versicherten nach Leistungsarten

	2005/2006	2004/2005
ambulante Leistungen	+ 3,2 %	+ 4,3 %
davon		
Arztbehandlung	+ 2,1 %	+ 3,8 %
Heilpraktikerbehandlung	+ 8,7 %	+ 9,4 %
Arzneien und Verbandmittel	+ 3,7 %	+ 4,1 %
Heilmittel	+ 5,4 %	+ 4,0 %
Hilfsmittel	+ 5,0 %	+ 5,8 %
stationäre Leistungen	+ 2,5 %	+ 2,2 %
davon		
allg. Krankenhausleistungen	+ 2,6 %	+ 5,4 %
Wahlleistung Chefarzt	+ 3,0 %	- 1,5 %
Wahlleistung Unterkunft	+ 0,3 %	- 4,9 %
Ersatz-Krankenhaustagegeld	+ 0,7 %	- 9,0 %
Zahnleistungen	- 0,2 %	+ 3,5 %
davon		
Zahnbehandlung	+/- 0,0 %	+ 3,2 %
Zahnersatz	- 0,6 %	+ 3,5 %
Kieferorthopädie	+ 1,7 %	+ 7,8 %
insgesamt (ohne Tagegelder)	+ 2,4 %	+ 3,5 %

Ausgezahlte Versicherungsleistungen (einschl. Schadenregulierungskosten)

	2006 in Mrd. €	2005 in Mrd. €	Veränderung 2005/2006
Krankenversicherung	17,26	16,75	+ 3,0 %
Pflegeversicherung	0,56	0,55	+ 1,8 %
Insgesamt	17,82	17,30	+ 3,0 %

Alterungsrückstellungen

	2006 in Mrd. Euro	2005 in Mrd. Euro	Veränderung 2005/2006
Krankenversicherung	96,0	88,2	+ 8,8 %
Pflegeversicherung	16,5	15,2	+ 8,8 %
Insgesamt	112,5	103,4	+ 8,8 %

Jahresmitgliederversammlung
des Verbandes der
privaten Krankenversicherung e.V.
am 20. Juni 2007 in Berlin

– Es gilt das gesprochene Wort –

Reinhold Schulte
Vorsitzender des Verbandes
der privaten Krankenversicherung e.V.

Die PKV nach der Reform und
die Herausforderungen der Zukunft

„Meine sehr geehrten Damen und Herren. Wenn wir uns heute der Zukunft des Gesundheitssystems widmen, dann ist das nicht nur anspruchsvoll, sondern auch selbstbewusst formuliert. Denn die Zahlen, die wir eben gesehen haben, zeigen es doch eindrucksvoll:

Trotz der politischen Kämpfe in den vergangenen Jahren, in denen es um die Existenz der PKV ging; trotz vieler politischer Hürden, wie der hohen, zu hohen gesetzlichen Versicherungspflichtgrenze, vertrauen immer mehr Menschen ihren Krankenversicherungsschutz der PKV an. 8,5 Millionen Vollversicherte sowie gut 18 Millionen Zusatzversicherungen sind eine Demonstration der Bürgerinnen und Bürger für mehr Selbstbestimmung und generationengerechte Finanzierung im Gesundheitswesen.

Keine Frage: Die Menschen wollen die PKV. Und das Gesundheitssystem – die Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser brauchen die PKV.

Und es besteht nicht der geringste Zweifel: würden die meisten Bürgerinnen und Bürger nicht durch immer neue politische Hürden gehindert, würden sich noch viel, viel mehr bei uns versichern.

Das Vertrauen der Versicherten in die PKV bedeutet für die Branche indes eine große Verantwortung. Verantwortung für einen verlässlichen Versicherungsschutz heute, morgen und übermorgen. Verantwortung, dass die Innovationen und Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts auch wirklich bei den Patienten ankommen. Verantwortung, dass die

Qualität der medizinischen Versorgung von heute nicht nur gesichert wird, sondern auch der medizinische Fortschritt stetig in die Versorgung integriert werden kann. Die besondere Rolle der PKV weist in diesem Zusammenhang über den Kreis der Privatversicherten hinaus. Denn als Motor von Innovationen sorgt die PKV für ein innovationsfreundliches Klima, das dem gesamten Gesundheitswesen zugute kommt.

Diesen Fragen wollen wir uns auf unserer diesjährigen Mitgliederversammlung stellen. Dazu möchte ich Sie ganz herzlich begrüßen: neben den Vertretern der Mitgliedsunternehmen, meinen Kollegen, gilt mein besonderer Willkommensgruß unseren Gästen und den Vertretern der Presse. Ich freue mich insbesondere, die Vertreter unserer Aufsichtsbehörde begrüßen zu dürfen, sowie unsere diesjährigen Gastreferenten.

Bevor ich aber auf die „Zukunft der Gesundheit“ zu sprechen komme und zu den Referaten überleite, möchte ich die vergangenen zwölf Monate Revue passieren lassen und schauen, wo wir gesundheitspolitisch stehen.

Bei der Gesundheitsreform ging es aus PKV-Sicht – ich bedaure das sehr – immer nur um die Sicherung der Existenz der Branche. Nicht die Stärkung der PKV, nicht die Überlegung, wie mehr Menschen und Leistungen demographiefest abgesichert werden können, stand im Fokus der Koalitionsverhandlungen – wie es zeitgemäß gewesen wäre! Stattdessen wurde die PKV zum Symbolthema zwischen politisch oft uneinigen Koalitionspartnern. Die SPD instrumentalisierte die Privat-

versicherten für Neidkampagnen; und das federführende Bundesgesundheitsministerium entwickelte eine geradezu kreative Leidenschaft im Ersinnen von Strategien – Strategien zur Zerstörung eines funktionierenden Sicherungssystems.

Aus Sicht des BMG war das ja auch schlüssig: das GKV-WSG nimmt Kurs in Richtung Staatsmedizin, es schafft in der Gesetzlichen Krankenversicherung einen Einheitsverband unter staatlicher Aufsicht mit einem einheitlichen Beitragssatz und verschärft in vielerlei Hinsicht die Tendenz zur Rationierung. Schon aus diesem Grund wollte man dem Nebeneinander von GKV und PKV mittelfristig ein Ende setzen.

Aufgrund dieser Konstellation ist die Gesundheitsreform für die PKV nie in eine konstruktive Phase des gemeinsamen Gestaltens der Zukunft getreten, sondern war von Anfang bis Ende ein Kampf um die Existenz. Es ist vor diesem Hintergrund ein zweifellos großer politischer Erfolg für die ganze Branche, dass in nur wenigen Monaten nicht nur die Abwehr des Fonds gelungen ist, sondern am Ende auch noch die Kraft gereicht hat, die gefährlichsten Weichenstellungen des Basistarifs zu verhindern, die noch im ursprünglichen Gesetzentwurf des BMG angelegt waren. Denn diese liefen auf eine Verwandlung der PKV in eine zweite GKV hinaus. Dass die Pläne des BMG letztlich nicht verwirklicht worden sind, verdanken wir insbesondere der CDU/CSU-Bundestagsfraktion sowie den Ländern Bayern und Baden-Württemberg, die sich im laufenden Gesetzgebungsverfahren noch für viele heilsame Änderungen gerade im PKV-Bereich eingesetzt hatten.

Die vielen Nachbesserungen im Detail machen eine schlechte Reform allerdings nicht zu einer guten. Und so müssen sich neben der

Bundesregierung auch die Bundesländer den Vorwurf gefallen lassen, dass unter ihrer Verantwortung, mit ihrer Zustimmung ein Gesetz zustande gekommen ist, das die staatliche Gängelung im Gesundheitswesen forciert und unter dem Deckmantel von angeblich ‚mehr Wettbewerb‘ den Weg in Richtung Staatsmedizin und Rationierung beschreitet.

Auch im PKV-Bereich ist das Nachgebesserte noch lange nicht gut. Was von den ersten Basistarifregelungen am Ende übrig geblieben ist, verrät immer noch deutlich Geist und Zielsetzung der Unternehmung. Die Gesundheitsreform, die schließlich nach vielen Verhandlungen und Nachverhandlungen den Weg ins Bundesgesetzblatt gefunden hat, ist nach Auffassung renommierter Staatsrechtler verfassungswidrig. Diese Auffassung teilen wir, greift die Reform doch gleich mehrfach in bestehende Verträge ein, in die Verträge der Privatversicherten sowie in die Unternehmensfreiheit und in den Wettbewerb mit der GKV – einseitig zu Lasten der Privatversicherten!

Denken wir nur daran, dass der Staat private Unternehmen zwingt, einen Basistarif anzubieten, der sich nicht selbst finanziert; oder an die Portabilität der Alterungsrückstellungen im Bestand, für das erste Halbjahr 2009. Diese Leistung ist bei Vertragsabschluss nicht vereinbart worden und nun sollen ausgerechnet diejenigen dafür zahlen, die sie gar nicht in Anspruch nehmen. Das stellt die gängige Vorstellung von Vertragsfreiheit und Vertrauensschutz auf den Kopf.

Klagen dürfte es aber auch gegen die massiven Benachteiligungen des Wettbewerbs an der Grenze zwischen GKV und PKV geben. Ich denke vor allem an den wachsenden Steuerzuschuss an die GKV. Den sollen

Privatversicherte mitfinanzieren, ohne einen Anspruch auf eine Gegenleistung zu haben.

Wettbewerbs-, europa- und verfassungsrechtlich unzulässig, das bestätigen namhafte Rechtsgelehrte, sind zudem die Wahltarife in der GKV. Ich meine hier zum einen das Angebot von Selbstbehalttarifen, die in der GKV nichts zu suchen haben, weil die GKV mit ihren einkommensabhängigen Beiträgen nicht risikogerecht kalkuliert. Das führt dann in der Praxis zu Mitnahmeeffekten für Junge und Gesunde. Die Zeche zahlen Alte und Kranke. Das ist das Gegenteil von Solidarität!

Zum anderen meine ich aber auch die – durch das GKV-WSG gar nicht gedeckte! – Rechtsauffassung des Bundesgesundheitsministeriums und von Teilen der Aufsicht, die auch das Angebot von Komfortunterbringung oder Chefarztтарifen in der GKV für möglich halten. Die AOK Rheinland hat sich einen Ein- und Zweibettтарif bereits genehmigen lassen. Hiergegen haben wir Rechtsmittel eingelegt. Derartige Wahltarife anzubieten, ist nicht Aufgabe des Staates und gehört nicht in ein Sozialversicherungssystem. Denn dieses genießt einzig und allein aufgrund seiner sozialen, ‚notwendigen‘ Aufgaben die Privilegien einer steuerbefreiten staatlichen Körperschaft, die über das Adressmonopol verfügt und kein Eigenkapital hinterlegen muss. Wenn die GKV aber Zusatzversicherungen ohne Alterungsrückstellungen anbietet, dann verdrängt dieser willkürliche Eingriff des Staates in den privaten Versicherungsmarkt durch einen kurzfristigen Preiseffekt nicht nur die privaten Anbieter, sondern verschärft damit auch noch das Defizit an Demographievorsorge und Generationengerechtigkeit in diesem Land.

Ich bin zuversichtlich, dass dieser ordnungspolitische Dammbbruch auf dem Rechtsweg vereitelt wird.

Sehr geehrte Damen und Herren, es kennzeichnet auch die Lage der PKV im Jahr 2007, dass wir einerseits unsere Fundamentalkritik an der Gesundheitsreform aufrechterhalten und uns verfassungsrechtlich zur Wehr setzen werden, dass wir andererseits aber gleichzeitig dabei sind, den Basistarif mit zu gestalten! Das klingt paradox. Aber so ist es nun einmal: wir müssen das Gesetz umsetzen.

Bereits in wenigen Tagen, ab dem 1. Juli, werden wir ehemalige PKV-Versicherte, die ihren Versicherungsschutz aus welchen Gründen auch immer verloren haben, im Standardtarif aufnehmen. Warten wir ab, wie viele es am Ende wirklich sein werden. In der GKV, wo Nichtversicherte bereits seit dem 1. April eine Pflicht zur Versicherung haben, ist der Zulauf derart gering, dass man sich ernsthaft fragen muss, ob das Problem der Nichtversicherten vom BMG nur dramatisiert worden ist, um den staatlichen Einfluss auf die Krankenversicherung zu erhöhen.

Gleichzeitig bereiten wir den Basistarif so vor, dass er zum 1.1.2009 in Kraft treten kann. Denn bevor wir uns gestalten lassen, nutzen wir besser die Möglichkeiten der Mitgestaltung, die uns das Gesetz gibt, um eine angemessene Umsetzung des Basistarifs in der Praxis zu erreichen. Angemessen heißt: wenn der Basistarif der GKV vergleichbar sein soll, dann muss er auch mit entsprechenden Steuerungsinstrumenten, Leistungslimitierungen und Kostendämpfungen ausgestattet sein, wie z.B. Rabatte auf Arzneimittel. Das ist zwingend erforderlich, damit die Prämien eine für die Versicherungsnehmer akzeptable Höhe nicht

überschreiten. Schließlich muss die Basistarifprämie schon deshalb teurer als der GKV-Schutz sein, weil im Basistarif die Bedienung der Alterungsrückstellungen einkalkuliert werden muss sowie keine der GKV vergleichbare Mischung an Risiken zu erwarten ist.

Ein Erfolgsmodell dürfte der Basistarif daher wohl kaum werden. Die Verantwortung hierfür, daran werden wir von Zeit zu Zeit erinnern müssen, liegt klar bei der Politik und nicht bei der Branche, die frühzeitig differenzierte und sachgerechte Lösungen angeboten hat.

Während wir die Gesundheitsreform umsetzen, meine sehr geehrten Damen und Herren, hat sich die Koalition auf das nächste Reformpaket geeinigt. Zumindest in Eckpunkten liegt seit gestern der Plan für eine Reform der Pflegeversicherung vor. Eine Lösung der strukturellen Probleme, insbesondere der Finanzierungsprobleme, ist auch in diesem Fall nicht in Sicht. Vielmehr müssen wir feststellen, dass die große Koalition die Chance auf einen zukunftsorientierten Umbau der gesetzlichen Pflegeversicherung vergeben hat: Statt den von der Wissenschaft geforderten Umstieg auf Kapitaldeckung zu vollziehen - ihn zumindest konsequent einzuleiten -, baut sie das Umlageverfahren der gesetzlichen Pflegeversicherung sogar noch aus. Damit bewirkt sie das Gegenteil von Generationensolidarität. Die Lastenverschiebung auf die Jüngeren wird ungebremst fortgesetzt. Darüber darf auch eine vorübergehende Kompensation durch Beitragssenkungen in der

Arbeitslosenversicherung nicht hinwegtäuschen: Die aus Sicht der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zweifellos sinnvolle und erforderliche Ausweitung der Leistungen hätte unbedingt im Kapitaldeckungsverfahren erfolgen müssen. Ihre Finanzierung über das Umlageverfahren dagegen ist eine weitere Hypothek auf die Zukunft.

Ganz offensichtlich ist der Einstieg in eine zukunftsfeste, generationengerecht finanzierte Pflegereform für die gesetzlich Versicherten an überholten ideologischen Positionen in der SPD gescheitert. Sie hat den überfälligen Aufbau einer Demografiereserve verhindert, indem sie ihn von einem verfassungswidrigen Finanzausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung abhängig gemacht hat.

Es ist richtig, dass sich die CDU/CSU hier bis zuletzt auf kein Tauschgeschäft eingelassen und in der Frage des Finanzausgleichs dem Drängen der SPD standgehalten hat. An dieser Stelle gilt mein Dank auch zahlreichen Verfassungsrechtlern in und außerhalb der Bundesregierung, die mit ihren Gutachten gezeigt haben, dass eine Umsetzung des Koalitionsvertrages schlicht verfassungswidrig wäre.

Dennoch ist der Verzicht auf einen konsequenten Umstieg in Richtung Kapitaldeckung zu bedauern. Dabei hätte es sachgerechte Lösungen gegeben: denken wir an den Vorschlag der bayerischen Sozialministerin Stewens für eine ergänzende, kapitalgedeckte private Pflegeversicherung. Oder den Vorschlag, die bereits heute auf dem Markt befindlichen Pflegezusatzversicherungen stärker steuerlich zu fördern. Dies wären Wege gewesen, einen Umstieg auf mehr Kapitaldeckung und

damit finanzielle Solidität in der Pflegeversicherung zu bezahlbaren Preisen zu gestalten.

Auf diesem Weg hätte man die zusätzlichen Leistungen, insbesondere die für Demenzkranke, und auch die Dynamisierung generationengerecht finanzieren können. So aber wird die Pflegereform schon mittelfristig die Finanzierungsprobleme der SPV weiter verschärfen.

Anders in der PPV: da ist eine zukunftsfeste Finanzierung der neuen Leistungen garantiert.

Nicht akzeptabel ist freilich, dass analog zum Basistarif nun auch für die private Pflegeversicherung eine Beitragslimitierung für niedrige Einkommen vorgesehen ist. Dies löst einen weiteren rechtswidrigen Subventionsbedarf zu Lasten der Bestandsversicherten aus und es unterhöhlt weiter das Äquivalenzprinzip in der Privaten Krankenversicherung.

Bei aller Kritik im Detail, bei aller Kritik an der verpassten Chance, das Gesamtsystem auf eine solide Finanzbasis zu stellen, möchte ich aber doch eine Prognose wagen: je mehr die demographische Entwicklung voranschreitet, wird die PPV als Garant einer zuverlässigen Absicherung des Pflegerisikos für Bedürftige wie für Leistungserbringer immer mehr an Bedeutung gewinnen. Es wird Zeit, dass endlich auch die Politik die PPV als Partner anerkennt. Einen besseren wird sie bei der Bewältigung der demographischen Herausforderung nicht finden.

In den vergangenen zwölf Monaten, meine sehr verehrten Damen und Herren, galt es vor allem viel zu verhindern. Hierauf unsere Kräfte zu konzentrieren, war richtig und war auch erfolgreich. Allerdings – das ist mir sehr wichtig – dürfen wir uns politisch nicht auf einen fortwährenden Abwehrkampf beschränken. Das beste Mittel gegen alle Gleichmacherei und Vereinheitlichung ist, die Vorteile der klassischen PKV-Tarifwelt wieder stärker zu betonen und diese Vorteile weiter auszubauen. Das Interesse der Versicherten besteht in einem lebenslang verlässlichen Schutz, in einer Teilhabe an medizinischen Innovationen, in einer gesicherten Qualität der medizinischen Versorgung sowie in der Gewissheit, angemessene Preise zu zahlen.

Da hat die PKV bereits heute einen deutlichen Vorsprung gegenüber der GKV. 15 Jahre Budgetpolitik in der GKV bedeuten auch 15 Jahre – schleichende – Rationierung. Beispiele für explizite Rationierungen sind z.B. der Anspruch auf Sehhilfe nur noch in Ausnahmefällen, die Absenkung des Krankengeldes, Zuzahlungen bei Arzneimitteln, stationären Therapien und Praxisbesuch usw. Diese Liste lässt sich fortsetzen. Beispiele für implizite Rationierungen sind – da sie implizit sind – schwerer fassbar, wirken sich aber gleichwohl nachhaltig auf die Versorgungsqualität der gesetzlich Versicherten aus: beispielsweise in Form von längeren Wartezeiten auf einen Arzttermin oder weil der Patient keine Originalpräparate mehr verschrieben bekommt, obwohl die nachgemachten Präparate für ihn schwerer verträglich sind.

Die Verknappung von Leistungen in der GKV wird inzwischen von den Versicherten wahrgenommen – in der Zukunft wird sie noch viel spürbarer werden. Denn das GKV-WSG ist ein klares Bekenntnis, die

Rationierungspolitik der Vergangenheit forciert fortzusetzen. Es begrenzt systematisch und dauerhaft die finanziellen Ressourcen. Und niemand sollte sich der Illusion hingeben, dass bei Knappheit der Mittel Innovationen und Fortschritt noch unbegrenzt Eingang in die GKV finden.

Im Gegensatz dazu steht die PKV für eine Produktwelt, die sich auch in Zukunft uneingeschränkt zu Innovationen, Verbesserungen in Diagnostik und Therapien, zum Wachstum im Gesundheitswesen bekennt. Lassen Sie mich nur fünf Argumente im Produktwettbewerb mit der GKV nennen, gleichsam fünf Gründe dafür, warum dieses Land und seine Menschen die PKV brauchen:

1. Der private Krankenversicherungsvertrag beinhaltet einen unkündbaren, verlässlichen Leistungskatalog, dessen Umfang nicht von der Politik eingeschränkt oder verändert werden kann.
2. Der Vertragsinhalt ist nicht starr, sondern erweitert sich stetig um den medizinischen Fortschritt.
3. Die Leistungen sind zukunftsfest und generationengerecht finanziert. Die PKV ist daher der ideale Partner für alle, die nicht nur mit Blick aufs Klima von Nachhaltigkeit reden wollen.
4. Ihren Versicherten gewährt die PKV einen ungehinderten Zugang zu Ärzten und Krankenhäusern ihrer Wahl sowie zu Arzneien und Behandlungsmethoden ohne Reglementierung.

5. Die PKV ist eine budgetfreie Zone. Sie ist und bleibt damit Träger von Innovationen und Motor für Qualität und Wachstum im Gesundheitswesen.

Dennoch wäre die Branche schlecht beraten, sich auf diese Vorteile zu beschränken. Vor allem darf sich die PKV nicht mit der Funktion des Kostenerstatters begnügen. Unser Ziel muss sein, auf Preise, Mengen und Wirksamkeit von Arzneien, Methoden und Heilbehandlungen stärker Einfluss zu nehmen als wir dies heute tun. Und ich betone: in fairer Partnerschaft mit Ärzten und Zahnärzten, in fairer Partnerschaft mit allen Leistungserbringern. Es liegt in unserem gemeinsamen Interesse, das herausragende Leistungsversprechen der PKV werthaltig und zu tragbaren Kosten für unsere Versicherten einzulösen. Dazu gehört im Gesundheitsmarkt der Zukunft aber auch die Kompetenz, zwischen schlechter und guter, überflüssiger und nützlicher Versorgung zu unterscheiden und dies in der Vergütung zum Ausdruck kommen zu lassen.

Vorbilder gibt es bereits, haben wir doch in den vergangenen fünf Jahren durch die Kooperation im Krankenhausbereich unsere Kompetenz im Leistungsmanagement unter Beweis gestellt. Dabei standen nicht Kostengesichtspunkte im Vordergrund, sondern eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten. Die PKV ist im stationären Sektor längst ein anerkannter Partner für die solide Planung eines transparenten Leistungsgeschehens und seine Finanzierung. Davon zeugen gut 1400 Vereinbarungen zwischen PKV-Verband und Krankenhäusern.

Bedauerlich ist an dieser Stelle, dass die aktuelle VVG-Reform weit hinter den Möglichkeiten zurückbleibt. Die Instrumente zum Qualitätsmanagement, die sie der PKV liefert, sind nicht wirklich neu und reichen auch nicht aus. Sie gilt es daher in den kommenden Jahren substantiell weiterzuentwickeln – vor allem in Richtung einer Verhandlungs- und Vertragskompetenz der PKV mit allen Leistungserbringern. Das hat nichts mit Sparmaßnahmen oder gar Rationierungen zu tun. Im Gegenteil: eine hohe Innovationsquote und damit eine hochwertige Patientenversorgung an der Spitze des medizinischen Fortschritts sind und müssen Kennzeichen der unverwechselbaren Identität der PKV ebenso bleiben wie eine angemessene, leistungsgerechte Vergütung. Von einer guten Partnerschaft und fairen Verhandlungen profitieren am Ende sowohl die Leistungserbringer als auch die Versicherten. Wo dagegen eine Seite Schaden nimmt, wird das Gesundheitssystem als Ganzes geschädigt.

Die Perspektive auf die zukünftige Ausrichtung der PKV wäre aber allzu beschränkt, wenn sie nicht auch die Chancen und Risiken unseres Gesundheitssystems insgesamt in den Blick nähme. Damit komme ich zum Thema unserer diesjährigen Mitgliederversammlung.

Wer keine Vorstellung, keinen Begriff von der Zukunft hat, wird sie verspielen. Das trifft sicherlich nicht auf jeden Lebensbereich in gleicher Weise zu. Aber bei der Gestaltung unserer Versicherungssysteme gilt er uneingeschränkt. Die steigende Lebenserwartung einerseits und der Geburtenrückgang andererseits haben das zukünftige Dilemma unserer sozialen Sicherungssysteme bereits programmiert. Im Jahr 2050 etwa wird auf einen Rentner nur noch gut ein Erwerbstätiger kommen. Prognosen dieser Entwicklung unterscheiden sich bestenfalls an den Nachkommastellen. An der demographischen Grundrichtung hat aber keines der bekannten Forschungsinstitute auch nur den geringsten Zweifel.

Keine Familienpolitik wird diese Entwicklung umkehren können. Die demographische Lücke ist bereits eine historische Tatsache. Die tiefe Delle im reproduktiven Sockel der Gesellschaft ist bereits da. Insofern hat die Zukunft, von der wir heute reden, bereits vor Jahrzehnten begonnen.

In unseren staatlichen Sozialversicherungssystemen tickt vor diesem Hintergrund eine gewaltige demographische Zeitbombe. Denn diese Systeme sind umlagefinanziert und müssen ihre laufenden Ausgaben mit den laufenden Einnahmen begleichen. Die Umlagefinanzierung in der Krankenversicherung ist durch eine doppelte Hypothek belastet: erstens ist die umlagefinanzierte Gesetzliche Krankenversicherung heute für 90 Prozent der Bevölkerung zuständig. Und dies, obwohl sehr viele davon in der Lage wären, sich privat abzusichern und damit die Solidargemeinschaft im Alter zu entlasten. Zweitens ist der Leistungskatalog, der durch das Umlageverfahren finanziert werden muss, trotz schleichender Ratio-

nierung durch die Budgetpolitik der vergangenen 15 Jahre immer noch einer der umfangreichsten gesetzlichen Pflichtleistungskataloge der Welt. In dieser doppelten Überdimensionierung der Umlage liegt das Kernproblem: denn alle Beitragszahler der GKV werden auch an dieses System irgendwann ihre kompletten Ansprüche auf Gesundheitsversorgung adressieren. Als Kranke werden sie völlig zu Recht Leistungen auf dem neuesten Stand des medizinischen Fortschritts fordern. Und als Rentner werden sie gegenüber den Jüngeren einen Subventionsanspruch geltend machen. Bereits heute tragen die Älteren nicht einmal fünfzig Prozent ihrer Ausgaben selbst. Den Rest finanzieren die Unter-65jährigen und deren Arbeitgeber durch einen jährlichen Beitrag von zuletzt über 34 Milliarden Euro. Diese Relationen werden sich demographiebedingt verschlechtern. Die Umlagefinanzierung wird an Grenzen stoßen und diese Grenzen werden exakt mit der Überforderung der jüngeren Generation zusammenfallen. Für Alternativen wird es dann zu spät sein.

Die Bundesregierung hat bei der jüngsten Gesundheitsreform diese Finanzierungsherausforderung der Zukunft gänzlich ausgeblendet. Offenbar glaubt man immer noch die Mär, dass sich mit der Alterung der Gesellschaft die Gesundheitsausgaben im Alter ‚nur‘ nach hinten verschieben, dass Alterung gewissermaßen eine kostenneutrale Veranstaltung sei. Wir haben es hier mit einer gefährlichen, gleich zweifachen Selbsttäuschung über die tatsächliche Entwicklung zu tun. Denn tatsächlich werden schon allein aufgrund der sich verschiebenden Relation von Jung und Alt große Finanzierungslasten stillschweigend auf kommende Generationen abgewälzt. Das ist gewiss nicht ‚kostenneutral‘. Problemverschärfend kommt aber hinzu, dass alle

greifbaren empirischen Daten der Annahme einer bloßen Verschiebung der Gesundheitsausgaben in der verlängerten Lebensspanne widersprechen. Wir müssen vielmehr – das hat jetzt erstmals auf der Basis empirischer Daten das Wissenschaftliche Institut der PKV gezeigt – mit dem Gegenteil rechnen: in einer alternden Gesellschaft werden durchschnittlich nicht gleichviel, sondern mehr Jahre in Krankheit verbracht; in einer alternden Gesellschaft werden die altersbedingten Krankheiten dramatisch zunehmen; und: in unserer alternden Gesellschaft wird dank medizinischer Möglichkeiten und medikamentöser Unterstützung für immer mehr Menschen die Chance wachsen, selbst nach schweren Operationen wieder in Gesundheit und zu einem lebenswerten Leben zurückzufinden. Länger leben kostet daher mehr. Das sind die tatsächlichen Herausforderungen an unser Gesundheitssystem. In einer alternden Gesellschaft werden spezifische Alterskrankheiten wie Alzheimer, Parkinson, Diabetes 2, Altersgastritis, arteriosklerotische Gefäßveränderungen, Rheuma, Osteoporose, Lungen-, Krebs- und Herzkrankheiten das allgemeine Krankheitsbild weitaus mehr prägen als das bislang der Fall war. Infektionskrankheiten und Multimorbidität werden zunehmen. Heilprozesse werden sich verlängern und der Pflegeaufwand wird größer.

Wenn wir die Zukunft meistern wollen, dann müssen wir uns auch von dieser Seite ein ungeschminktes Bild machen. Um eines ganz deutlich zu sagen: mit dem thematischen Zuschnitt unserer Veranstaltung auf die Zukunft der Gesundheitsversorgung in einer alternden Gesellschaft wollen wir kein Horrorbild der Vergreisung zeichnen, sondern schlicht auf den steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen hinweisen. Steigender Bedarf ist zunächst einmal ökonomisch betrachtet eine gute

Voraussetzung für eine weiterhin prosperierende Gesundheitswirtschaft und für eine innovative Forschung.

Gerade auf dem Gebiet der medizinischen Innovationen hat es in den vergangenen Jahren atemberaubende Fortschritte gegeben. Dank neuer Methoden und Medikamente sind unheilbare Krankheiten heilbar geworden. Menschen können heute auf einem qualitativ hohen Niveau selbst mit Krankheiten weiterleben, die noch vor Jahren tödlich waren. Ja, der Fortschritt der Medizin- und Operationstechnik ist längst in Bereiche vorgedrungen, die man vor kurzem noch in religiöser Ehrfurcht als ‚Wunder‘ bezeichnet hätte: in wenigen Jahren, so heißt es, werden operative Eingriffe möglich sein, die Blinden das Augenlicht schenken!

Bei allem Staunen über Innovationen dürfen wir aber nicht ihre gesellschaftspolitischen Voraussetzungen vergessen. Eine wesentliche Bedingung ist Freiheit. Nur offene Gesellschaften mit pluralen, freiheitlichen Strukturen geben dem Erfindergeist die experimentellen Räume, die er braucht, und geben dem Unternehmer die Aussicht, dass Investitionen in Forschung sich lohnen.

Auch deshalb ist die jüngste Gesundheitsreform ja in die falsche Richtung gegangen: getragen vom Irrglauben an die Allmacht und Beglückungskompetenz des Staates, hat sie die Räume von Freiheit und Selbstorganisation weiter eingeschränkt, statt sie zu erweitern. Diesen Fehler gilt es bei der nächsten Reform zu korrigieren. Denn die Revitalisierung freiheitlicher Spielräume ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass wir das Innovationspotential unserer Gesellschaft bewahren und immer wieder neu erschließen können.

Innovationen haben allerdings auch ihren Preis. Für die Krankenversicherung bedeutet das: nicht nur die altersbedingte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen im allgemeinen wird zunehmen und kostentreibend wirken, sondern auch die Nachfrage nach moderner, häufig teurer Spitzenmedizin im besonderen. Damit wird die Gesellschaft aber auch immer unerbittlicher mit der Frage konfrontiert sein, wie sie die Teilhabe am medizinischen Fortschritt sicherstellt, welche Leistungen sie noch bereit oder in der Lage ist zu zahlen und welche nicht.

Damit habe ich die drei Fragestellungen skizziert, denen wir uns heute widmen und zu denen wir jeweils drei ausgewiesene Fachreferenten hören werden. Die erste Frage ist die nach den Krankheiten der Zukunft – dabei geht es um den steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen in einer alternden Gesellschaft. Die zweite ist die nach den medizinischen Innovationen der Zukunft – und gibt so einen Ausblick auf das wachsende Angebot an Gesundheitsleistungen. Die dritte Frage ist die ethisch äußerst brisante nach der Verteilung knapper Ressourcen. Es ist höchste Zeit, dass wir uns auch dieser Frage mit Ehrlichkeit und Realismus stellen.

Denn eine qualitativ hochwertige Versorgung hat ihren Preis. Wenn wir diesen Preis zahlen wollen, dann dürfen wir nicht nur in den Kategorien des Umlagesystems denken. Dann müssen wir auch fragen, welche der Leistungen, die heute ‚solidarisch‘ über Zwangsabgaben finanziert werden, tatsächlich im Pflichtleistungskatalog der GKV bleiben müssen und welche der privaten Entscheidung und Eigenverantwortung überlassen werden können. Dies ist eine schon mittelfristig existentielle

Frage: denn jeder umlagefinanzierte Euro, der zur Linderung von Bagatellerkrankungen, von kleinen Befindlichkeitsstörungen ausgegeben wird, fehlt irgendwann an anderer Stelle: dort nämlich, wo es um die Abdeckung der großen Risiken geht, die niemand alleine zahlen kann. Bereits heute klagen Menschen darüber, dass ihnen der Kassenarzt bestimmte Methoden oder Arzneimittel vorenthalten muss. Implizite Rationierung ist schon heute Realität in Deutschland. Politikern aber, die sich vor diesem Hintergrund fragen, wann bestimmte Leistungen explizit aus dem Katalog der GKV herausfallen werden, verhängt man in aller Regel einen Maulkorb. Dieser schizophrene Umgang mit der Realität gilt nämlich hierzulande als ‚politisch korrekt‘. Ich dagegen empfinde ihn als politisch nicht verantwortbar. Denn: bleibt es bei der Illusion der Rundumversorgung in der GKV, wird sie den medizinischen Fortschritt langfristig ganz sicher nicht mehr integrieren, weil nicht mehr finanzieren können. So lange die Politik an dieser Illusion festhält, setzt sie also faktisch die Lebenschancen zukünftiger Generationen aufs Spiel.

Es gibt Alternativen. So ließe sich die Leistungsfähigkeit der GKV auch langfristig erhalten, wenn man ihre Pflichtleistungen auf das Niveau einer Grundsicherung reduziert. Die Ausgliederung nicht notwendiger Leistungen aus dem Umlageverfahren würde zukünftige Generationen entlasten und so Spielräume für mehr kapitalgedeckte Vorsorge schaffen. Die Beschränkung der GKV auf Kernaufgaben wäre daher das Gebot der Stunde. Unsere Vorschläge liegen dazu seit Jahren auf dem Tisch. Die Entscheidung dieser Frage – auch da darf man sich keinen Illusionen hingeben – ist von der Gesellschaft jetzt zu treffen. Verweigert sie die Entscheidung und wählt die Vertagung des Problems, dann wird auch

die Nicht-Entscheidung eine Entscheidung sein – mit weitreichenden und – wie ich befürchte – dann auch irreparablen Folgen.

Sicherlich: die Politik ist geneigt, diese Fragen schon mit Blick auf kommende Wahlen zu verschieben. Wenn sich daran etwas ändern soll, dann müssen die Bürgerinnen und Bürger der Politik entsprechende Signale und Impulse geben. Ich wünsche mir, dass unsere heutige Versammlung dazu einen Beitrag leistet und einen Anstoß gibt, gesundheitspolitische Verantwortung nicht nur für Wahlperioden zu übernehmen, sondern für Generationen. Die Orientierung an den mittel- und langfristigen Herausforderungen muss endlich auf die Tagesordnung einer verantwortungsbewussten Gesundheitspolitik. Wer in Deutschland eine generationengerechte Finanzierung der medizinischen Versorgung anstrebt, kombiniert mit einer hohen Innovationsfähigkeit, der braucht die PKV. Ohne die PKV hätte der Gesundheitsstandort Deutschland schon heute dramatische finanzielle Einbußen – zu Lasten der Patienten, der Ärzte und der Infrastruktur. Die Antwort auf die kommenden Herausforderungen kann daher nur die Stärkung der PKV sein. Dazu gibt es keine Alternative.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Schlusswort

Meine sehr geehrten Damen und Herren, erlauben Sie mir nach dieser spannenden Diskussion und den instruktiven Vorträgen ein vorläufiges kurzes Resümee unserer Mitgliederversammlung:

Es ist allgemeiner Konsens, dass wir eine innovative Medizin und gute Versorgung für alle wollen. Dieser Konsens ist so verbreitet, dass zwei Dinge immer wieder aus dem Blick geraten.

Erstens: Innovation hat Voraussetzungen. Diese lassen sich frei nach unserer Bundeskanzlerin auf den Begriff bringen: ‚mehr Freiheit und weniger Staat wagen‘. Es ist höchste Zeit, dass die Politik diese Einsicht in die Tat umsetzt.

Zweitens: die gesellschaftspolitischen, aber auch die materiellen Voraussetzungen der medizinischen Innovationsfähigkeit müssen täglich erarbeitet werden. Deutschland ist aber seit einiger Zeit dabei, sie zu verspielen. Die Finanzierbarkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung stößt für alle erkennbar bereits heute an ihre Grenzen. Schwindende Verteilungsspielräume beeinflussen tagtäglich die medizinische Versorgung. Implizite Rationierung ist kein pessimistisches Zukunftsszenario, sondern in der zwangsläufig immer budgetierten GKV schon heute Realität. Allmählich bekommen wir eine Ahnung, vor welchen ethischen Zwickmühlen die Leistungserbringer möglicherweise in zehn, zwanzig, dreißig Jahren stehen werden – wenn wir nicht endlich anfangen, unsere Sicherungssysteme neu zu justieren.

Wenn die Gesetzliche Krankenversicherung auch in Zukunft noch die großen Risiken des Lebens absichern und den medizinischen Fortschritt wenigstens zur Bekämpfung der schweren Krankheiten integrieren können soll, dann bedarf es heute der Klärung, was eine aus Pflichtbeiträgen finanzierte GKV eigentlich leisten muss und was nicht. In eine Sozialversicherung gehört eigentlich nur, was notwendig ist, was also im wahrsten Sinne bereitgestellt werden muss, *um die Not zu wenden*. Alles andere muss der eigenverantwortlichen Vorsorge und individuellen Präferenz überlassen werden. Mit dieser ordnungspolitischen Maxime könnten wir die demographieanfällige GKV entlasten und langfristig stabilisieren, gleichzeitig hätten die Menschen mehr Mittel und Möglichkeiten für die private Initiative. Das würde die Eigenverantwortung und Generationengerechtigkeit in diesem Land stärken.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, lassen Sie mich abschließend aber auch sagen: wenn heute insgesamt mehr Fragen als Antworten aufgeworfen worden sein sollten, so war das ganz im Sinne unserer Veranstaltung. Ging es doch darum, endlich die Zukunftsfragen zu stellen, die eine verantwortungsvolle Politik längst hätte auf die Tagesordnung setzen müssen, die aber selbst von der jüngsten Gesundheitsreform noch einmal – ich glaube: ein letztes Mal – ausgeblendet werden konnten.

Die PKV kann den Herausforderungen der alternden Gesellschaft guten Mutes entgegensehen. Ihre Finanzierung ist eine verlässliche Basis, um den Versicherten auch in Zukunft die Teilhabe am medizinischen Fortschritt und an einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu garantieren. Ihre Finanzierung ist aber auch den Herstellern von

Medizin- und Pharmaprodukten Gewähr, dass Innovationen in Deutschland einen entsprechenden Markt finden. Die private Krankenversicherung wird in Zukunft ihre Gestaltungsspielräume vermehrt nutzen – und weitere politische einfordern –, um weiterhin ihre Rolle als Motor für Qualität und Innovation wahrzunehmen. Dies ist eine wichtige Botschaft, weil die Gesundheitsreform für die GKV gerade die Weichen auf verschärfte Rationierung gestellt hat und damit das Signal ausgesendet hat, Innovationen könnten in Zukunft eher ausgebremst werden.

In anderen Worten: der Gesundheitsstandort Deutschland und seine Versicherten werden die PKV auch in Zukunft brauchen – mehr noch als in der Vergangenheit. „Gesundheit“ soll Wachstumsmarkt in Deutschland bleiben – das geht nur mit einer starken PKV.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Programmierte Herausforderung: Die Krankheiten der Zukunft

Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Christian Behl

Institut für Physiologische Chemie & Pathobiochemie, Fachbereich Medizin,

Johannes Gutenberg-Universität Mainz

cbehl@uni-mainz.de

Vortrag

PKV-Jahrestagung Berlin

20. Juni 2007

In meinem Vortrag möchte ich Ihnen vor dem bekannten Hintergrund der sich stark verändernden Altersstruktur der Bundesrepublik Deutschland und der sich daraus ergebenden dramatischen gesellschaftlichen Veränderungen in der Zukunft über einige Aspekte des Alterns des Menschen sowie über zwei wesentliche Alterserkrankungen des Menschen, Diabetes mellitus Typ 2 und Morbus Alzheimer, berichten. Beide Krankheitsbilder werden neben einer Reihe weiterer altersassoziierter Erkrankungen des Menschen die Epidemien unserer zukünftigen Gesellschaft sein.

Altersstruktur in der Bundesrepublik Deutschland

Das Statistische Bundesamt in Wiesbaden hat mit seinen vielfachen Erhebungen die Veränderungen in der Zusammensetzung der Altersgruppen in unserer Gesellschaft in der Vergangenheit sowie übertragen in die Zukunft dargestellt. Noch im Jahr 1950 stellte sich die Altersstruktur Jung verglichen mit Alt in einer grafischen Darstellung als „Tannenbaum“ oder „Pyramide“ dar, die sich aus der breiten Basis der jungen Generationen und des wesentlich geringeren Anteils der Älteren mit Jahrgängen über 60 ergeben hat. Auf der Grundlage der Geburten- und Sterberaten kann heute in das Jahr 2050 extrapoliert eine völlig veränderte Altersstruktur dargestellt werden, die sich grafisch eher als „Pilz“ darstellt, charakterisiert durch eine sehr geringe Basis an jungen Altersgruppen und einer verbreiterten Spitze der Jahrgänge über 60 Jahre. Diese Verschiebung der Altersstruktur in der Bundesrepublik Deutschland wird erhebliche medizinische und sozioökonomische Folgen haben.

Altern: Damals und heute

In unserer Gesellschaft möchten sehr viele Menschen „alt werden“, aber niemand möchte „alt sein“. In Literatur und Kunst wurde noch vor Jahrhunderten Altern als die sehr endliche Wegstrecke bis hin zum Tod mit erheblichen Gebrechen verbunden dargestellt. Das Bild von Goya, das zwei alte Menschen bei der Mahlzeit zeigt, ist nur ein Beispiel, wie früher Alter empfunden wurde und was alte Menschen charakterisierte: Gebrechen und das Warten auf den Tod. Heute verändert sich die Selbstwahrnehmung alter Menschen, aber auch die Wahrnehmung alter Menschen in unserer Gesellschaft ganz erheblich. Wirtschaft und Medien haben auf die sich

abzeichnende sich verändernde Altersstruktur reagiert und neue Zielgruppen entdeckt. „Die Alten“ fühlen sich heute selbstverständlich und mit voller Berechtigung als voll funktionsfähige Mitglieder der Gesellschaft, mitten im aktiven Leben, was u.a. durch das steigende Interesse zur Teilnahme an früher noch für eher jüngere Altersgruppen konzipierte Aktivitäten, wie etwa ein Hochschulstudium, oder verschiedene Freizeitbeschäftigungen, wie etwa Sport und Abenteuerreisen, festzumachen ist. Berichte und verschiedene zumeist wissenschaftlich weniger vertrauenserweckende Ansätze zum Anti-Aging, verbunden mit der Hoffnung der stetigen Verlängerung der eigenen Lebenserwartung scheinen Altersgrenzen fast beliebig nach hinten zu verschieben. Die kosmetische Chirurgie boomt und ist vielfach in der Lage, äußere Zeichen des Alterns zu korrigieren und auch dadurch die Selbstwahrnehmung der Betroffenen zu verändern.

Wissenschaftlich stellt sich in den letzten Jahrhunderten keine wesentliche Veränderung der maximalen Lebensspanne des Menschen dar. Es gab zu allen Zeiten in den Gesellschaften Beispiele für sehr alte Menschen, so genannte Methusalems, die durch hohes Alter und z.B. besondere Weisheit gekennzeichnet waren und zumeist große Verehrung erfuhren. Die maximale Lebenserwartung des Menschen beträgt heute bis zu 120 Jahre, was durch einzelne Beispiele der jeweils weltweit ältesten Menschen belegt ist. Was sich aber in der Tat deutlich verändert hat, ist die durchschnittliche Lebenserwartung des Menschen, die sich in den letzten Jahrhunderten stetig erhöhte. So ist beispielsweise der Anteil der über 80-Jährigen erheblich gestiegen, vergleicht man das 15. mit dem 20. Jahrhundert. Und überhaupt: betrug die durchschnittliche Lebenserwartung Anfang des 20. Jahrhunderts für Frauen und Männer gemittelt ca. 45 Jahre, so beträgt diese Anfang des 21. Jahrhunderts heute im Mittel fast 80 Jahre. Diese deutliche Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung ist Ergebnis der immensen Fortschritte der Medizin und Hygiene sowie des Angebots an ausreichender und guter Ernährung. Aber was heißt nun eigentlich Altern des Menschen? Welche molekularen Prozesse spielen sich im Körper und in der kleinsten Einheit des Lebens, der Zelle, während des Alternsprozesses ab? Sind diese für Zellen typischen molekularen Altersprozesse beeinfluss – oder gar umkehrbar? Medizin ist heute v.a. auch molekulare Medizin und so kann eine Erklärung des Alternsprozesses nur von der biochemischen Grundlagenforschung geliefert werden.

Biochemische Theorien des Alterns

Schon seit vielen Jahrzehnten versucht man eine einheitliche molekulare Theorie des Alterns zu formulieren. Bis heute kann die Biochemie jedoch nur eine Reihe von Angeboten machen und unterschiedliche Theorievorschläge präsentieren. Für all diese Sichtweisen gibt es eine Vielzahl von experimentellen Belegen, so dass jede einzelne Theorie ihre Berechtigung besitzt. Neben dem dominanten Einfluss von dauerhaften Entzündungsvorgängen und der großen Rolle einzelner Gene beim Alternsprozess wurde in den letzten Jahren vor allen Dingen die Telomertheorie des Alterns favorisiert, die von einer stetigen Verkürzung unserer zelleigenen Chromosomen ausgeht. Dominant über Jahrzehnte steht jedoch über all diesen Sichtweisen die freie Radikal- oder oxidative Stress-Theorie des Alterns, die besagt, dass der dauerhafte Einfluss von Sauerstoff und so genannter Sauerstoffradikale auf körpereigene Moleküle und Strukturen langfristig ihre Spuren hinterlassen. Beispielhaft lässt sich die Oxidationstheorie des Alterns quasi mit dem Verrosten eines Gegenstandes darstellen, was chemisch ja Oxidation bedeutet. Weiterhin hat sich in den letzten Jahren die so genannte Stoffwechseltheorie (Kalorische Restriktion) entwickelt, die eine eingeschränkte Nahrungszufuhr als Möglichkeit der Erniedrigung der Rate des Alterns und somit der Erhöhung der Lebensspanne darstellt. Kurz gesagt: Iss weniger, lebe länger! Faktisch hat auch die Stoffwechseltheorie biochemisch die Verhinderung von Oxidationen in den Zellen zur Grundlage, denn wenn weniger Nahrung umgesetzt wird, entstehen auch weniger Sauerstoffradikale in den Körperzellen. Der Einsatz von Antioxidantien im Anti-Aging und die positiven Effekte von radikalverhindernden Substanzen sind vielfach belegt, so dass in der Tat oxidativer Stress als Preis für unser Leben unter der Sauerstoffglocke ein wesentlicher Taktgeber des Alternsprozesses auf der zellulären Ebene ist.

Altersbedingte Veränderungen der Organsysteme

Da der Alternsprozess auf molekularer und zellulärer Ebene erfolgt, ist konsequenterweise unser gesamter Organismus von altersbedingten Veränderungen betroffen. So verlieren etwa Atmungsorgane an Elastizität, der Bewegungsapparat wird durch Proteinalterung in seiner Funktion verändert, das Herz-Kreislauf-System ist in seiner Leistungsfähigkeit verringert und vor allem das Gehirn zeigt vielfältige

organische Veränderungen, die etwa in Gedächtnisstörungen oder im schlimmeren Fall in degenerative Prozesse münden können. Besonders deutlich wird der körpereigene Alternsprozess, wenn man auf das Hormonsystem der Frauen sieht, das nach der Menopause einen fast völligen Verlust des weiblichen Sexualhormons Östrogen erfährt. Bei der derzeitigen Lebenserwartung verbringen Frauen fast ein Drittel ihrer Lebenszeit in einem Zustand der Unterversorgung an Östrogenen. Die gleichzeitige Beeinflussung vielfältiger Organfunktionen und die sich daraus entwickelnden Erkrankungen im Alter wird auch Multimorbidität genannt.

Diese Multimorbidität schließt Erkrankungen wie dementielle Syndrome, Arthrose, Herzinfarkt, Bluthochdruck, Altersdiabetes, rheumatische Erkrankungen, Glaukom, Gefäßerkrankungen sowie Krebs ein. Diese häufigen Erkrankungen älterer Menschen werden, blickt man auf die veränderte Altersstruktur in unserer Gesellschaft, zwangsläufig noch häufiger auftreten und somit eine große Herausforderung für die Medizin, aber auch für die Wirtschafts- und die Sozialpolitik in unserem Land werden. Als prominente Beispiele der zentralen Altersepidemien unserer Zukunft möchte ich im Folgenden Diabetes mellitus Typ 2 und die Alzheimer-Krankheit kurz beleuchten. Diese beiden Erkrankungen sind strikt altersassoziiert und so sie sich hier gleichen, unterscheiden sie sich jedoch darin, dass beim so genannten Altersdiabetes Prävention und Verhinderung des Eintritts dieser Erkrankung durch eine eigene Leistung des Menschen möglich ist. Bei Alzheimer, einer bis heute noch nicht aufgeklärten tödlichen Demenzerkrankung des Menschen, ist dies leider nicht der Fall.

Alterskrankheiten: Diabetes mellitus Typ 2

Mit Blick auf die bekannten Ursachen lässt sich die Krankheitseinheit Diabetes mellitus in zwei große Formen einteilen: Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2. Während Diabetes mellitus Typ 1 auch als Jugendform bezeichnet wird, die früh im Leben einsetzt und verschiedene genetische Ursachen haben kann, ist der Diabetes mellitus Typ 2 der klassische Altersdiabetes, bei dem das Alter des Patienten und vor allem seine Ernährung im Laufe des Lebens als Ursachen klar belegt sind. Selbstverständlich ist Diabetes mellitus Typ 2, also der klar altersassoziierte Diabetestyp, der sehr viel häufigere in unserer Gesellschaft. Der Gesamt-

Diabetikeranteil in Deutschland beträgt derzeit etwa 4-5 % der Bevölkerung bei einer hohen Dunkelziffer, was im Jahr 2001 etwa 5,8 Millionen Patienten entsprach. Ein Zuwachs von etwa 350.000 Altersdiabetikern wird derzeit erwartet. Diabetes ist ein globales Problem, dabei aber v.a. ein Problem der entwickelten Industrienationen. Derzeit geht man von etwa 230 Millionen Diabetikern weltweit aus.

Laut einer Studie der Universität Köln aus dem Jahr 2005 (KoDiM-Studie, PMV-Forschergruppe) verursachten die geschätzten 5,8 Millionen Diabetiker in Deutschland im Jahr 2001 Kosten von 59,8 Milliarden Euro pro Jahr, davon 30,6 Milliarden Euro direkte Kosten und 29,2 Milliarden Euro indirekte Kosten, die sich aus Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung ergeben. Die aufgrund einer vorliegenden Diabetes sich weiter ergebenden Folgekosten, etwa für Erkrankungen, die vor dem Hintergrund eines Diabetes ablaufen, betragen weitere 22,3 Milliarden Euro pro Jahr, davon wiederum 14,6 Milliarden Euro direkte Kosten und 7,7 Milliarden Euro indirekte Kosten. In Summe erwartet man beim Anstieg der Patientenzahlen bis zum Jahr 2010 auf etwa 10 Millionen Diabetiker in Deutschland somit alleine für die direkten und indirekten Diabetes-Folgen durch diese Erkrankung Kosten von in etwa 37 Milliarden Euro jährlich, zusätzlich zu den hohen direkten Erkrankungskosten.

Diabetes mellitus Typ 2, Prävention und metabolisches Syndrom

Während der Jugenddiabetes (Typ 1) zumeist durch einen durch Autoimmunität bedingten Insulinmangel charakterisiert ist, der bekannterweise mit der klassischen Insulinsubstitution (Insulinspritze) behandelt werden muss, ist die Behandlung des Altersdiabetes sehr viel diffiziler, da die Ursachen multifaktoriell sind. Der besonders starke Anstieg an Altersdiabetes in Deutschland, aber auch in anderen Industrienationen unterstreicht den Zusammenhang mit der in diesen Nationen vorliegenden gesteigerten Lebenserwartung und Übergewicht der Bevölkerung. Über 80 % der Altersdiabetiker sind übergewichtig. Damit ist die Fettsucht als entscheidender, aber auch als vermeidbarer Risikofaktor identifiziert. Dabei ist der Altersdiabetes häufig Teil eines tödlichen Quartetts, das weiterhin durch bauchbetonte Fettsucht, hohes Cholesterin und erhöhten Blutdruck charakterisiert ist. Das Zusammentreffen dieser vier fatalen Ereignisse, die sich gegenseitig bedingen, wird auch als „metabolisches Syndrom“ oder „Wohlstandssyndrom“ bezeichnet. Das

metabolische Syndrom und Altersdiabetes wären somit trotz der glücklicherweise verlängerten mittleren Lebensdauer der Menschen zumeist alleine durch Änderungen des eigenen Verhaltens vermeidbar.

Die Bundesregierung will im Rahmen eines Ernährungsplans den Deutschen eine Schlankheitskur verordnen und legte Anfang Mai d.J. ein Eckpunktepapier vor, das festhält, dass derzeit in Deutschland etwa 37 Millionen Erwachsene und 2 Millionen Kinder übergewichtig oder fettleibig sind, und somit etwa die Hälfte aller Bundesbürger. Die Folgekosten dieses Übergewichts beziffert die Bundesregierung sogar mit etwa 70 Milliarden Euro im Jahr und hat einen Aktionsplan mit dem Ziel gesunde Ernährung und Bewegung entwickelt. Fünf Handlungsfelder, die von der Vorbildfunktion der öffentlichen Hand bis zur Intensivierung der Erforschung von Ernährungsfragen und Fettsucht reichen, werden derzeit diskutiert und sollen implementiert werden. Vor allem eine besonders nachhaltige Förderung der Forschung auf diesem Gebiet halte ich als Grundlagenforscher für besonders bedeutend. Wir wissen häufig noch zu wenig über die Pathogenese der Alterserkrankungen. Übergewicht ist in unserer Gesellschaft ein andauerndes Problem und muss mit langem Atem beforscht werden, um die erheblichen Krankheitsfolgen und damit auch die Kosten in Zukunft einzudämmen. Dabei sind die meisten Risikofaktoren des metabolischen Syndroms bekannt und vielfach nicht zu übersehen, wie hier am Beispiel des erhöhten Cholesterinspiegels gezeigt. Jeder kennt diese Faktoren. Als zweite Epidemie der Zukunft, die aber als Alterserkrankung leider nicht zu verhindern ist und in Zukunft massiv die familiären Strukturen sowie unsere Gesellschaft insgesamt verändern wird, ist die Altersdemenz vom Typ Alzheimer-Krankheit.

Das Altern des menschlichen Gehirns

Mit dem Altern des menschlichen Gehirns geht eine ganze Reihe von organischen Veränderungen einher. So nimmt aufgrund der vielfachen Gefäßveränderungen im Alter die Gehirndurchblutung im Alter ab, was zu einer Unterdurchblutung (Hypoperfusion) und damit zu einer Mangelversorgung an Sauerstoff und Nährstoffen führt. Eine Gefäßverengung und Arteriosklerose der Gehirnarterien ist häufig verbunden mit unterschiedlichen Krankheitssymptomen, die von Schwindelgefühlen über Verwirrtheit, Schlaganfall, Hirnblutungen bis hin zu schwerwiegenden

Gedächtnisstörungen und dementiellen Syndromen reichen. Die Übergänge zu progressiven dementiellen Syndromen, wie der Alzheimer-Demenz, sind hierbei fließend. Dabei bedeutet „Demenz“ nicht gleich „Alzheimer-Krankheit“, denn es gibt eine ganze Reihe von Demenzsyndromen, die sich anders auswirken als die vergleichsweise schnell fortschreitende und innerhalb von maximal 10 Jahren nach Verdachtsdiagnose zum Tod führende Alzheimer-Demenz. Die zerebrovaskuläre Demenz, also die „klassische Arterienverkalkung“, ist hierbei von Alzheimer zu unterscheiden, aber auch die Frontalhirndegeneration, sowie Demenzsyndrome, die mit der Parkinsonkrankheit und mit Depressionen einhergehen können. Sicherlich aber ist die Alzheimer-Demenz mit einem Anteil von 70 % aller Demenzen heute die bedeutendste Demenzform.

Das Alter – Hauptrisiko für Demenz

Die Erkrankungshäufigkeit der Alzheimer-Demenz ist strikt korreliert mit dem Lebensalter. Neuere statistische Auswertungen ergeben, dass derzeit schon fast ein Viertel der über 80- und 85-Jährigen von dieser neurodegenerativen Erkrankung betroffen ist. Vor dem Hintergrund der dramatischen Zunahme der höheren Altersjahrgänge ist dementsprechend auch eine dramatische Zunahme der Alzheimer-Krankheit abzuleiten.

Alzheimer-Demenz: Epidemiologie und Klinik

Sind derzeit weltweit geschätzt etwa 24 Millionen Patienten von dieser tödlichen neurodegenerativen Erkrankung betroffen, mit umgerechnet etwa einem neuen Krankheitsfall alle 7 Sekunden. In Deutschland haben wir derzeit ca. 600.000 bis 1 Million Alzheimerpatienten, mit geschätzten 200.000 neuen Fällen von leichter, mittelschwerer und schwerer Alzheimer-Demenz pro Jahr. Die ungenauen Schätzungen der aktuellen Alzheimerpatienten-Zahlen in Deutschland sind der schwierigen diagnostischen Bestimmung dieser Erkrankung geschuldet.

Für eine Frühdiagnose der Erkrankung gibt es heute noch keine objektiven biochemischen Messgrößen, so dass nicht etwa internistisch belegt werden kann, wann genau ein Demenzprozess einsetzt. Vereinzelte Gedächtnisstörungen, die als milde Vorformen charakterisiert werden, können dann über Jahre in eine Alzheimer-Demenz übergehen. Über milde und mittelschwere Formen, die sich in der Störung in

Alltagsfunktionen bemerkbar machen, führt diese Erkrankung in ihrer schwersten Form letztendlich zu einer totalen Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit mit erheblichen Verhaltensstörungen, gefolgt vom Tod. In der Pathologie werden vielfach Veränderungen des Gehirns beschrieben, Ausweitungen der Gehirnwindungen, Verlust an Gehirnmasse. Mit modernen bildgebenden Verfahren können vielfach Gewebeverluste (Atrophien) sowie eine reduzierte Aktivität von Gehirnregionen sichtbar gemacht werden.

Alzheimer-Krankheit: Kosten

Laut dem 4. Altenbericht der Bundesregierung sowie verschiedener Berichte der Deutschen Alzheimer Gesellschaft werden die jährlichen Kosten für nur 1 Alzheimerpatienten mit etwa 44.000 Euro pro Jahr veranschlagt. Davon entfallen etwa 2,5 % dieser Kosten auf die gesetzliche Krankenversicherung, etwa 30 % auf die Pflegeversicherung, etwa 68 % werden vom direkten Umfeld des Patienten, der Familie und den Angehörigen, in Betreuung, Pflege und Versorgung geleistet. Bei derzeit geschätzten 600.000 bis 1 Million Alzheimerpatienten mit mittelschwerer und schwerer Demenz haben wir pro Jahr mit einem Kostenvolumen von ca. 26 Milliarden Euro für das Gesundheitswesen, somit mit ca. 71 Millionen Euro pro Tag zu rechnen. Die derzeit verfügbaren Antidementiva, also Medikamente, die den Krankheitsprozess nicht heilen oder umkehren, aber zumindest, wenn auch nur leicht, verzögern können, sind aktuell sehr teuer. Laut einer Untersuchung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft erhalten von Neurologen und Psychiatern empfohlenen Medikamente daher nur 18 % der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Alzheimerpatienten, aber 35 % der Privatversicherten. Will man den betroffenen Menschen helfen, muss eine Versorgung mit den aktuellen Topstandards der Alzheimertherapie gewährleistet sein. Interessanterweise würden 80 % der befragten Ärzte diese teuren Medikamente selbstverständlich ihren eigenen Angehörigen geben!

Die verfügbaren „Alzheimer-Medikamente“ zielen darauf ab, den Informationsaustausch zwischen den Nervenzellen in unserem Gehirn, also die Grundlage unseres Denkens, unserer Sprache und unseres Gedächtnisses, zu stabilisieren. Diese Informationswege sind durch Nervenzelltod bei der Alzheimer-Krankheit gestört. Die derzeitigen pharmazeutischen Therapien zielen somit auf

unterschiedliche so genannte Neurotransmissionssysteme, haben hierbei aber häufig erhebliche Nebenwirkungen, wie Übelkeit, Erbrechen oder Schlafstörungen. Es bleibt aber festzuhalten, dass diese Arzneien eine ausschließlich symptomatische Behandlung bewirken, d.h. dass im besten Fall der Abfall in der Gedächtnisleistung des Patienten über Zeit leicht verzögert, aber niemals völlig aufgehalten werden kann. So nutzen die vielfach auch in der Öffentlichkeit dargestellten so genannten Acetylcholin-Esterase-Hemmstoffe, die Möglichkeit, den für Lernen und Gedächtnis essentiellen Botenstoff Acetylcholin durch Verhinderung seines eigenen natürlichen Abbauprozesses länger im so genannten synaptischen Spalt zu halten und damit die Informationsweiterleitung zu stabilisieren.

Ursachen der Alzheimer-Krankheit und Forschung

Die genauen biochemischen Ursachen der Alzheimer-Krankheit sind bis heute nicht zweifelsfrei belegt. Wissenschaftlich kann man grob zwischen einer strikt genetischen und damit vererbten familiären Alzheimer-Form und der zufällig eintretenden sporadischen Alzheimer-Erkrankung, die strikt altersassoziiert ist, unterscheiden. Die genetischen, strikt familiären Alzheimer-Erkrankungen machen nur etwa 5 % der Gesamtheit an Alzheimerpatienten aus, sind also sehr selten und häufig „nur“ von wissenschaftlichem Interesse. Der Hauptteil der Alzheimerpatienten leidet an der sporadischen, rein altersassoziiert auftretenden Alzheimer-Krankheit. Diese Form ist somit eine klassische Alterserkrankung und in seiner Unbehandelbarkeit ein zentrales Problem unserer alternden Gesellschaft. Während die Biochemie für die wenigen familiären Alzheimer-Fälle klare Erbgänge beschreibt und Mutationen, also genetische Veränderungen, kennt, ist die wesentlich häufigere Form der sporadischen Alzheimer-Krankheit ein multifaktorieller und wahrscheinlich auch polygenetischer Krankheitsprozess. Der Stoffwechsel des Gehirns, Entzündungen, Fettstoffwechselstörungen sowie allgemein die Durchblutung des Gehirns spielen sicherlich eine zentrale Rolle, sind somit Prädispositionsfaktoren und klassische, klar definierte Risikofaktoren. Für die Grundlagenforschung bedeutsam jedoch ist, dass die familiären und die sporadischen Formen gemeinsam und vergleichend untersucht werden, da man hofft, aus der Aufklärung der klar beschriebenen familiären Fälle letztendlich molekulare Therapien auch für die altersassoziierten Alzheimer-Formen gewinnen zu können. Und hierfür gibt es eine

Reihe von Belegen, vor allen Dingen zeigt uns die Pathologie, dass eine genetische von einer sporadischen Form unter dem Mikroskop nicht zu unterscheiden ist. Die Hoffnung bleibt, dass durch die exzellente Aufarbeitung der vererbten Alzheimerformen pharmakologische Zielstrukturen aufgedeckt werden, die dann auch auf die altersassoziierten Alzheimerfälle übertragen werden können.

In der Forschung konzentriert man sich hierbei vor allen Dingen auf im Gehirn ausfallende Eiweiße, das sich außerhalb von Zellen ablagernde Amyloid- β -Protein sowie das innerhalb von Zellen versteifende Tau-Protein. Diese ausgefällten Eiweiße im Gehirn werden intensiv untersucht und es gibt eine Reihe von Hinweisen aus der experimentellen medizinischen Grundlagenforschung, dass die Ablagerung und die biochemische Veränderung dieser Moleküle in der Tat in der Ursachenkette zur Auslösung der Alzheimer-Krankheit ganz oben stehen. Mit modernen diagnostischen Verfahren, wie der Positronenemissionstomografie (PET) kann man heute die Eiweißablagerungen im Gehirn von Alzheimerpatienten, etwa die Amyloid-Plaques, nachweisen und mögliche therapeutische Erfolge auch durch bildgebende Verfahren sichtbar machen. Da jedoch noch nicht zweifelsfrei geklärt ist, dass es wirklich diese beiden Eiweiße sind, die im Gehirn die Alzheimer-Krankheit auslösen, werden auch eine Vielzahl von alternativen Ansätzen v.a. mit dem Ziel der Vorbeugung beforscht, so etwa der Einsatz von Antioxidantien, Statinen, Entzündungshemmern, Östrogenen u.a. All diese Ansätze zeichnen sich durch eine unterschiedliche biologische Aktivität und Pharmakologie aus. Ihre Wirkung bei Alzheimer ist in der Diskussion, wie in der Wissenschaft üblich, gibt es einen Diskurs über Pro- und Kontra-Studien, die derzeit vorliegen. Die Alzheimer-Forschung wird mit Hochdruck vor allen Dingen von der pharmazeutischen Industrie betrieben. Die Akademia leistet wesentliche Anteile als Ideengeber mit ihren Publikationen. Ziel ist es derzeit, eine kausale Therapieform zu entwickeln, die den über Jahrzehnte ablaufenden Entstehungsprozess der Alzheimer-Krankheit unterbrechen kann. Bevor dies möglich ist, müssen selbstverständlich die Ursache oder die Ursachen der altersassoziierten Alzheimer-Krankheit zunächst zweifelsfrei geklärt sein. Durchbruchs- und Erfolgsmeldungen in den Medien über neue verfügbare Alzheimer-Therapien sollten stets mit größter Vorsicht verfolgt werden. Fakt ist, dass die Alzheimer Krankheit heute noch unheilbar und tödlich ist.

Prävention der Alzheimer-Krankheit?

Anders als beim Altersdiabetes ist die Alzheimer-Krankheit nicht durch vergleichsweise einfache Verhaltensmaßregeln, etwa eine veränderte Ernährung, zu verhindern. Dennoch gibt es basierend auf einer Reihe von epidemiologischen Studien und Gesellschaftsuntersuchungen Hinweise auf einige vergleichsweise effektive Präventionsmöglichkeiten. So wird beispielsweise vorgeschlagen, dass eine hohe geistige Regsamkeit, die häufig mit dem Begriff „Gehirnjogging“ umschrieben wird, der Alzheimer-Krankheit durchaus vorbeugen kann. Nach dem Motto „Use it or loose it“ müssen wir also unsere grauen Zellen stets aktiv halten und uns bemühen, damit ihr Überleben zu sichern. Eine in den USA durchgeführte Studie aus dem Jahr 2003 ergab gar, dass sich, untersucht man verschiedene Freizeitaktivitäten in einer Bevölkerungsschicht und vergleicht diese mit der Erkrankungshäufigkeit der Alzheimer-Demenz, einige Freizeitbeschäftigungen herauskristallisieren, die ganz besonders vorbeugende Wirkung entfalten. So werden vor allen Dingen für komplexere Brettspiele, das Lesen anspruchsvollerer Texte, das Lösen von Kreuzworträtseln sowie das Spielen eines Instruments besondere schützende Effekte belegt. Selbstverständlich sind dies immer „nur“ statistische Auswertungen, die für eine ausgewählte Bevölkerungsgruppe Möglichkeiten der Prävention aufzeigen, aber individuell selbstverständlich unterschiedliche Ausprägungen haben können. Dennoch gilt auch aus Sicht des Biochemikers, der sich mit den lebenswichtigen Molekülen in einer Nervenzelle befasst, die Devise: Schutz dieser Moleküle von außen, etwa auch durch eine ausgewogene Ernährung, und Aktivität der Nervenzellen durch geistige Fitness ist heute quasi das einzige Mittel der Prävention der Alzheimer-Krankheit.

Ich habe mit meinem Vortrag versucht, Ihnen am Beispiel zweier wesentlicher Epidemien der alternden Gesellschaft aufzuzeigen, wo die Chancen und Grenzen der wissenschaftlichen Forschung liegen, wie der Mensch selbst durch Verhaltensmaßregeln den Krankheitsverlauf beeinflussen oder gar Krankheiten verhindern kann und wie sehr diese zu erwartenden immensen Krankheitszahlen alleine für Altersdiabetes und die Alzheimer-Krankheit unser Gesundheitssystem finanziell belasten wird. Vor dem Hintergrund dieser Zahlen muss durch verstärkte Aufklärung, Forschung und, falls nicht anders möglich, durch entsprechende gesetzliche Regelungen in der Bevölkerung das Bewusstsein zur vermehrten

Eigenverantwortung für zumindest einen Teil der Alterserkrankungen gestärkt werden. Es muss deutlich werden, dass Erkrankungen, die mit dem Alter assoziiert sind, nicht in allen Fällen zwangsläufig auftreten müssen und damit unvermeidbar sind.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

Erschließung der Potentiale: Innovationen der Zukunft – Erfahrungen aus der Vergangenheit und Perspektiven

*Prof .Dr. Dr. hc. Matthias Brandis
Ltd. Ärztlicher Direktor Universitätsklinikum Freiburg*

Vortrag
PKV-Jahrestagung Berlin
20. Juni 2007

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen herzlich, dass Sie mir die Möglichkeit geben, zum wichtigen Thema der neuen Entwicklungen in der Medizin eine Reflektion zum Ist-Zustand und eine Perspektive für die Zukunft zu geben.

Ich werde den Vortrag in 4 Abschnitte gliedern:

1. Ein kurzer historischer Überblick über die vergangenen Errungenschaften der Medizin
2. Die derzeitige Zustandsbeschreibung der Hochleistungsmedizin und deren Verteilung im Gesundheitswesen
3. Die zukünftige Erwartung von Innovationen in der Diagnostik und Therapie und die Konsequenzen für unser System
4. Denkanstöße für eine Realisierung zur Umsetzung der Innovationen auch auf der historischen Qualität eines Gesellschaftsvertrages.

Zum 1. Abschnitt:

Die Medizin der Neuzeit beruht auf den naturwissenschaftlichen Errungenschaften des 19. und 20. Jahrhunderts. Meilensteine der Entdeckungen, die zum Segen der Heilung und der Prävention beigetragen haben, sind die Erkenntnisse der Mikrobiologie mit Robert Koch und Emil von Behring, die Einführung von Impfungen, die Entdeckung von Sulfonamiden, Penicillin und anderer Antibiotika, des Cortisons, die Organtransplantationen und die hoch differenzierte pharmazeutische Entwicklung von Medikamenten der Krebsbehandlung und der Infektionsbehandlung.

Die Einführung der Anästhesie im 19. Jahrhundert war die Voraussetzung neuer Operationsverfahren. Die Verfügbarkeit der Sonografie, der Computertomografie und, in den letzten 25 Jahren, der Kernspintomografie hat völlig undenkbar Einblicke in den lebenden menschlichen Körper, wie sie früher nur durch die Anatomen und Pathologen sichtbar wurden, ermöglicht. Die Ergebnisse, an die wir uns alle gewöhnt haben, sind abzulesen an der dramatischen Entwicklung der Überlebenswahrscheinlichkeit eines Neugeborenen. Das Verschwinden von Seuchen und Infektionskrankheiten aus dem Alltag des Kindes und der Erwachsenen sowie die Erkenntnis, dass eine Krebserkrankung häufig einer modernen

therapeutischen Konzeption unterworfen wird, mit der eine Lebensverlängerung oder gar Heilung möglich ist, gehören zu unserem Alltag.

Erlauben Sie mir, dass ich den Fokus meiner Ausführungen auf den Bereich der Hochleistungsmedizin richte, da ich diese am ehesten überschaue aufgrund meiner persönlichen beruflichen Erfahrungen als Leiter der Kinderkliniken in Marburg und Freiburg sowie heute als Leitender Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik Freiburg.

Zum 2. Abschnitt

Hierzu einige Zahlen:

Allein in den letzten 10 Jahren ist unter den gegebenen Anforderungen eine Steigerung der Personal- und Sachkosten an einem Universitätsklinikum um ca. 20 % zu verzeichnen. Das Leistungsspektrum hat sich in dieser Zeit ebenfalls dramatisch verändert. Die Fallzahlen sind gerade in den letzten Jahren sichtbar gestiegen, um 7 bis 8 %. Die Verweildauer ging um 30% zurück, parallel entwickelte sich die teilstationäre Fallzahl und die Ambulanzversorgung.

Im Sinne des Sozialgesetzbuches V, § 12, sollen die Leistungen *ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich* sein. *Sie dürfen das Maß des notwendigen nicht überschreiten.* Hier ist von vorn herein ein Dilemma zu erkennen, da in der Hochleistungsmedizin ständig die Frage nach der modernsten und innovativsten Form der Diagnostik und Behandlung gestellt wird. Diese Forderung wird nicht nur von den Ausübenden gestellt, sondern zunehmend von den Patienten. Die formalistische Zuerkennung neuer Untersuchungs- und Behandlungsformen, auch NUB genannt, ist in diesem Zusammenhang als höchst problematisch anzusehen. Die Zuerkennung zur finanzierten Leistung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsform führt zu einer sehr aufwändigen Antragsformulierung, die schließlich durch die Einzelverhandlungen mit den Krankenkassen genehmigt werden oder auch nicht. Es ist immerhin bemerkenswert, dass in den letzten drei Jahren die beantragten NUBs von über 900 auf 700 Neuanträge gesunken sind.

Gehen wir noch einmal zurück zu den Meilensteinen. Ich darf auf die persönlichen Erfahrungen zurückgreifen, die ich in den 40 Jahren meiner Tätigkeit in der Kinderheilkunde machen konnte. Die Einführung der Beatmungstechniken bei Neugeborenen und Frühgeborenen, die Erkennung von schweren Infektionen und Risikofaktoren, die Überwachung der Sauerstoffkonzentration für Neugeborene unter

schwieriger Geburt und schließlich die Einführung von Surfactant, oberflächenaktive Substanz als Lungenentfaltungsmedikament haben schließlich zu den drastischen Verbesserungen der Chancen des gesunden, zum Teil auch des kranken Überlebens geführt. Wir alle wissen, dass die Berechnung der Lebenserwartung einer neuen Generation zu einem wesentlichen Teil durch die Senkung der Neugeborenensterblichkeit bedingt ist und nicht so sehr durch die Verlängerung der Lebenszeit in den letzten Lebensjahren. Andere Bereiche der Medizin wie die hoch technisierte Operationstechnik, die heute Platz gegriffen hat, von der mikroinvasiven Chirurgie bis zur roboterunterstützten Chirurgie, haben die Machbarkeit vieler Operationen, die Radikalität von Operationsverfahren und die Schonung des Gesamtorganismus so wesentlich verbessert, dass heute Operationsverfahren denkbar sind, die es vor 30 - 40 Jahren noch nicht gegeben hat. Die Wiederherstellungschirurgie in der Traumatologie sowie die hoch komplexe Transplantationschirurgie sind durch technische Verfeinerungen soweit entwickelt, dass dieser Bereich der Medizin zur Routine geworden ist. Die Ergebnisse dieser Entwicklung sind an den hervorragenden Daten bei Nierentransplantationen zu sehen: 10 Jahre anhaltende Funktion der Nieren bei 70% der Transplantierten, das ist ein sehr respektables Ergebnis ist. Andererseits sind Lungentransplantationen auch heute noch durch eine viel schlechtere Langzeitperspektive belastet.

Welche Innovationen waren notwendig, um diese Ergebnisse zu realisieren? Die ersten Transplantationsversuche der Niere und der Leber, später des Herzens, waren zum Teil erhebliche Misserfolge. Erst die Forschung über die immunologische Reaktion der verschiedenen Abstoßungsreaktionen gegen organspezifische Antigene und die entsprechende Beeinflussung durch moderne Substanzen, zunächst des Cortisons, später des Cyclosporins und des Rapamyzins und die weitere Entwicklung der Immunsuppressiva haben dazu beigetragen, dass transplantierte Organe heute jahrzehntelang funktionieren, wobei alle diese Entwicklungen mit nicht unerheblichen Nebenwirkungen einhergehen.

Das große Gebiet der Onkologie ist gekennzeichnet durch die ergänzende Maßnahme der Stammzelltransplantation, die in großem Stil an vielen Zentren in Deutschland stattfindet. Die biologische Erkenntnis und die Forschung haben es möglich gemacht, Probleme der Graft-versus-Host Reaktion zu begreifen, sie zum Teil wirksam zu behandeln und damit die Machbarkeit der HLA-nicht-identischen Stammzellspende weiter zu entwickeln. Derzeit werden in Freiburg ca. 150

Stammzelltransplantationen pro Jahr durchgeführt, d.h. in den letzten 10 Jahren waren dies zwischen 1000 und 2000 Patienten. Kinder und Erwachsene, die eine durchaus respektable Langzeitüberlebensperspektive haben mit Reintegration in Gesellschaft und Beruf.

Wenn ich heute vor Ihnen spreche, ist mir bewusst, dass die Initiative zu diesem Referat geprägt ist von der Frage, wie wir dies finanziell auffangen können und wie die Finanzierbarkeit mit dem derzeitigen Umverteilungssystem in der Krankenversorgung noch zukünftig gegeben ist. Gehen wir einmal von diesen Fakten der jährlichen Krankheitskosten pro Person und Alter aus, wird sehr schnell erkennbar, dass auf die Altersgruppe über 40 Jahre bis über 85 Jahre ein sehr hoher Kostenanteil entfällt, obwohl der Anteil der Bevölkerung in dieser Altersgruppe derzeit noch kleiner ist. Je größer der Bevölkerungsanteil wird, desto stärker werden die Säulen nach rechts ausschlagen. Dies bedeutet, dass wir in ein gehöriges Dilemma kommen werden.

Ich komme zum 3. Abschnitt:

Mit welchen Innovationen der Diagnostik und Therapie müssen wir rechnen?

Hier ist maximal ein Zeitraum von 5-10 Jahren überhaupt realistisch abzuschätzen, längere Voraussagen wären unseriös.

1. Die Entwicklung der Pharmakologie wird weitere Medikamente der Immunsuppression gegen Organabstoßungen entwickeln mit erheblichem Kostenaufwand und erheblichen Belastungen der Kostenträger.
2. Die Krebsbehandlung wird sich neben der Chemotherapie, der hoch differenzierten Strahlentherapie und der verfeinerten Chirurgetechniken mehr der spezifischen Tumortherapie zuwenden. Das heißt, die Entwicklung monoklonaler Antikörper gegen spezifische Tumorantigene wird Einzug in die praktische Medizin halten. Damit wird eine weniger toxische, hoch spezialisierte Tumortherapie erreichbar sein. Die Entwicklung dieser Antikörper mit entsprechenden Reinigungsverfahren der Antigene sind so teuer, dass die Medikamente ein Vielfaches der heutigen Zytostatika kosten werden.

3. Die in Journalen vielfach ausgedrückte Hoffnung gentherapeutischer Methoden wird meines Erachtens nur in sehr wenigen Bereichen praktischen Einzug in die Medizin halten. Die Komplexität genetischer Variationen und Manipulationen durch Stammzellverarbeitungen, die angeborene Stoffwechsel- oder Immundefekte ausgleichen sollen, sind so komplex und gefährlich, dass ich nicht erwarte, dass dies in großem Masse auf die Versicherungen zukommen wird. In Einzelfällen wird dies ausprobiert werden. Hierbei gilt es zu beachten: Wenn es zu einem Antrag, eine solche Therapie zu implementieren, kommt, ist es Aufgabe des entsprechenden Ausschusses, ein oder zwei Zentren mit dieser Aufgabe zu betrauen und ausschließlich dort ein solches Verfahren zuzulassen. Nur dann ist mit ausreichenden Fallzahlen zu rechnen und nur dann führen relevante Ergebnisse zu einer weiteren Konsequenz.

Gehen wir von den großen Bereichen aus, Herz-Kreislaufkrankungen, Krebserkrankungen und Alterskrankheiten:

Der kausale Therapieansatz durch Gentherapie ist zwar in der ganzen Welt Forschungsinhalt, eine wirkliche Realisierung für den Menschen halte ich persönlich für sehr unwahrscheinlich.

Die Behandlung von Herz- Kreislaufkrankungen werden durch neue Pharmaka (gegen Hypertonie, gegen Hyperlipidämie) Neuentwicklungen erfahren. Der Diabetes des älter werdenden Menschen gehört in diese Kategorie. Immer neue Therapieverfahren der Insulin-Gabe über Pumpen, Insulin-Analoga, subkutan eingepflanzte Kapseln, die dem Blutzucker adaptiert Insulin freisetzen, halte ich für durchaus denkbar.

Operationsverfahren durch Hochpräzisionsinstrumente im Sinne eines Roboters werden Einzug finden in die Chirurgie, wie zum Teil schon in der Neurochirurgie praktiziert. Die Entwicklung derartiger Geräte wird ebenfalls immense Kosten notwendig machen, die die bisherige Kalkulation vermutlich weit übersteigen wird.

Seit Jahrzehnten werden Versuche unternommen, dem Mangel an Organtransplantaten durch Xenotransplantationen zu begegnen. Ob es gelingen wird, die Kontrolle der Abwehrmechanismen, nicht nur im Tierversuch, sondern tatsächlich am Menschen befriedigend zu lösen, bleibt derzeit abzuwarten. Wie

gerade in der „ZEIT“ in der letzten Woche zitiert wurde, meint man in München in 5 Jahren die ersten Versuche noch selbst erleben zu können.

Innovationen der Zukunft sind durch die Hoffnung geprägt, dass letztlich alles machbar sein muss. Die Triebkraft zur immer weiteren Entwicklung von zunächst unglaublich zu realisierenden Entwicklungen, ist weltweit vorhanden. Man denke daran, dass ein Cochlea-Implantat, als elektronisches Ersatzgerät für das Innenohr vor 25 Jahren noch undenkbar war, und heute Realität ist. Wird auch eine vergleichbare elektronische Ersatzfunktion für die Netzhaut möglich, wie schon in verschiedenen Medien angedeutet?

Organersatz durch omnipotente oder pluripotente Stammzellen findet in Teilbereichen schon statt, so in der Dermatologie und beim Knorpelersatz. Auf diesem Gebiet wird es in den nächsten Jahren vermutlich eine stürmische Weiterentwicklung geben.

Ein völlig anderer Bereich von Innovationen wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten zunehmend Realität werden: Die Impfungen zum Schutz vor Krankheiten wie Krebs. Die kürzliche Einführung der Impfung für 12 jährige Mädchen gegen Papilloma-Viren, dem bekannten Erreger des Cervix-Karzinoms der Frauen, könnte eine weltweite Vermeidung dieser Krebserkrankung zur Folge haben und idealistisch gerechnet 3 Millionen Frauen in der Welt pro Jahr vor dem Tod durch diese Erkrankung bewahren. Die Kosten dieser flächendeckenden Prävention sind allein für Deutschland, wo diese Impfung jetzt zugelassen ist, auf 3,5 Milliarden EURO hochgerechnet worden.

Ich komme zum 4. und letzten Teil meiner Ausführungen:

Welche Bedeutung hat die Innovation für die Finanzierbarkeit dieses Gesundheitssystems, und welche Lösungen sind denkbar?

Die von mir nun wiedergegebene Meinung ist eine sehr persönliche und nicht durch Beispiele ohne weiteres belegbare. In diesem Zusammenhang darf ich auf Gesundheitssysteme mit zentralistischer Planung verweisen, hier sind die Niederlande zu nennen sowie Skandinavien, das viel gescholtene Großbritannien lasse ich hier einmal weg, und die Verhältnisse in den USA sind so sehr unterschiedlich im Vergleich zu unseren, dass eine Übertragbarkeit nicht möglich ist. Ich komme zurück auf die Situation in Deutschland. An vielen Orten wird der Begriff

eines Zentrums in großen Krankenhäusern beschrieben, die Zauberformel „Zentrum“ hat zu vielen fantasievollen Vorstellungen geführt. Jeder ist geneigt, sich in einem Zentrum wiederzufinden. Zentrum bedeutet allgemeine Kompetenz für alles, was dieses Zentrum in sich birgt.

Versuchen wir einmal, ganz nüchtern vorzugehen und zu definieren, wie eine Zentralisierung von Gesundheitseinrichtungen tatsächlich zu einem rationalen Umgang mit den Herausforderungen, die die Innovation an die Medizin darstellen, führen könnte. Nehmen wir das Beispiel der Krebsbehandlung. Die „Deutsche Krebshilfe“ hat vor 1 ½ Jahren die Initiative gestartet, so genannte Comprehensive Cancer Center zu formieren. Es gab ein Ausschreibungsverfahren, an dem sich über 20 Einrichtungen beworben haben. Vier Zentren wurden nach einem Begutachtungsverfahren zu Spitzenzentren ernannt, weitere werden sicher folgen. Eines dieser Zentren ist in Freiburg etabliert, sodass ich mit gutem Gewissen etwas darüber sagen kann. Gelingt es, ein Zentrum so zu strukturieren, dass in einer logistisch durchorganisierten Form ein kranker Patient in kürzester Zeit mit geringstem Aufwand diagnostisch und therapeutisch versorgt wird, wird eine rationale Nutzung der Ressourcen sehr viel eher möglich. Ich denke wieder an den o.g. Paragraphen im Sozialgesetzbuch 5, dass eine Versorgung unter rationaler Verwendung von Mitteln erfolgen muss. Wir denken an die Problematik der Optimierung der Krebsfürsorge und –vorsorge, an die Krebsdiagnostik und –therapie. Die Mortalität in den letzten 20 Jahren, entnommen einer amerikanischen Statistik, die mir Kollege Kleihues zur Verfügung gestellt hat, zeigt eine deutliche Senkung; nicht so sehr gilt dies für die ältere Generation über 65. Diese Daten verdeutlichen auf welche Bereiche wir unser Augenmerk legen müssen. Auf die junge Generation, berufstätige Familienväter und Mütter, ist mehr Wert zu legen als auf die ältere Generation. Aus dem Weltkrebsreport, herausgegeben von Paul Kleihues, geht hervor, dass ein 40%iger Anstieg der Krebserkrankungen bis zum Jahr 2025 zu erwarten ist.

Was bedeuten diese Zahlen für die Implementierung von Innovationen für uns? Ich komme zurück auf das Krebszentrum, CCCF. Gelingt es, durch eine optimierte Organisation, sowohl im präventiven, frühdiagnostischen, als auch im diagnostischen Bereich eine rationale Therapie anzuschließen, dann kann dieses Verfahren unter kostengünstigen Verhältnissen ablaufen. Das heißt, nicht jeder Patient muss den

„overkill“ erhalten, sondern angepasst an den Einzelfall kann eine rationale Therapie vorgesehen werden.

Ein weiteres Beispiel wird durch die rasante Entwicklung der Herzkranzgefäßbehandlung erkennbar. Die Bypassoperation war Standard in den 70er, 80er Jahren, zu einem Zeitpunkt, als in Deutschland noch ein erheblicher Mangel an Operationsstätten für diese Methode vorhanden war, sodass viele, die es sich leisten konnten, ins Ausland gingen. Die Entwicklung der Kardiologie mit verfeinerter Kathetertechnik und Implementierung der Stents hat zu einem großen Wandel geführt. Viele koronare Stenosen werden heute durch den Kardiologen behandelt. Dass hier zum Teil über das Ziel hinausgeschossen wird und Indikationen großzügig gestellt werden, darf vermutet werden. Es wird Aufgabe der Leitlinienentwicklung und der Kriterien der evidenzbasierten Medizin sein, hier eine klare Richtung vorzugeben, zu welchem Zeitpunkt ein kardiologischer bzw. herzchirurgischer Eingriff notwendig ist. Das Beispiel der beschichteten Stents hat uns in den letzten Monaten heftig beschäftigt, als plötzlich erkennbar wurde, dass die kurzfristige Thrombosegefahr bei beschichteten Stents eher größer ist als bei alten Modellen. Dies beeinflusst jedoch nicht die bessere Langzeitprognose bei den beschichteten Stents. Nichtsdestotrotz ist dies ein Kostenfaktor: die neuen Modelle sind so viel teurer, dass es zu überlegen gilt, zu welchem Zeitpunkt die eine oder andere Form notwendig bzw. ersetzbar ist.

Daraus ist zu schließen, dass es zu hoch komplexen Krankheitsbildern vom Neugeborenen bis zum Erwachsenen klar ausgewiesene Zentralbereiche, Zentren, geben muss, die als solche anerkannt werden. Als Beispiel dienen die Tumorzentren; weitere Beispiele könnten Epilepsiezentren sein oder Transplantationszentren, Perinatalzentren, die als solche registriert sind. Andererseits ist die Inflation der Deutschen Brustzentren ein Beispiel dafür, dass aus dem Begriff „Zentrum“ sehr schnell auch eine Mogelpackung wird und Alibi-Funktionen entstehen. Ich weiß, dass eine solche Äußerung sehr gefährlich ist, meine Kollegen an vielen deutschen Standorten werden dies nicht ohne weiteres unterschreiben. Viele sagen: „Ich kann sowieso alles“. Die Erkenntnis wird immer deutlicher: die Erfahrung einer Einrichtung, eines Teams bei einer bestimmten Methode ist Voraussetzung für hohe Qualität. Hierzu gibt es genügend Studien aus den letzten 5 bis 10 Jahren. Ich warne

Jahrespressekonferenz des PKV-Verbandes am 20. Juni 2007 in Berlin

Elektronische Pressemappe

Inhalt:

- Pressemitteilung
- Statement des Verbandsvorsitzenden Reinhold Schulte auf der Pressekonferenz am 20. Juni 2007
- PKV-Zahlen 2006 im Überblick

Vorträge der Jahrestagung des PKV-Verbandes 2007:

- Reinhold Schulte: „Die PKV nach der Reform und die Herausforderungen der Zukunft.“
- Prof. Dr. Christian Behl: „Programmierte Herausforderung: Die Krankheiten der Zukunft.“
- Prof. Dr. Matthias Brandis: „Erschließung der Potentiale: Innovationen der Zukunft – Erfahrungen aus der Vergangenheit und Perspektiven.“
- Prof. Dr. Peter Propping: „Grenzen der Finanzierung: Die ethischen Fragen der Zukunft.“

***Fotos:** Unter der Internetadresse www.pkv.de, Menüpunkt „Presse“, sind Fotos des Verbandsvorsitzenden Reinhold Schulte sowie des Verbandsdirektors Dr. Volker Leienbach hinterlegt.*

allerdings vor der einfachen Implementierung von Mindestmengen, weil sie nur bedingt ein Marker für Qualität sind.

Die Akzeptanz neuer Untersuchungs- und Behandlungsformen wird dann möglich, wenn sie an wenigen ausgewählten Stellen zur Verfügung steht.

Die Universitätskliniken sind angetreten, die Zentrumsstrukturen so zu formieren, dass nach innen und außen die Leistungsfähigkeit beweisbar und nachvollziehbar ist. Kriterien für die Qualität dieser Zentren sind im Werden, die Qualitätssicherungsprinzipien haben Einzug gehalten in unser System. Dies schafft meiner Meinung nach die besten Voraussetzungen für Versicherer und Sozialsystem, tatsächlich Bereiche zu definieren, die zu solchen Hochleistungen fähig sind und akzeptiert werden. Das bedeutet mit anderen Worten, dass für solche ausgewiesene Kompetenzzentren auch andere oder zusätzliche Finanzierungsstrukturen etabliert werden müssen, die sich aus Umverteilungen ergeben müssen.

Wie sieht die Finanzierung aus? Es ist leicht erkennbar, dass unter Beibehaltung des Anteils, den jeder Bürger zu zahlen hat, diese immer teurer gewordene und werdende Medizin nicht leistbar ist. Es ist eine Frage an die Gesellschaft und an die Politik, ob man moderne Medizin für den Bürger realisieren will, dann muss der Bürger einen Anteil tragen. Dies ist erreichbar durch den Wegfall von Bereichen, die zur Grundversorgung gehören. Der Ruf nach der Selbstbeteiligung, sozial abgedeckt, ist vielfach diskutiert worden. So unpopulär ein solcher Vorschlag ist, erscheint mir kaum eine andere Alternative zu existieren.

Ich fasse zusammen:

1. Die Medizin wird sich durch innovative Entdeckungen weiter entwickeln. Neue Möglichkeiten werden praktiziert werden und die Gesellschaft wird die Anwendung auch für sich selbst einfordern.
2. Zur Zeit noch undenkbare Möglichkeiten werden realisiert werden. Die Gesundheitssysteme werden sich darauf einstellen müssen.
3. Mit den Kostenexplosionen gilt es, den sozialen Ausgleich zu realisieren. Auch sozial schwache Gesellschaftsstrukturen müssen mit den Neuentwicklungen versorgt werden.
4. Dieses ist nur realisierbar, wenn eine sozial verträgliche Umverteilung politisch akzeptiert wird.

5. Die Anwendung neuer Methoden muss sich auf wenige, durch Qualitätskriterien bestimmte Zentren beschränken. Dieses Prinzip muss sehr viel konsequenter verfolgt werden, als bisher im Deutschen Gesundheitswesen realisiert. Dazu aufgerufen sind die Ärzteschaft, die Krankenhäuser, die Versicherungsträger und die Sozial- und Wissenschaftspolitiker.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Grenzen der Finanzierung: Die ethischen Fragen der Zukunft

*Prof. Dr. Peter Propping
Direktor des Institutes für Humangenetik
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn*

Vortrag
PKV-Jahrestagung Berlin
20. Juni 2007

Wenn wir in geselliger Runde ein Glas Wein trinken, nehmen die Beteiligten jedes ihrer Gegenüber fest in den Blick und wünschen sich „Zum Wohle“. Die Franzosen werden noch konkreter, denn sie formulieren „A votre santé“. Hinter diesem traditionellen Brauch steckt die Einschätzung von Alkohol als Medizin. Die Sorge um die Gesundheit ist ein altes und immer neues Thema für den Menschen. Die Behandlung von Krankheiten kostet Geld. Arzt, Krankenhaus und Apotheker sind bezahlte Dienstleister. Trotzdem stimmen wir darin überein, dass Gesundheit keine käufliche Dienstleistung wie jede andere ist. Sie ist ein besonderes Gut. Die Krankenversicherung gehört zum elementaren Lebensbedarf. Je älter wir werden, um so mehr ist uns dieses Faktum in unserem Bewusstsein präsent, denn mit den Jahren haben wir an uns selbst oder in unserer Umgebung erfahren, wie verletzlich unsere Gesundheit ist. Sie kennen die Geburtstagsfeiern der alten Tante, bei denen es eigentlich nur um Krankheiten und Ärzte, Tabletten und Hilfsmittel geht. Ganz anders bei den 18-Jährigen: Sie fahren Motorrad, rauchen Zigaretten, besuchen binge-drinking partys. Für den Jugendlichen ist Gesundheit etwas Selbstverständliches, für einen Gedanken an ihre Fragilität reicht die Phantasie nicht aus.

Wir alle – sei es als unvernünftige Jugendliche oder als multimorbide Alte – erwarten, dass die Solidargemeinschaft der Versicherten uns hilft, egal ob wir schicksalhaft oder schuldhaft der Medizin bedürfen.

Es ist für uns heute kaum vorstellbar, in welchem Ausmaß Armut, Not und Elend in früheren Jahrhunderten Ursache von Tod, Krankheit und Siechtum waren. Die Bismarcksche Gesundheits- und Sozialgesetzgebung war in Deutschland der Beginn einer umfassenden staatlich garantierten Gesundheitsfürsorge. In dem System der GKV sind 90% der Menschen in unserem Land versichert, die im Wesentlichen alle die gleichen Ansprüche an die Versicherung haben. Das System ist nach einem Umlageverfahren solidarisch finanziert, d. h. die Beiträge sind bis zur Beitragsbemessungsgrenze Einkommens-abhängig und bestimmte Personengruppen sind beitragsfrei oder zu ermäßigten Prämien mitversichert. Gesundheit ist zu einer staatlichen Aufgabe geworden. Die Politik hat große Mühe, das selbst gesteckte Ziel der Beitragsstabilität durchzuhalten. Die Probleme werden

mit Sicherheit zunehmen, u. a. weil für die sich anbahnende Demographie-bedingten Belastungen keine Vorsorge getroffen ist.

Die private Krankenversicherung basiert auf dem Prinzip der Risikoäquivalenz. Sie lässt den Vertragspartnern größere Freiheiten und ist auf Grund der gebildeten Rücklagen solider finanziert, ist aber in den letzten Jahren auch um Prämienanhebungen nicht herumgekommen. Hier schlägt sich der medizinische Fortschritt nieder.

Es gibt in unserem Land wie überhaupt in Europa den Konsens, dass wir Verhältnisse wie in den USA nicht wollen. Dort haben 18% der Bevölkerung unter 65 Jahren überhaupt keine Krankenversicherung, mit allen Folgen für die Gesellschaft, nicht zuletzt die Gefährdung des sozialen Friedens. Die zentralen Fragen sind: Wie kann eine angemessene Versicherung gegen Krankheiten für alle Bürger auch in Zukunft bezahlbar bleiben? Wie können alle Bürger am Fortschritt der Medizin partizipieren? Wie kann verhindert werden, dass die unteren Einkommensgruppen durch das soziale Netz fallen?

Das Problem ist den Fachleuten gut bekannt, eine die ganze Breite der Gesellschaft erfassende, also öffentliche Diskussion hat aber bisher – so ist mein Eindruck – nicht stattgefunden. Eine demokratische Gesellschaft ist auf Konsens angewiesen. Daher ist eine öffentliche Diskussion unverzichtbar, auch oder gerade wenn sie schwierig und schmerzhaft ist.

Ich werde im Folgenden drei Thesen vertreten:

- Die Schere zwischen technisch Machbarem und Finanzierbarem im Gesundheitswesen wird immer weiter aufgehen.
- Die vorhandenen Ressourcen müssen effektiv eingesetzt werden.
- Die Solidarität in der Gesellschaft darf nicht auf der Strecke bleiben.

ad 1. Die Schere zwischen technisch Machbarem und Finanzierbarem im Gesundheitswesen wird immer weiter aufgehen.

In den beiden vorhergehenden Vorträgen haben Sie Beispiele dafür gehört, warum die Medizin immer teurer werden muss. Der Wirtschafts- und Sozialstatistiker Walter Krämer hat deshalb formuliert: Das Hauptproblem der modernen Medizin sind nicht ihre Mängel, sondern ihre Möglichkeiten.

Ich zitiere einige seiner Aufzählung von Schlagzeilen aus der Tagespresse: „Neues Medikament fördert Gedächtnisleistung“; „Medikamente reinigen Herzschlagadern“; „Fortschritte bei Hörschneckenimplantaten“; „Hörtests schon bei Ungeborenen möglich“; „per Computersimulation zur Hüftgelenkprothese“; „Fötus im Mutterleib am Herzen operiert“; „Herzschrittmacher für Babys“; „Herzschrittmacher mit 86“; „Herzschrittmacher mit 96“; „Herzschrittmacher mit 102“; „Fuß nach Monaten wieder angenäht“; „Vierjährige erhält fünf neue Organe“; und so weiter.

Ich möchte Ihnen auch ein Beispiel aus meinem eigenen Arbeitsgebiet, der Humangenetik nennen (Bild 1). Ein Elternpaar hat ein Kind mit einer spinalen Muskelatrophie bekommen. Die Krankheit ist autosomal-rezessiv erblich, sie kommt einmal unter 10.000 Neugeborenen vor und führt in den meisten Fällen unbehandelbar innerhalb der ersten Lebensjahre zum Tode. Auf Grund der Geburt des Kindes ist klar, dass Vater und Mutter des Kindes die ursächliche Mutation tragen müssen und das Kind jeder weiteren Schwangerschaft mit einer Wahrscheinlichkeit von 25% ebenfalls betroffen sein wird. Viele Eltern entscheiden sich daher für eine pränatale Diagnostik.

Jetzt wenden sich die Verwandten der Eltern an den Humangenetiker, weil sie wegen einer spinalen Muskelatrophie bei ihren eventuellen Kindern in Sorge sind. Man kann nun die Angehörigen darauf untersuchen, ob sie die ursächliche Mutation tragen. Das Risiko nimmt mit zunehmendem Verwandtschafts-Abstand immer weiter ab. Aber: Wie hoch muss das Risiko sein, damit ein Versicherter von der Solidargemeinschaft die Durchführung der genetischen Untersuchung erwarten darf? Bisher ist die Frage unbeantwortet. Es entscheidet praktisch jede Risikoperson für sich selbst.

In Deutschland sind gegenwärtig etwa 800 monogen erbliche Krankheiten molekulargenetisch untersuchbar, von denen die meisten selten sind.

Es gehört zur Natur des Menschen, dass er immer neue Wünsche hat, wie viele ihm bisher auch zuvor schon erfüllt worden sind. Ein System, bei dem jeder unbegrenzt alle Ansprüche verwirklichen kann, bei dem jeder gewissermaßen nach eigenem Belieben einen Griff in die gemeinsame Kasse tun darf, kann nicht funktionieren. Dies gilt für arm und reich, für GKV und PKV. Man kommt nicht darum herum, Mechanismen, vielleicht auch Kontrollen einzuführen, um Einnahmen und Ausgaben auszubalancieren.

ad 2. Die vorhandenen Ressourcen müssen effektiv eingesetzt werden.

Warum müssen ökonomische Gesichtspunkte berücksichtigt werden, wenn es um ethische Fragen geht? Es wäre unethisch, wenn die vorhandenen Ressourcen nicht für bestmöglichen Nutzen einer möglichst großen Zahl von Menschen eingesetzt würden.

Um den medizinischen Fortschritt allen Menschen unbegrenzt zugänglich zu machen, wäre es am einfachsten, die Versicherungsbeiträge zu erhöhen. Dies brächte kurzfristig eine Entlastung. Man hätte aber nur kurze Zeit zum Atemholen gewonnen. Dann hätte der medizinische Fortschritt die Reserven wieder aufgebraucht. Selbst wenn eine gewisse Prämienerrhöhung akzeptabel ist, wäre damit das Problem der Finanzierung des medizinischen Fortschritts nicht gelöst. Kein Versicherungssystem kommt daher um Regelungen herum.

Die explizite Rationierung hat bereits jetzt Eingang in die Krankenversicherung gefunden. In der GKV gehören dazu Praxis- und Rezeptgebühr, Zuzahlungen zu allen möglichen Hilfsmitteln einschließlich Zahnersatz, die sog. Individuellen Gesundheitsleistungen (IGL). Die den Ärzten vorgegebenen Budgets lasten ihnen nicht nur die Verantwortung für eine mögliche Einschränkung der Behandlung auf; mindestens implizit handelt es sich auch um Rationierung.

Die PKV hat demgegenüber das Prinzip der Kostenerstattung, abhängig vom Tarif für prinzipiell alle Leistungen. Für die meist privat versicherten Beamten, die etwa die Hälfte der PKV-Versicherten darstellen und die bekanntlich Beihilfe-fähig sind, hat der Selbstbehalt eine gewisse steuernde Wirkung. Die PKV hat auch die Möglichkeit, die Inanspruchnahme von Leistungen durch vielfältige Tarife mit Selbstbehalt oder Beitragsrückerstattung zu regulieren.

Ich war nach meinem Staatsexamen vor 39 Jahren als erstes in der Pharmakologie tätig. Wenn ich an die Klausurfragen denke, die ich damals mitformuliert habe, dann muss ich mich darüber wundern, für welche Mittel in unserem System immer noch Geld vorhanden ist. Akupunktur und pflanzliche Stoffe, homöopathische und andere Mittel ohne Nachweis ihrer Wirksamkeit, die Behandlung durch Heilpraktiker und viele Kuren, werden von der PKV, z. T. auch von der GKV bezahlt. Solange für fragwürdige Medikamente und Verfahren Geld vorhanden ist, kann die Not im System noch nicht groß sein.

Es sollten also alle Medikamente und Maßnahmen, deren Wirksamkeit nicht bewiesen ist, rigoros aus dem Erstattungskatalog der GKV gestrichen werden. Eine solche Regelung hat auch für die Ärzte eine erzieherische Wirkung. Ich bin mit den Tarifen der PKV nicht vertraut; ich hoffe, dass Tarife angeboten werden, die eine Kostenerstattung für Verfahren ohne nachgewiesene Wirksamkeit ausschließen. Dies wäre jedenfalls eine vernünftige Kostenbegrenzung und hätte eine psychohygienische Wirkung.

Die Kontrolle der Ausgaben ist unverzichtbar, wenn man den Menschen den Fortschritt der Medizin nicht vorenthalten will.

Welche anderen Möglichkeiten gibt es, um die Kosten für die Solidargemeinschaft einzudämmen? Man muss die Versicherten einbeziehen. Ich will drei viel diskutierte Möglichkeiten ansprechen, die sich auf einem schmalen Grat zwischen Ökonomie und Ethik bewegen:

Beteiligung an selbstverschuldeten Krankheiten.

Tabak, Alkohol, Übergewicht, gefährliche Sportarten erhöhen Krankheitsrisiken. Die durch diese Faktoren begünstigten Krankheiten wären ohne die Faktoren bei einem bestimmten Menschen gar nicht oder mit geringerer Wahrscheinlichkeit aufgetreten. Übergewicht wird in der PKV mit einem Risikozuschlag versehen, in der GKV nicht. Tabak und Alkohol könnte man mit einer zusätzlichen Abgabe belegen, die an die Krankenkassen geht – sowohl von GKV als auch PKV. Ebenso könnte man auf den Kauf von Geräten für gefährliche Sportarten wie Skier oder die immer erwähnten Drachenflugzeuge, den Betrieb von Skiliften und Motorrädern mit Abgaben für die Krankenkassen belegen. Dieser Weg hätte den Vorteil, dass nur die Risiko-Verursacher bezahlen und keine Individualprüfungen erforderlich sind.

Es gibt zwei wichtige Argumente gegen den Vorschlag: Die Sache ist nicht populär, weil sie in lieb gewonnene Lebensstile eingreift, und der Finanzminister will über Steuern frei verfügen können, er wehrt sich gegen jede Festlegung der Abgaben. Ich halte diese oft gemachten Vorschläge trotzdem für sinnvoll, weil sie den Konsumenten an die selbst verursachten Risiken erinnern. Es sollte nicht allein bei den Warnhinweisen auf den Zigarettenpackungen bleiben.

Selbstbeteiligung an Behandlungskosten.

In der stationären Krankenbehandlung bewirkt die Einführung der DRGs einen wirtschaftlicheren Umgang mit den Ressourcen. Sie wird mit Sicherheit aber auch die ambulante Krankheitsbehandlung belasten, denn die Krankenhäuser werden versuchen, einen möglichst großen Teil von Diagnostik und Therapie in den ambulanten Bereich zu verlagern. Unabhängig davon ist die ambulante Krankheitsbehandlung ohnehin in der Gefahr zu unsystematischem und damit teurerem Vorgehen, sei es durch den Patienten, der nacheinander verschiedene Ärzte aufsucht, sei es durch den Arzt, der bei einem GKV-Versicherten Gesichtspunkte seines Budgets, bei einem PKV-Versicherten Interesse an einem hohen Umsatz hat. Dies ist keine Kritik an den Ärzten, sondern an einem komplizierten System, mit dem die Ärzte umgehen müssen.

Bei Entscheidungen über die diagnostischen und therapeutischen Abläufe kann man und sollte man den Patienten mit in die Pflicht nehmen. Die PKV kann den

Versicherten durch das System von Wahlтарifen, die ja nach dem Prinzip der Risikoäquivalenz konstruiert sind, an den Entscheidungen des Arztes beteiligen.

Die GKV hat die Praxisgebühr, die in jedem Quartal bei jedem Besuch eines neuen Arztes ohne Überweisung anfällt. Die Praxisgebühr dürfte weniger effektiv sein, sie kann vermutlich aus sozialen Gründen nicht wesentlich erhöht werden. Man könnte aber auch in der GKV das Prinzip des Selbstbehaltes weiter entwickeln, indem man Einkommens-abhängige Beteiligungen vorsieht, eventuell mit Deckelung. Sogar ein ganzes System von Selbstbeteiligungs-Optionen ist denkbar. Vielleicht ließen sich die regulären Prämien dann sogar senken.

Gegen die Selbstbeteiligung wird immer angeführt, dass sie einen Kranken davon abhalten könnte, zum Arzt zu gehen. Nun ist die persönliche Freiheit in unserer Gesellschaft ein sogar grundgesetzlich geschütztes Gut. Wägt man Nutzen und Risiken ab, kann die Solidargemeinschaft der Versicherten erwarten, dass der einzelne sich verantwortungsvoll verhält. Paternalismus wird auch in anderem Zusammenhang abgelehnt.

Jetzt komme ich zu dem größten Problem, der Einführung immer neuer Verfahren in Diagnostik und Therapie, verbunden mit der längeren Lebenserwartung und der immer ungünstigeren Altersstruktur.

Obergrenzen für innovative Verfahren.

Innovative Verfahren in Diagnostik und Therapie sollten den Kranken auch in Zukunft zur Verfügung stehen – allerdings nur, wenn sie ihre Effektivität bewiesen haben. Diesen Nachweis zu führen, ist Aufgabe der Forschung. Immerhin stehen uns die Forschungsergebnisse der ganzen Welt zur Verfügung. Man kann sich auch vorstellen, dass alle am Gesundheitssystem Beteiligten – Industrie, Versicherungen, Staat, Forschungsförderer – einen Fonds einrichten, mit dem derartige Forschungsprojekte finanziert werden, nachdem sie auf die in der bei wissenschaftlichen Projekten bewährte Weise evaluiert worden sind. Dies wird sogar unumgänglich sein, um ein unabhängiges Urteil über die Qualität zu bekommen. Wann ist ein neues Verfahren aber effektiv?

Hier möchte ich auf Erfahrungen aus Großbritannien hinweisen. Dort unterstehen alle Ärzte und Krankenhäuser dem Nationalen Gesundheitsdienst. Das Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) legt Kriterien für die Behandlung fest. Es macht eine technische Bewertung von Methoden, Verfahren, Geräten, Medikamenten unter dem Aspekt des Verhältnisses von Kosten zu klinischer Wirksamkeit. Außerdem legt das NICE Leitlinien zu den Krankheiten vor, ebenfalls unter Berücksichtigung von Kosten und klinischer Wirksamkeit. Die Institution ist unabhängig, sie erlässt Richtlinien, die für Ärzte und Krankenhäuser verbindlich sind. In den Gremien des NICE sind nicht nur Gesundheitsleister und –ökonomen, sondern auch Patientenvertreter tätig, von denen jeweils ein Drittel jährlich herausrotieren. Dadurch wird ein größtmöglicher Konsens und Transparenz geschaffen.

Das NICE hat damit Aufsehen erregt, dass es für die Einführung eines neuen medizinischen Verfahrens Kostenobergrenzen festgelegt hat. Ein gewonnenes Lebensjahr soll im Durchschnitt nicht mehr als 30.000 £ kosten dürfen, also etwa 43.000 €

Wer erstmals davon hört, den mag die ökonomische Betrachtung des Menschenlebens erschrecken. Andererseits wird in Zukunft nicht mehr alles bezahlbar sein, was machbar ist. Auch die GKV wird an ähnlichen Regelungen nicht vorbei kommen. Wenn man auf Regelungen verzichtet, wird ja auch entschieden, nur unsystematisch, um nicht zu sagen chaotisch. Wir sollten auch bedenken, dass wir in den hoch entwickelten Ländern auf Rosen gebettet sind. Es gibt auf dem Globus viele ärmere Länder, in denen die vorhandenen Ressourcen sehr begrenzt sind und zudem noch völlig ungeregelt verteilt werden.

In Deutschland haben wir für das GKV-System die jüngeren, aber dem NICE vergleichbaren Institutionen Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) und IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen). Empfehlungen dieser Einrichtungen werden nicht immer auf Zustimmung stoßen, auch Fehlentscheidungen sind unvermeidbar. Wichtig sind die Unabhängigkeit der Institutionen und die Transparenz ihrer Entscheidungen, so dass Korrekturen möglich sind. Ich plädiere dafür, dieses System weiterzuentwickeln.

Ein System, das medizinische Verfahren bewertet und Leitlinien erstellt, dürfte auch für die PKV interessant sein. Auch die PKV muss angesichts der medizinisch-technischen Innovationen, die sie ihren Versicherten nicht vorenthalten will, an einem guten Preis-Leistungs-Verhältnis Interesse haben. Andernfalls müsste die PKV besonders teure Verfahren mindestens in bestimmten Tarifen ausschließen. Wäre es nicht interessant, wenn die PKV selber ein System der Evaluation innovativer medizinischer Leistungen initiiert, bewertet durch ein Gremium unabhängiger Fachleute. Die PKV könnte hier sogar eine Vorreiterrolle übernehmen. Dies täte dem Gesundheitssystem in Deutschland gut.

ad 3. Solidarität in der Gesellschaft darf nicht auf der Strecke bleiben.

Bisher sollen in unserem Land etwa 200.000 Menschen ganz ohne Krankenversicherung gewesen sein. Durch Gesetzesänderung ist jetzt eine Versicherungspflicht eingeführt worden. Dies finde ich richtig. Dadurch wird verhindert, dass Menschen erst die Versicherungsprämien sparen und nach der ersten Krankheit in eine Krankenversicherung eintreten. Ein solches Verhalten schädigt das Versicherungssystem, sowohl in der GKV als auch in der PKV. Am Ende könnten diejenigen, die die Versicherungsprämien gespart haben, auf dem Wege über das Sozialamt die Allgemeinheit belasten. Wir müssen US-amerikanische Verhältnisse unbedingt vermeiden.

Entscheidungsprinzipien

Ich habe einige konkrete Vorschläge zur Ausgabenbegrenzung und zur Optimierung der Wirtschaftlichkeit gemacht. Wie immer die Entscheidungen in der Zukunft ausfallen, sollten die folgenden Prinzipien beachtet werden:

- Personen-bezogene Entscheidungen, bei denen es um die Diagnostik oder Therapie in einer konkreten Krankheits-Situation, eventuell gar um ein individuelles Menschenleben geht, sollten vermieden werden. Wir brauchen abstrakte und patientenferne Planungsvorgaben auf Grund rationaler

Argumente. Dieses Vorgehen ist am ehesten konsensfähig, da niemand weiß, wer in der Zukunft davon betroffen sein wird.

- Wir brauchen Versicherungs-relevante Leitlinien, damit in jedem Fall ein optimales Preis-Leistungs-Verhältnis erreicht wird. Dies liegt im Interesse von GKV und PKV und natürlich von uns allen. Wir werden alle Patienten.
- Zum Schluss will ich daran erinnern, dass die Gesellschaft auch wirtschaftlich schwache Mitglieder hat. Diese dürfen wir nicht aus dem Auge verlieren.