

Juni 2009

Experten und Dokumentationen
zur Wirtschafts- und Sozialpolitik

WISO Diskurs

Zukunft des Gesundheitssystems

Solidarisch finanzierte
Versorgungssysteme für
eine alternde Gesellschaft

Gesprächskreis
Sozialpolitik



Zukunft
2020

**FRIEDRICH
EBERT**
STIFTUNG



Diskussionspapier des Gesprächskreises Sozialpolitik
der Friedrich-Ebert-Stiftung

Zukunft des Gesundheitssystems

Solidarisch finanzierte
Versorgungssysteme für
eine alternde Gesellschaft

René Bormann
Eckart Fiedler
Christopher Hermann
Franz Knieps
Peter König
Armin Lang
Gerhard Naegele
Monika Reichert
Heinz Rothgang
Doris Schaeffer

Inhalt

Präambel	3
1. Weiterentwicklung des ordnungspolitischen Rahmens nach der Bundestagswahl	4
1.1. Finanzierung der Gesundheitsversorgung in einem einheitlichen Versicherungssystem neu ordnen	4
1.2. Weiterentwicklung der Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern	6
1.3. Weiterentwicklung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung	7
1.4. Fortentwicklung der Organisationsreform	8
2. Perspektiven einer fachlich angemessenen, bedarfs- und bedürfnisgerechten gesundheitlichen Versorgung für ältere Menschen	9
2.1. Gesundheitsförderung und Prävention	9
2.2. Gesundheitliche Versorgung für ältere Menschen – Versorgungsziel subjektive Gesundheit und Lebensqualität und Sicherstellung eigenständiger Lebensführung	10
2.2.1. Auf Altersmorbidity bezogene Leitlinien und Standards	10
2.2.2. Fokussierung auf chronische Erkrankungen, Multimorbidität und vorhandene Präventions- und Rehabilitationspotenziale	10
2.2.3. Altersgruppendifferenzierung und gruppenbezogene Schwerpunktsetzungen	10
2.2.4. Integrierte Versorgungsstrukturen	11
2.2.5. Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsprofessionen und Ausbau der gesundheitlichen Versorgungsforschung	11
2.3. Bedarfsgerechtigkeit bei besonderen gesundheitlichen Versorgungssituationen herstellen	12
2.3.1. Ambulante ärztliche Versorgung	12
2.3.2. Stationäre Krankenhausversorgung	12
2.3.3. Pflegerische Versorgung	13
2.3.4. Palliativversorgung	13
Informationen zu den Autorinnen und Autoren	15

Dieses Diskussionspapier wird von der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind von den Autorinnen und Autoren in eigener Verantwortung vorgenommen worden.

Präambel

Mit dem vorliegenden Papier ist beabsichtigt, Perspektiven für eine Gesundheitspolitik für die Zeit von 2010 bis 2020 aufzuzeigen und zu begründen. Die Notwendigkeit dafür ergibt sich insbesondere vor dem Hintergrund des demographischen Wandels der Bevölkerung und den damit zusammenhängenden strukturellen Herausforderungen, die eine alternde Gesellschaft für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung mit sich bringt. Das vorliegende Papier versucht darauf in zweifacher Hinsicht Antworten zu geben. Im ersten Teil wird stärker auf die ordnungspolitische Ebene abgehoben. Plädiert wird u.a. für die Neuordnung der Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung im Rahmen eines einheitlichen Versi-

cherungssystems, für die Weiterentwicklung der Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern und für eine sach- und bedarfsgerechte Weiterentwicklung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung. Teil zwei fokussiert auf demographiesensible Gestaltungserfordernisse in den einzelnen Systemen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Plädiert wird insbesondere für deren bedarfsgerechte Anpassung an die Erfordernisse, Bedürfnisse und Erwartungen zunehmend älter werdender Leistungsempfänger sowie für einen Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention als ganz zentrale Stellgrößen, auch um den steigenden alterstypischen Gesundheitskosten wirkungsvoll zu begegnen.

1. Weiterentwicklung des ordnungspolitischen Rahmens nach der Bundestagswahl

1.1. Finanzierung der Gesundheitsversorgung in einem einheitlichen Versicherungssystem neu ordnen

Die demographische Verschiebung wird mittelfristig die einnahmen- und ausgabenseitigen Belastungen der Krankenversicherung verstärken. Das gesellschaftspolitische Leitbild, das sich in der Finanzierungssystematik der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) niederschlägt (z.B. Familienversicherung für nicht-erwerbstätige Ehegatten, Fokussierung der Beitragszahlung auf die Erwerbstätigkeit) ist nicht mehr zeitgemäß. Das Ziel einer umfassenden sozialen Absicherung wird zunehmend weniger erreicht. Unter Gerechtigkeitsaspekten ist die Wahlmöglichkeit für bestimmte Bevölkerungsgruppen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, die nach unterschiedlichen Kriterien ihre Beiträge kalkulieren, problematisch. Notwendig ist daher eine Finanzierungsreform.

Deutschland ist inzwischen in Europa das einzige Land, das mit gesetzlicher und privater Versicherung ein zweigeteiltes Versicherungssystem für den Kern der Gesundheitsversorgung aufweist. In den übrigen europäischen Staaten bieten zwar teilweise (wie in der Schweiz oder den Niederlanden) auch die privaten Krankenversicherer Vollversicherungsschutz an. Dies geschieht jedoch im Rahmen eines einheitlichen Versicherungssystems; die auch in diesen Gesundheitssystemen bestehenden Wahlmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Versicherern lassen es nicht zu, dass Versicherte sich entscheiden können, ob sie an der solidarischen Finanzierung der Gesundheitsversorgung teilnehmen wollen oder nicht.

Es sollte sichergestellt werden, dass alle Bürger einen Solidarbeitrag zur Gesundheitsversor-

gung leisten und umgekehrt Anspruch auf die Solidarität der Gesellschaft haben. Dies bedeutet nicht die Abschaffung der Vollversicherung in der privaten Krankenversicherung. Eine weitgehende Umstellung der Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems auf das Kapitaldeckungsverfahren verbietet sich allerdings schon aufgrund der den Kapitalmärkten immanenten hohen Risiken.

Wir schlagen daher das folgende Modell vor:

- Alle Bürger haben die Pflicht zur Versicherung und zahlen – bei Arbeitnehmern unter Beteiligung der Arbeitgeber – einkommensabhängige Beiträge bis zur Beitragsbemessungsgrenze, die an den Gesundheitsfonds abgeführt werden. Einer Versicherungspflichtgrenze bedarf es dann nicht mehr. Die Pflicht zur Versicherung kann sowohl bei gesetzlichen Krankenkassen als auch bei privaten Krankenversicherungsunternehmen realisiert werden. In dieser neuen Pflichtversicherung herrscht Kontrahierungszwang und Risikozuschläge sind nicht zulässig.
- Alle Krankenversicherer, die die Pflichtversicherung durchführen, erhalten pauschalisierte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Wir schlagen vor zu prüfen, inwieweit bei den Zuweisungen an Versicherte der privaten Krankenversicherung (PKV) den Besonderheiten des dort praktizierten Kapitaldeckungsverfahrens Rechnung getragen werden kann.
- Damit alle Krankenversicherungen (GKV-Kassen, PKV-Unternehmen) eine faire Chance haben, am Wettbewerb in der neuen Pflichtversicherung teilzunehmen, werden sie rechtlich in die Lage versetzt, zu gleichen Konditionen Gesundheitsleistungen einzukaufen bzw. zu er-

statten. Für die Pflichtversicherung ist eine einheitliche Gebührenordnung sinnvoll. Dabei ist sicherzustellen, dass die Zusammenführung der privatärztlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der gesetzlichen Krankenversicherung nicht die Versorgung gefährdet; sie darf nicht zum Entzug von Ressourcen aus der ärztlichen Versorgung führen.

- Das neue Versicherungssystem ist auch für Beamte einzuführen. Sofern verfassungsrechtliche Bedenken nicht ausgeräumt werden können, ist den Beamten ein Wahlrecht zwischen der bisherigen Beihilfe (in Verbindung mit einem ergänzenden Versicherungsschutz) und einem Arbeitgeberzuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag bei GKV oder PKV zu verschaffen – ein solches Wahlrecht haben heute etwa bereits die Abgeordneten des Deutschen Bundestages und der Landtage.

Wir schlagen vor, über Arbeitsentgelt und Lohnersatzleistungen hinaus auch Kapitaleinkünfte in die Beitragspflicht einzubeziehen. Denn die Einkommens- und Vermögensverhältnisse haben sich gegenüber der Nachkriegssituation wesentlich verändert. Die nahezu ausschließliche Belastung von Arbeitsentgelt und Lohnersatzleistungen entspricht immer weniger einer Orientierung der Finanzierung der GKV an der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten. Die Einführung einer Beitragspflicht auf Kapitaleinkünfte führt nicht zu einer Zunahme der Beitragsbelastung insgesamt, denn der Beitragssatz kann infolge der Beiträge auf Kapitaleinkünfte gesenkt werden. Wohl aber führt sie zu einer gerechteren Verteilung der Beitragslast. Wir schlagen vor zu prüfen, ob bei Einbezug der Kapitaleinkünfte in die Beitragspflicht die Beitragsbemessungsgrenze anzuheben ist, da ansonsten nur die Kapitaleinkünfte von Versicherten mit vergleichsweise geringen übrigen Einkommen herangezogen werden. Alternativ könnte eine gesonderte Beitragsbemessungsgrenze für Kapitaleinkünfte festgesetzt werden, wobei der Frage der Gleichbehandlung von Kapitaleinkommen und anderen Einkünften besondere Aufmerksamkeit zukommen müsste.

Kritisch zu hinterfragen ist die beitragsfreie Familienversicherung von nicht-erwerbstätigen Ehegatten. Sie führt wegen der Beitragsbemessungsgrenze dazu, dass Ehepaare, die beide berufstätig sind, deutlich höhere Beiträge zahlen als solche, bei denen das gleiche Einkommen nur von einem Ehepartner erzielt wird und der andere beitragsfrei mitversichert ist. Wir schlagen daher ein Splitting des gemeinsamen Arbeitsentgeltes bzw. Einkommens mit anschließender Anwendung des Beitragssatzes auf beide Entgeltteile vor. Auch dies bedeutet grundsätzlich keine höhere Beitragsbelastung, sondern eine gerechtere Verteilung der Beitragslast. Die beitragsfreie Kinderversicherung soll erhalten bleiben.

Die Verteilung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenversicherungen erfolgt morbiditätsorientiert. Gegenwärtig ist allerdings die Zahl der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Erkrankungen auf maximal 80 begrenzt. Dies führt dazu, dass Versicherte, deren Erkrankung nicht berücksichtigt wird, für die Krankenkassen schlechte Risiken darstellen. Die Krankenkassen werden sich in ihren Verträgen mit Leistungserbringern insbesondere um berücksichtigte Erkrankungen kümmern. Diese Ungleichbehandlung ist nicht zu rechtfertigen. Die Begrenzung des Risikostrukturausgleichs auf maximal 80 Erkrankungen sollte daher entfallen.

Die Regelung zu dem Zusatzbeitrag, den Krankenkassen erheben müssen, wenn sie mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen, muss grundlegend verändert werden. Krankenkassen mit niedrigen Einkommen ihrer Mitglieder müssen, sobald sie ihre Ausgaben mit den Zuweisungen aus dem Fonds nicht vollständig finanzieren können und deswegen eine Zusatzprämie erheben müssen, bei gleichem Finanzierungsbedarf höhere Zusatzbeiträge erheben als Krankenkassen mit höheren Einkommen der Versicherten, um die Einnahmeausfälle aus der Anwendung der Härtefallregelung auszugleichen. Wir schlagen vor, dass die Einnahmeausfälle aus Anwendung der Härtefallregelung den Krankenkassen in standardisierter Form aus dem Gesundheitsfonds erstattet werden.

1.2. Weiterentwicklung der Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern

Die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems sind nur unzureichend auf die Erfordernisse einer alternden Gesellschaft mit zunehmender Multimorbidität ausgerichtet (vgl. auch 2. Teil des Papiers). Es gilt, die vergleichsweise rigide Trennung der Versorgungsbereiche zu überwinden. Die besonderen Bedürfnisse einer alternden Gesellschaft in der kontinuierlichen, sektorübergreifenden Versorgung chronisch Kranker müssen angemessen berücksichtigt werden. Die Versicherten und Patienten brauchen mehr Qualität der Versorgung und eine bessere Transparenz über die Qualität. Die Krankenkassen müssen verpflichtet werden, die Versicherten über ihre vertraglichen Regelungen zur Qualität zu unterrichten.

Mit den letzten Gesundheitsreformen ist der Einstieg in eine Veränderung der Versorgungslandschaft angestoßen worden. Dazu haben auch die Öffnungen im Vertragsrecht zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern beigetragen. Dezentrale wettbewerbliche Steuerungsansätze sind besser als Kollektivverträge geeignet, innovative Versorgungsformen zu implementieren. Es sollte daher gelten: Vorfahrt für Einzelverträge. Auf absehbare Zeit wird es allerdings bei einem Nebeneinander von Kollektiv- und Einzelverträgen bleiben.

Deutschland hat – auch im europäischen Vergleich – weiterhin erhebliche Überkapazitäten bei den Krankenhäusern. Auch in der stationären Versorgung müssen Möglichkeiten für Einzelverträge geschaffen werden. Damit können die Krankenkassen ihren Versicherten Angebote zur Versorgung in von ihnen (zum Beispiel anhand bestimmter Qualitätskriterien) ausgewählten Krankenhäusern machen. Mehr einzelvertraglich organisierte Versorgung auch bei der Krankenhausbehandlung macht eine Anpassung der Krankenhausplanung durch die Bundesländer erforderlich.

Der Staat muss die Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung behalten. Gleichwohl ist es möglich, ein konsequentes Einzelver-

tragsmodell im ambulanten wie im stationären Bereich zu realisieren. Denn regelmäßig wird im Einzelvertragsmodell die Versorgung durch die Verträge der Krankenkassen mit den Leistungserbringern sichergestellt werden können. Nur in wenigen Fällen (z.B. dünn besiedelte Regionen, in denen auch der Kollektivvertrag heute an die Grenzen der Sicherstellungsverpflichtung stößt) ist nicht auszuschließen, dass keine ausreichenden Verträge geschlossen werden. Wir schlagen vor, dass die Bundesländer überprüfen, ob die Versorgung durch die Einzelverträge in ausreichendem Umfang sichergestellt wird; dies sollte auf Basis bundeseinheitlicher Kriterien geschehen, die der Gemeinsame Bundesausschuss festsetzt. Den Bundesländern ist für den Konfliktfall ein entsprechendes Eingriffsinstrumentarium zur Verfügung zu stellen (z.B. Ausschreibung von Versorgungsaufträgen).

Wir schlagen vor, bei der Vergütung der Krankenhäuser zur monistischen Finanzierung überzugehen. Wenn Betriebskosten und Investitionskosten aus einer Hand im Rahmen der DRGs vergütet werden, verbessert dies die Möglichkeiten zum effizienten Handeln für das Krankenhausmanagement. Nur so kann auch der Anspruch der Krankenhäuser auf die notwendigen Investitionsmittel durchgesetzt werden.

International liegen inzwischen Erfahrungen mit einer stärkeren Ausrichtung der Vergütung von Ärzten und Krankenhäusern an der Qualität der Behandlung vor. Wir schlagen vor, dass die Krankenkassen an die Leistungserbringer einen (zunächst kleinen) Teil der Vergütungen in Abhängigkeit von der Qualität der Behandlung zahlen sollen. Dabei sollte nicht nur der Behandlungsprozess beurteilt werden, sondern auch das Behandlungsergebnis. Als erster Schritt sollte der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt werden, eine Richtlinie zur Beurteilung der Behandlungsqualität bei multimorbiden Patienten vorzulegen.

Im Übrigen schlagen wir vor, die Vergütungssysteme für die ambulanten fachärztlichen und die stationären Leistungen weiter anzunähern. Fallpauschalen für die ambulanten fachärztlichen Leistungen stellen dafür ein geeignetes Vergütungssystem dar.

Für patentgeschützte neue Arzneimittel hat die letzte Gesundheitsreform eine Kosten-Nutzen-Bewertung vorgesehen. Wir schlagen vor, dass die Kosten-Nutzen-Bewertung einer Aufnahme der Arzneimittel in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vorgeschaltet ist (sog. Vierte Hürde). Es ist sicherzustellen, dass die Bewertung zügig durchgeführt wird, damit kosteneffektive Innovationen den Versicherten nicht vorenthalten werden.

Durch die Möglichkeit, Rabattverträge schließen zu können, konnten bei den Arzneimitteln zusätzliche Einsparungen in nennenswertem Umfang erschlossen werden. Durch die Rabattverträge ist es allerdings zu einem potenziell konfliktträchtigen Nebeneinander zwischen zentralen und dezentralen Steuerungsansätzen gekommen. So kann die Bonus-Malus-Regelung nicht mehr umgesetzt werden und Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden erschwert. Dies könnte im Bereich der patentfreien Arzneimittelversorgung durch ein konsequent dezentrales Modell kassenindividueller Positivlisten auf Wirkstoffbasis aufgelöst werden. Dabei wird die Erstattungsfähigkeit kassenseitig jeweils auf die Arzneimittel beschränkt, für die die Krankenkasse einen (befristeten) Vertrag mit einem pharmazeutischen Unternehmen ausgehandelt hat.

Im Zusammenhang mit der gesonderten Berücksichtigung von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMPs) im Risikostrukturausgleich konnten Behandlungsleitlinien für den Versorgungsalltag für wesentliche chronische Erkrankungen entwickelt werden. Die Zusammenarbeit zwischen den Behandlungseinrichtungen auf unterschiedlichen Ebenen wurde wesentlich verbessert. Erste Studien zeigen mittlerweile auch, dass sich dies in günstigeren Behandlungsverläufen und einer geringeren Sterblichkeit niederschlägt. Die strukturierten Behandlungsprogramme müssen künftig stärker berücksichtigen, dass viele ältere Menschen multimorbide sind. Insbesondere hinsichtlich der angemessenen Arzneimittelversorgung dieser Patienten besteht ein erheblicher Bedarf zur Entwicklung von Leitlinien. Es sollte überprüft werden, ob über die bestehenden Erkrankungen hinaus weitere DMPs sinnvoll sind.

Wir schlagen vor, dauerhafte finanzielle Anreize für den Abschluss von Verträgen der integrierten Versorgung zu schaffen. Es war nicht sachgerecht, die pauschale Anschubfinanzierung zu beseitigen. Sie sollte wieder – und zwar zeitlich unbefristet – vorgesehen und auf 2 v.H. der Vergütungsvolumina der Kollektivverträge ausgebaut werden.

Bislang findet kaum praxisnahe Forschung und Entwicklung zur Verbesserung der Versorgung und der Versorgungsstrukturen in der GKV statt. Dies gilt insbesondere für die Ausrichtung der Gesundheitsversorgung an einer alternden Gesellschaft mit einem zunehmenden Anteil multimorbider Versicherter. Wir schlagen vor, dass die Krankenkassen einen Zuschlag zu den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Durchführung von Entwicklungsprojekten erhalten können. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll eine Richtlinie zu den Standards solcher Entwicklungsprojekte erarbeiten. Die Projekte sind durch Versorgungsforschung wissenschaftlich zu begleiten und die Ergebnisse zu veröffentlichen.

1.3. Weiterentwicklung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Gesetzliche Krankenversicherung gewährt bereits heute grundsätzlich nur Leistungen, die notwendig sind. Die vielfach geäußerte Vorstellung, die Leistungen der GKV könnten auf einen Grundleistungskatalog oder Basiskatalog wesentlich unterhalb des heutigen Niveaus abgesenkt werden, indem ganze Blöcke an Leistungen herausgenommen werden, ist daher unseriös. Eine Herausnahme von Leistungsblöcken führt zu Umverteilungen zulasten von Geringverdienern und Kranken.

Eine kontinuierliche Prüfung, ob neue Leistungen wie auch bereits im Leistungskatalog enthaltene Leistungen einen Zusatznutzen aufweisen und kosteneffektiv sind, ist allerdings erforderlich. Dies ist auch ethisch geboten, damit die Beitragszahler nicht über Gebühr belastet werden.

1.4. Fortentwicklung der Organisationsreform

Durch die jüngsten Gesundheitsreformen sind die Organisationsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung modernisiert worden. An die angestrebten wettbewerblichen Strukturen der Krankenversicherung ist die Aufsicht über die Krankenkassen bislang nicht angepasst worden. Über bundesunmittelbare Krankenkassen führt das Bundesversicherungsamt die Aufsicht, über landesunmittelbare Krankenkassen die zuständige Landesbehörde. Dies führt – trotz aller Abstimmungsbemühungen der Aufsichten – dazu, dass unterschiedliche Aufsichtsphilosophien und -praktiken auf den Wettbewerb Einfluss nehmen. Sinnvoller erscheint es demgegenüber, eine funktionelle Aufgabenteilung vorzunehmen: Einerseits bestehen insbesondere Aufsichtsnotwendigkeiten mit Blick auf das finanzielle Gebaren der Krankenkassen, andererseits hinsichtlich der Umsetzung der ihnen aufgegebenen Verpflichtungen zur Sicherstellung der Versorgung. Wir schlagen vor, die Finanzaufsicht grundsätzlich beim Bund, die Versorgungsaufsicht grundsätzlich bei den jeweiligen Landesinstitutionen anzusiedeln. Insbe-

sondere angesichts der Tatsache, dass immer mehr Krankenkassen infolge der Fusionsprozesse überregional tätig sind, die jeweiligen Versorgungskonstellationen jedoch jeweils regional ausgerichtet sind, ist diese funktionelle Aufgabenteilung sinnvoll.

Unter einem mehr wettbewerblichen Ordnungsrahmen entwickeln sich Krankenkassen zunehmend von Verwaltungsbehörden zu Dienstleistungsunternehmen. Diesem Prozess müssen die Selbstverwaltungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung angepasst werden. Dabei ist sowohl den Bedürfnissen nach effektiver Führung und Kontrolle einer Kasse als auch der angemessenen Repräsentation und Beteiligung der Versicherten Rechnung zu tragen. Wir schlagen vor, dies durch ein zweigliedriges System mit einem professionell besetzten Aufsichtsrat und einem repräsentativ besetzten Versichertenparlament zu realisieren. Zur Stärkung der Legitimation der Selbstverwaltung sollten die heute dominierenden Friedenswahlen bei den Sozialwahlen abgeschafft werden. Die Anforderungen an Gruppierungen, die bei der Sozialwahl Listen aufstellen wollen, sollten kritisch überprüft werden.

2. Perspektiven einer fachlich angemessenen, bedarfs- und bedürfnisgerechten gesundheitlichen Versorgung für ältere Menschen

In einer schnell alternden Gesellschaft muss es prioritäres Ziel der Gesundheitspolitik sein, die bestehenden gesundheitlichen Versorgungssysteme bedarfs- und bedürfnisgerecht auf die sich ändernden Anforderungen auszurichten und insbesondere ihre jeweiligen Handlungslogiken auf die Besonderheiten geriatrischer Krankheitsbilder anzupassen. Dabei ist auch die im Alter bestehende sozial bedingte Ungleichheit im Gesundheitszustand und deren häufig lebenslaufbedingte Vorprägung besonders zu beachten. Es darf nicht zu einer Zwei-Klassen-Versorgung zuungunsten – insbesondere sozial benachteiligter – Älterer kommen.

Internationale Befunde deuten darauf hin, dass die aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht positive Kompressionsthese – Zugewinn gesunder Jahre – eher für Angehörige der oberen sozialen Schichten zutrifft. Dagegen scheint die negative Medikalisierungsthese – zunehmende Morbidität mit steigendem Lebensalter – überwiegend für Ältere der unteren sozialen Schichten Gültigkeit zu haben. Gesundheit und Krankheit im Alter sind also zu einem guten Teil Folge einer Akkumulation von günstigen Entwicklungen wie auch von Risiken und Benachteiligungen in der Gesundheitsbiografie, d.h. ungleiche Gesundheitschancen in Kindheit, Jugend oder Erwachsenenalter beeinflussen noch Jahrzehnte später die Gesundheit im Alter. Ältere Menschen mit Migrationsgeschichte weisen dabei überdurchschnittlich hohe Risiken auf. In Deutschland dürften sich künftig auch noch die wachsenden Verarmungsrisiken in der Bevölkerung (z.B. working poor) negativ auf die Gesundheit nachrückender Kohorten älterer Menschen auswirken. Gesundheitliche Ungleichheit stellt somit eine wachsende Herausforderung dar; dies gilt in besonderer Weise für Gesundheitsförderung und Prävention.

2.1. Gesundheitsförderung und Prävention

In Deutschland haben Gesundheitsförderung und Prävention – insbesondere für ältere Menschen – lange Zeit ein Schattendasein geführt. Auch wenn lebenslaufbedingte gesundheitliche Einschränkungen nicht rückgängig gemacht werden können, so ist doch unstrittig, dass durch ein Mehr an Prävention und Gesundheitsförderung auch im Alter ein Mehr an Gesundheit durch Verhinderung bzw. Verzögerung von chronischen Erkrankungen und deren Komplikationen erreichbar ist – selbst bei Hochaltrigen. Angesichts der demographischen Entwicklung und der zu erwartenden weiteren altersbedingten Ausgabenzuwächse ist eine eigenständige nationale Kampagne für Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen zu empfehlen. Die schon seit langem angekündigte, auch in dieser Legislaturperiode wieder gescheiterte Präventionsgesetzgebung ist dringend voranzubringen, da sie insgesamt den Präventionsgedanken stärken kann. Die Gesundheitsprävention insgesamt und auch speziell für Ältere bedarf weniger der weiteren Wissensgenerierung als vielmehr der praktisch-politischen Umsetzung. Dabei sind objektive Lebensbedingungen (Verhältnisprävention) wie auch individuelles Gesundheitsverhalten (Verhaltensprävention), die auch bei älteren Menschen prinzipiell beeinflussbar sind, gleichberechtigt zu berücksichtigen. Besonderer Handlungsbedarf besteht bei Menschen in sozial problematischen Lebenslagen (so z.B. sozial Isolierte, Ältere mit Migrationsgeschichte), für die besondere methodische Konzepte entwickelt und eingesetzt werden müssen (z.B. aufsuchende Aktivierungsstrategien). Als für alle Gruppen Älterer gleichermaßen Erfolg versprechend haben sich Angebote erwiesen, die in ihrer konkreten Lebenswelt – so insbesondere in Kommunen, Stadtteilen, Wohn-

quartieren und dgl. – und an den jeweiligen Lebensbedingungen ansetzen. Erfolg versprechend sind ebenfalls solche Ansätze, welche die Entwicklung von Gesundheitsrisiken und -ressourcen im Lebenslauf systematisch zum Ausgangspunkt einer lebenslauf- und -phasenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention nehmen. Beide Angebotsformen gilt es zu stärken.

2.2. Gesundheitliche Versorgung für ältere Menschen – Versorgungsziel subjektive Gesundheit und Lebensqualität und Sicherstellung eigenständiger Lebensführung

Gesundheitliche Versorgung speziell älterer Menschen meint heute weit mehr als nur die bedarfsgerechte Behandlung von Krankheiten. Ebenso bedeutsame Versorgungsziele sind der Erhalt und die Förderung von subjektiver Gesundheit und Lebensqualität im Alter sowie die Unterstützung des speziell im Alter dominanten Wunsches nach Versorgung in der gewohnten häuslichen Umgebung. Im Einzelnen ergeben sich daraus insbesondere folgende Gestaltungserfordernisse, deren baldige Umsetzung in der Fläche dringend geboten ist:

2.2.1. Auf Altersmorbidity bezogene Leitlinien und Standards

Notwendig sind patientengerecht und verständlich formulierte evidenzbasierte, multiprofessionell erarbeitete Leitlinien und Standards für geriatrische Krankheitsbilder sowie deren verbindliche flächendeckende Umsetzung in Verträgen. Entsprechende Leitlinien und Standards müssen neben Ergebnisqualität auch auf den Erhalt der subjektiven Gesundheit und von Lebensqualität sowie auf die Sicherstellung von autonomer Lebensführung zielen. Daneben müssen spezielle Disease-Management-Programme für die Behandlung geriatrischer Erkrankungen entwickelt und ebenfalls verpflichtend in der Praxis eingeführt werden. Die verschiedenen Gesundheitsprofessionen sind im Rahmen von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend zu schulen.

2.2.2. Fokussierung auf chronische Erkrankungen, Multimorbidität und vorhandene Präventions- und Rehabilitationspotenziale

Grundvoraussetzung für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte gesundheitliche Versorgung älterer, insbesondere aber sehr alter Menschen, ist die Überwindung des herrschenden Medizin(er)verständnisses. Dessen Versorgungsphilosophie ebenso wie die darauf aufbauenden Handlungslogiken sind weitgehend immer noch auf Kuration (Heilung) durch Medikation (Heilungsbemühungen schwerpunktmäßig mittels Medikamenten) ausgerichtet. Die somatische Fixierung medizinischen Handelns – die insbesondere im Krankenhaussektor zudem häufig organzentriert ist – muss durch Versorgungskonzepte ersetzt werden, die an irreversiblen chronischen Erkrankungen sowie an Multimorbidität ausgerichtet sind und auf Erhaltung bereits beeinträchtigter Gesundheit bzw. auf die Vermeidung ihrer Verschlimmerung zielen.

Weiterhin gilt es, das in der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen immer noch weit verbreitete sequentielle Maßnahmenverständnis (erst Prävention, dann Kuration und dann Pflege) zu überwinden. Auch müssen die Gesundheitsprofessionen auf allen Handlungsebenen ihre brachliegenden präventiven und rehabilitativen Potenziale aktivieren und ausschöpfen. Das gesamte Gesundheitsversorgungssystem muss präventiv ausgerichtet sein, d.h. es muss zu einem Präventiven Gesundheitssystem umstrukturiert werden.

2.2.3. Altersgruppendifferenzierung und gruppenbezogene Schwerpunktsetzungen

Auch in der Gesundheitsversorgung älterer Menschen ist eine altersgruppendifferenzierte Schwerpunktsetzung notwendig. Für das so genannte junge Alter sind verstärkte Bemühungen in den Bereichen von Gesundheitsförderung und Prävention erforderlich. Für das hohe und höchste Alter gilt es vor allem, ein qualitativ hochwertiges, bedarfs- und bedürfnisgerechtes Angebot an gesundheitlicher und sozialer Versorgung sowie an Rehabilitationsmaßnahmen bereitzustellen.

Gesundheitspolitik und -professionen müssen sich verstärkt auf Veränderungen in der Zusammensetzung der älteren Patienten einstellen: So wird es bald mehr ältere Patienten mit Zuwanderungsgeschichte und mit entsprechend kultursensiblen Behandlungs- und Betreuungsbedarf geben. Die gesundheitliche Versorgung demenziell Kranker muss dringend verbessert werden (z.B. in der Diagnostik). Auch die ebenfalls stark wachsende Zahl sehr alter, häufig zudem noch allein lebender älterer Menschen verlangt solche Maßnahmen des Gesundheitswesens, die auch auf Erhalt von Selbstständigkeit und autonomer Lebensführung zielen.

2.2.4. Integrierte Versorgungsstrukturen

Obwohl die integrierte Versorgung bereits mit der Gesundheitsreform 2000 explizit gesetzlich angestoßen, verläuft deren Umsetzung in Deutschland – verglichen mit dem Ausland – nur schleppend. Auch ist längst nicht alles, was als solches ausgegeben wird, wirklich integrierte Versorgung. Der notwendige Schritt zur Regelversorgung ist dringend und insbesondere mit Blick auf den demographischen Wandel der Bevölkerung einzuleiten. Einzelvertragsregelungen können hier Schubkraft entwickeln. Es gilt weiterhin, die Pflege mit in die integrierte Versorgung einzubeziehen. Die neu geschaffenen, positiven gesetzlichen Möglichkeiten zum einzelfallbezogenen Versorgungsmanagement sind auszuschöpfen. Problematisch ist demgegenüber die gesetzliche Streichung der Anschubfinanzierung. Letztere sollte – wie bereits in Punkt 1.2 ausgeführt – nicht nur wieder eingeführt, sondern auch im Umfang erhöht werden.

Speziell für Patienten mit multiplen und unterschiedlichen gesundheitlichen Versorgungsbedarfen und -bedürfnissen sind wohnortnahe, flexible und koordinierte Lösungen gefordert, die auf multiprofessionelle Behandlungs- und Betreuungsstrategien ausgerichtet sind. Es werden stimmige Versorgungspakete benötigt, in denen neben explizit medizinischen auch soziale und pflegerische Angebote enthalten sind. Entsprechend der örtlichen Zuständigkeit und Gesamtverantwortung der Kommunen für die gesundheitliche Daseinsfürsorge lassen sich derartige

Lösungen am besten auf kommunaler Ebene realisieren. Die mit der Pflegereform 2008 geschaffenen Pflegestützpunkte bieten dazu gute Voraussetzungen, vorausgesetzt hier erfolgt neben Information auch die Versorgungsorganisation.

Wir unterstützen darüber hinaus nachdrücklich die vom Sachverständigenrat in seinem 2007er-Gutachten gemachten Vorschläge zur integrierten Versorgung der chronisch kranker und multimorbider älterer Menschen. Hierzu gehören insbesondere die Weiterentwicklung und flächendeckende Ausweitung multiprofessioneller Teams, Einführung eines transsektoralen Case-Managements, das die individuelle Fallsteuerung in den drei Sektoren ambulant, stationär und rehabilitative Versorgung zum Ziel hat sowie als Voraussetzung dafür u.a. Auf- und Ausbau entsprechender Qualifikationsstrukturen sowie multiprofessionell erarbeitete Leitlinien. Eine wichtige Voraussetzung ist die Überwindung der vielfältigen Barrieren für eine bessere Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe.

2.2.5. Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsprofessionen und Ausbau der gesundheitlichen Versorgungsforschung

Da beim ärztlichen wie beim pflegerischen Personal derzeit nur eine unzureichende geriatricspezifische Qualifikation vorhanden ist, gilt es gerade hier, unverzüglich Abhilfe zu schaffen. Geriatri-sche und gerontologische Fortbildung sollte für alle Gesundheitsprofessionen zur Pflicht werden. Dies gilt in einer ganz besonderen Weise für die Hausärzte, aber auch die Pflege.

Künftig sollte Geriatrie/Gerontologie in der Ausbildung für angehende Mediziner verpflichtend sein. Voraussetzung dafür ist der längst überfällige Ausbau der Geriatrie an Universitäten, die aktuell in Deutschland gerade einmal an vier Standorten vertreten ist. In der Ausbildung des Pflegepersonals, wo immer noch die traditionelle Dreiteilung in Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege schon längst nicht mehr den beruflichen Erfordernissen und Einsatzorten entspricht, gilt es, durch integrierte Ausbildungsgänge, gemeinsame Grundausbildung und dgl.

mehr Durchlässigkeit zu ermöglichen. Eine übergreifende Grundvoraussetzung zur Qualifizierung der Aus-, Fort- und Weiterbildung ist die (nicht nur auf Ältere bezogene) gesundheitliche Versorgungsforschung, ebenso wie die angewandte geriatrische und/oder gerontologische Forschung. Beide Bereiche gilt es auszubauen.

2.3. Bedarfsgerechtigkeit bei besonderen gesundheitlichen Versorgungssituationen herstellen

2.3.1. Ambulante ärztliche Versorgung

Ältere Menschen stellen bereits heute die Mehrheit der Patienten niedergelassener Ärzte. Zugleich zählen Hausärzte zu den wichtigsten Vertrauenspersonen älterer Menschen. Allgemeinärztl. Praxen sind somit die wichtigsten Orte der Primärversorgung Älterer. Da das Hausarztmodell als die am meisten sach- und bedarfsgerechte Antwort auf geriatrische Versorgungsbedarfe im Wohnbereich gilt, ist diese Entwicklung zu unterstützen und speziell im Hinblick auf eine kollektiv alternde Patientenschaft auszubauen. Das Hausarztmodell enthält im Kern zudem auch noch das Potenzial, das vor allem für ältere Patienten gewichtige und kostenträchtige Problem der Mehrfachbehandlung durch Fachärzte zu begrenzen.

Wegen der multiplen Versorgungserfordernisse bei älteren Patienten sind künftig mehr Hausarztformen erforderlich, in denen multiprofessionelle Teamunterstützung angeboten wird. Auch angesichts des demographischen Wandels scheint der bislang dominierende Typ der Einzelkämpfer-Praxis überholt. Darüber hinaus muss die bestehende Vergütungsstruktur dahingehend reformiert werden, dass – nach dem Vorbild der USA und des Vereinigten Königreiches – Qualitätszuschläge für besonders schwierige Fälle gezahlt werden, insbesondere um honorarbedingte Leistungsrationierungen zu vermeiden.

Weitere Ziele müssen zum einen die Verbesserung der geriatrischen Qualifikation der Haus-

ärzte sein. Zum anderen ist dringend ihr zahlenmäßiger Rückgang zu stoppen. Die Zahl praktizierender Hausärzte ist zu erhöhen, um regionale Engpässe zu überwinden. Dabei sind neben Weiterbildungs- auch spezielle Niederlassungsanreize erforderlich.

2.3.2. Stationäre Krankenhausversorgung

Nicht zuletzt in Anbetracht der faktischen Geriatriisierung der meisten Krankenhäuser durch die wachsenden Anteile älterer Patienten ist auch für alle in den Krankenhäusern tätigen Berufsgruppen eine Verbesserung der geriatrischen und (sozial-)gerontologischen Qualifikationen erforderlich. Ergänzend ist im Bedarfsfall die konsiliarische Einbeziehung von Geriatern zu empfehlen, z.B. beim Übergang in geriatrisch-rehabilitative nachstationäre Versorgungsformen.

Die Einführung des neuen, pauschalen DRG-Abrechnungssystems darf nicht zu einer Verlagerung der Verantwortung für die nachgehende Versorgung auf das private Umfeld führen. Krankenhäuser müssen bei sehr alten Patienten – vor allem bei solchen mit komplexen Problemlagen und fehlenden oder unzureichenden privaten Netzwerken – ihr Entlassungsmanagement optimieren. Insbesondere sollten geeignete lokale Verbundsysteme zur Sicherstellung der nachgehenden Versorgung eingerichtet werden, z.B. um Angehörige zu entlasten und/oder Drehtüreffekte zu vermeiden.

Als Reaktion auf den wachsenden Anteil demenziell erkrankter Patienten bedarf es in der Krankenhausversorgung dringend spezifischer Lösungen. Diese müssen alle drei Beteiligtegruppen gleichermaßen einbeziehen: die Betroffenen bei der Berücksichtigung ihrer Wünsche und ihrer Lebensqualität, die Mitarbeiter bezüglich ihrer Qualifikationen sowie die Angehörigen durch entsprechende Unterstützung seitens sozialer Dienste. Unverzichtbar ist zugleich der Ausbau der geriatrischen Rehabilitation – schwerpunktmäßig im ambulanten Bereich, aber auch in der Pflege. Dies erfordert eine Überwindung der bestehenden Finanzierungsprobleme dieser Leistung.

2.3.3. *Pflegerische Versorgung*

Der häuslichen Pflege kommt angesichts des zu erwartenden Anstiegs von Pflegefällen eine besondere Bedeutung zu. Die erforderliche qualitative Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege bleibt trotz der Reform der Pflegeversicherung ein drängendes Problem. Ambulante Pflegedienste leisten noch immer keine bedarfsgerechte Versorgung, sondern folgen mit ihrem Leistungsspektrum weitgehend den gesetzlichen/vertraglichen Finanzierungsanreizen. Allerdings sind mit der Reform Versorgungsengpässe für demenziell Pflegebedürftige erfreulicherweise aufgegriffen worden. Dennoch wird eine bedarfsgerechte Versorgung dieser Gruppe erst dann erreichbar sein, wenn das enge verrichtungsbezogene Konzept der Pflegeversicherung zugunsten eines erweiterten Pflegeverständnisses und eines daran ausgerichteten Begutachtungsverfahrens abgelöst wird. Die Arbeiten daran sind weitgehend abgeschlossen, die Ergebnisse sind zügig umzusetzen. Gerade hier gilt: Nach der Reform ist vor der Reform!

Das unterstützungswürdige Primat der häuslichen Pflege steht und fällt mit der Bereitschaft der Angehörigen, diese zu übernehmen und fortzusetzen. Allerdings sind deren Erwartungen an substanzielle Unterstützung, vor allem an stützende professionelle Dienste, deutlich gestiegen. Die notwendige Ausweitung gemischter Pflegearrangements bedarf der Ergänzung durch familienorientierte Pflegekonzepte, die sich an der Lebenswelt der Betroffenen orientieren, gemeindenah organisiert sind und die darüber hinaus Unterstützungsangebote für pflegende Familienangehörige beinhalten. Zudem gilt es, die Qualität in der häuslichen Pflege wirksam sicher zu

stellen. Schließlich bedarf es für die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege, die gesetzlich nur unzureichend gelöst ist, ergänzender betrieblicher Unterstützungsmaßnahmen.

Im stationären Pflegebereich gilt es, die Heime auf die ihnen zuwachsende Funktion als Stätte von Pflege- und Krankheitsbewältigung in den Spätstadien chronischer Erkrankungen bzw. am Lebensende einzustellen. Die durch die Pflegereform geschaffene Möglichkeit institutionalisierter Kooperation zwischen den Heimen und niedergelassenen Ärzten gilt es zu befördern und zu nutzen und die medizinische Versorgung in den Heimen zu verbessern.

2.3.4. *Palliativversorgung*

In Anbetracht der demographischen Entwicklung der Bevölkerung wird der Stellenwert ambulanter wie stationärer Palliativversorgung weiter steigen. Entsprechend müssen geeignete Versorgungsstrukturen flächendeckend auf- und ausgebaut werden. Den bestehenden gesetzlichen Anspruch auf Palliativversorgung gilt es zu realisieren. Da in Deutschland die meisten Menschen in Krankenhäusern und Heimen sterben, besteht hier besonderer Handlungsbedarf. Insgesamt könnte das Engagement vieler Hausärzte besser für tragfähige Versorgungskonzepte genutzt werden. Anreizsteigernd könnte u.a. eine Überarbeitung der Vergütungsstrukturen wirken, z.B. in Hinblick auf Gesprächsleistungen und Hausbesuche. Alle mit Sterben befassten Gesundheitsberufe gilt es entsprechend zu qualifizieren. Einschlägige Aus- und Fortbildungsangebote sind zu schaffen einschließlich entsprechender Lehrstühle auf unterschiedlichen Ebenen der hochschulgebundenen Ausbildung.

Informationen zu den Autorinnen und Autoren

René Bormann

Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Prof. Dr. Eckart Fiedler

Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln

Dr. Christopher Hermann

Stellv. Vorsitzender des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg

Franz Knieps, Bonn

Peter König

Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Armin Lang

Mitglied des Landtags des Saarlands

Prof. Dr. Gerhard Naegele

Technische Universität Dortmund

Prof. Dr. Monika Reichert

Technische Universität Dortmund

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung
im Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen

Prof. Dr. Doris Schaeffer

Professorin für Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld



Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Projekt Zukunft 2020

Szenarioanalyse zur Zukunft des sozialen Deutschland

WISO Diskurs

Projekt Zukunft 2020

Zukunft 2020 – ein Modell für ein soziales Deutschland

WISO Diskurs

Projekt Zukunft 2020

Eine soziale Zukunft für Deutschland – Strategische Optionen für mehr Wohlstand für alle

WISO Diskurs

Projekt Zukunft 2020

Eine Wachstumsstrategie für Deutschland

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

Exporteuropameister Deutschland und die Krise

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

Weltwirtschaftskrise 2009: Notwendige wirtschaftspolitische Schritte zur Überwindung einer Bilanzrezession

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

Geld- oder Finanzsektorpolitik: Wer trägt die Hauptschuld an der Finanzkrise?

WISO direkt

Arbeitskreis Mittelstand

Mittelstandsförderung auf dem Prüfstand – Erfolgskriterien gesucht

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

Ethik – ein neuer Luxusartikel? Verantwortlicher Konsum in Politik und Gesellschaft

WISO direkt

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

Renaissance der Stadt – Durch eine veränderte Mobilität zu mehr Lebensqualität im städtischen Raum

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Mit gleichen Rahmenbedingungen zu einem fairen Wettbewerb im Gesundheitssystem

WISO direkt

Gesprächskreis Sozialpolitik

Gerechtigkeit für Generationen – Eine gesamtwirtschaftliche Perspektive

WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

Erwerbslosigkeit, Aktivierung und soziale Ausgrenzung – Deutschland im internationalen Vergleich

WISO Diskurs

Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik

Mit einem europäischen Produktionsmodell und dem Ausbau der Mitbestimmung aus der Krise – das Beispiel Opel

WISO direkt

Arbeitskreis Dienstleistungen

Mehr Gesundheit wagen! Gesundheits- und Pflegedienste innovativ gestalten

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

Europäische Migrationspolitik – Bestandsaufnahme und Trends

WISO Diskurs

Frauen- und Geschlechterpolitik

Gender in der Pflege Herausforderungen für die Politik

WISO Diskurs

Volltexte dieser Veröffentlichungen finden Sie bei uns im Internet unter

www.fes.de/wiso