

Pressemitteilung zur Pressekonferenz am 12. Februar 2014 in Berlin

- Langfassung -

Fritz Beske

**Gesundheitsversorgung von morgen**

- Was kommt auf Versicherungen, was auf Ärzte und was auf Patienten zu -

-----

„Es sind voraussichtlich insbesondere vier Faktoren und Probleme, die mehr als alles andere die Gesundheitsversorgung von morgen bestimmen:

- ⇒ Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung mit Leistungseinschränkungen.
- ⇒ Veränderung in der Versorgungsstruktur durch den Mangel an Ärzten und mehr noch an Pflegekräften, einen Wandel in der Berufsauffassung von Ärzten mit dem Wunsch nach Vereinbarkeit von Beruf, Freizeit und Familie und einer sich immer mehr ausweitenden Spezialisierung in der Medizin.
- ⇒ Versorgung von Pflegebedürftigen.
- ⇒ Ökonomisierung und Kommerzialisierung in der Gesundheitsversorgung.

Und niemals ist so viel Geld vorhanden, dass alle Patientenwünsche erfüllt und alle Möglichkeiten der Medizin verwirklicht werden können, in keinem Land und in keinem Gesundheitssystem der Welt – auch nicht in Deutschland.“

So Prof. Fritz Beske als Resümee seines Buches, das folgende Aspekte beleuchtet:

**1. Der Demografische Wandel in Deutschland**

**Die Bevölkerung wird immer älter und immer weniger!**

Grundlage sind Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes bis 2060. Die Zahlen sind gerundet.

**Bevölkerungszahl.** Rückgang von 82 auf 65 und damit um 17 Millionen.

**Altersstruktur.** Ebenfalls um 17 Millionen sinkt der Anteil der Altersgruppe im erwerbsfähigen Alter, 20 bis 66 Jahre, die Altersgruppe, die im Wesentlichen das Bruttosozialprodukt erarbeitet und die höchsten Beiträge für Gesundheit und Pflege zahlt. Um 5 Millionen nimmt die nachwachsende Generation ab, 0 bis 19 Jahre. Es nimmt allein zu die Altersgruppe im nicht mehr erwerbsfähigen Alter, 67 Jahre und älter, um ebenfalls 5 Millionen.

**Altersquotient**, statistische Relation der Zahl der Personen im erwerbsfähigen zu denen im nicht mehr erwerbsfähigen Alter, hier für die Altersgruppe 20 bis 66 Jahre gerundet **Erwerbstätige** statt **Erwerbsfähige**. Während heute knapp 3 Erwerbstätige auf eine Person im nicht mehr erwerbsfähigen Alter kommen, beträgt diese Relation 2060 etwa 1:1.

**Lebenserwartung.** Anstieg bis 2060 von 1900 mit 41 Jahren für Jungen und 44 Jahren für Mädchen auf bis zu 88 Jahre für Jungen und 91 Jahre für Mädchen. Die Lebenserwartung wird weiter steigen, wenn auch langsamer.

**Rentenbezugsdauer.** In der Öffentlichkeit kaum diskutiert sind die Auswirkungen einer steigenden Lebenserwartung auf die Rentenbezugsdauer. 1960 hatte ein Rentner die Aussicht 10 Jahre Rente zu beziehen, 2010 bereits 19 Jahre. 2060 werden es 25 Jahre sein mit ebenfalls langsam weiter steigender Tendenz.

## 2. Morbidität

**Alter ist nicht Krankheit, aber mit dem Alter nehmen Häufigkeit und Schwere von Krankheiten, nehmen chronische Krankheiten und Multimorbidität zu.**

Einige Beispiele bis 2050.

**Herzinfarkt.** Zunahme der jährlichen Neuerkrankungen (Inzidenz) um 75 Prozent.

**Schlaganfall.** Zunahme der jährlichen Neuerkrankungen um 62 Prozent.

**Krebs insgesamt.** Zunahme der jährlichen Neuerkrankungen um 27 Prozent.

**Demenz.** Zunahme der Zahl der Erkrankten (Prävalenz) von 1,1 auf 2,2 Millionen.

Der mit dieser Entwicklung verbundene **höhere medizinische Versorgungsbedarf**, bedingt durch die Zunahme höherer Altersgruppen, führt zu höheren Kosten.

## 3. Medizinischer Fortschritt

Der medizinische Fortschritt ist die wichtigste Grundlage für die Verbesserung der medizinischen Versorgung. Es wird einhellig gefordert, dass der medizinische Fortschritt jedem ohne Ansehen der Person zugutekommt. Dieser Forderung wird entsprochen. Die Kosten des me-

dizinischen Fortschritts sind hoch. Die Fachwelt ist sich darüber einig, dass diese Kosten die finanziellen Auswirkungen des demografischen Wandels übersteigen.

#### **4. Finanzsituation der Gesetzlichen Krankenversicherung**

Der demografische Wandel und der medizinische Fortschritt haben Auswirkungen auf den Finanzbedarf der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben steigen von 980 Euro in der Altersgruppe 1 bis 29 Jahre kontinuierlich bis zum Alter von 89 Jahren auf 5.600 Euro. Ab 90 Jahre ist ein Rückgang um 200 Euro zu verzeichnen. Insgesamt ergibt sich ein mit dem Alter zunehmender Ausgabenanstieg. Wird auf Grundlage des Beitragssatzes von 14,9 Prozent 2010 der Beitragssatz auf 2060 hochgerechnet, ergibt sich rein rechnerisch ein Beitragssatz allein durch die demografische Entwicklung von 18,6 bis 19,3 Prozent, bei 2 Prozent einer jährlichen Ausgabensteigerung durch den medizinischen Fortschritt, eine durchaus moderate Annahme, bis zu 52 Prozent. Dies ist der Unterschied zwischen allgemeinen Formulierungen, dass der demografische Wandel Folgen hat, denen wir uns stellen müssen, verbunden mit der Forderung „Medizinischer Fortschritt für alle“, und dem, was dies tatsächlich bedeuten kann.

#### **5. Künftige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung**

**Steuermittel.** Der Bundeszuschuss von 14 Milliarden Euro mit vorübergehender Kürzung dient der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen. Es ist absehbar, dass spätestens dann, wenn die Finanzierung des heutigen Leistungskatalogs der GKV nicht mehr möglich ist, wenn das Finanzierungsdefizit immer weiter zunimmt und wenn Leistungseinschränkungen unvermeidlich sind, der Ruf nach höheren Steuermitteln bis hin zur vollständigen Defizitfinanzierung immer lauter wird. Die Vorstellung jedoch, dass Bundesmittel zur Defizitfinanzierung der GKV zur Verfügung gestellt werden, ist unrealistisch. Ab 2016 gilt für den Bund die Schuldenbremse. Damit werden Grenzen für alle Wünsche nach Zuschüssen gesetzt. In Bezug auf die Verteilung der Bundesmittel steht die Subventionierung der GKV in Konkurrenz zu allen anderen Politikbereichen wie Bildung, frühkindliche Förderung, Forschung, innere und äußere Sicherheit, Verkehr, Energieversorgung und finanzieller Absicherung im Alter. Realismus ist angesagt.

**Beitragssatz.** Generell werden Beitragssatzerhöhungen abgelehnt. Geringe Beitragssatzerhöhungen könnten akzeptiert werden. Eine Erhöhung auch nur annähernd auf die Größenordnung, die alle Ausgaben der GKV finanziert, ist jenseits jeder Vorstellung.

**Vorschlag: Einnahmeorientierte Ausgaben.** In öffentlichen Haushalten zeichnet sich eine durchgreifende Veränderung ab. Führende Politiker wie Merkel und Seehofer verkünden, dass nicht wie bisher die Ausgaben bestimmen, was an Einnahmen aufgebracht werden muss, sondern dass die Ausgaben von den Einnahmen bestimmt werden. Eine gleiche Ent-

wicklung kann auch für die GKV vorhergesagt werden. Aus einer bedarfsbestimmten wird eine einnahmeorientierte Finanzierung. Art und Umfang der Leistungen werden von den jeweils vorhandenen Mitteln bestimmt.

**Einnahmeorientiert statt bedarfsbestimmt – dies dürfte die Zukunft der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung sein.**

## **6. Anpassung des Leistungskatalogs an begrenzte Mittel: Handlungsoptionen**

**Was geschieht, wenn nichts geschieht.** Es gibt verschiedene Möglichkeiten für eine Anpassung des Leistungskatalogs der GKV an begrenzte Mittel. Immer jedoch ist es die Politik, die initiativ werden muss. Der erste Schritt wäre Ehrlichkeit der Bevölkerung gegenüber mit der Einleitung eines Verfahrens zur Anpassung des Leistungskatalogs an begrenzte Mittel, z. B. durch die Beauftragung von Verbänden oder Experten, der Politik Vorschläge zu unterbreiten. Da dies dem Eingeständnis eines anstehenden Rückbaus von Leistungen gleichkommt, ist dies eher unwahrscheinlich. Protest ist vorprogrammiert. Daher wird Leistungserbringern und dabei insbesondere Ärzten sowie Krankenkassen die Aufgabe zufallen zu entscheiden, was im Einzelfall gewährt und was verweigert werden muss.

**Eine ungeordnete und damit eine rein zufallsbedingte Gewährung und Versagung von Leistungen wäre die ungerechteste, unsozialste und unsolidarischste Anpassung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung an begrenzte Mittel. Es zeichnet sich jedoch ab, dass dies die Zukunft ist.**

**Konkret und ohne Tabus.** Es muss exakt definiert werden, was mit den zur Verfügung stehenden Mitteln geleistet werden kann und was nicht. Dabei darf es kein Tabu geben, keine Ausnahme von der Entscheidung, wo und wie begrenzte Mittel eingesetzt werden sollen.

Beispiele von Handlungsoptionen.

**Gesetzliche Krankenversicherung als Familienversicherung.** Die Familienversicherung mit einer beitragsfreien Mitversicherung von Kindern, Ehegatten und Lebenspartnern ist nicht mehr zeitgemäß. Dies trifft insbesondere auf die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern zu, deren Finanzierung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen werden muss.

**Versicherungsfremde Leistungen** sind Leistungen, die der GKV aus familien-, sozial- oder gesellschaftspolitischen Gründen ohne Übernahme der Ausgaben übertragen worden sind. Sollen derartige Leistungen auch in Zukunft von der GKV erbracht werden, sind diese Leis-

tungen vollständig aus Steuermitteln zu finanzieren, nicht pauschal, sondern im Rahmen einer spezifizierten Auftragsverwaltung. Der GKV muss für die Versorgung von ALG-II-Empfängern ein kostendeckender Betrag gezahlt werden. Allein hierdurch wäre die GKV 2011 um 5,1 Milliarden Euro entlastet worden.

**Heilmittel.** In keinem Bereich medizinischer Leistungen liegt die Grenze zwischen Medizin und Wellness so eng beieinander wie im Heilmittelbereich. Es wird vorgeschlagen, Massagen grundsätzlich aus dem Leistungskatalog herauszunehmen. Für medizinisch begründete Massagen müssen in den Heilmittel-Richtlinien enge Grenzen mit Indikation und Anwendungsdauer vorgegeben werden.

**Hilfsmittel.** Der Hilfsmittelbereich muss neu geordnet werden. Dies erfordert eine Überarbeitung des Hilfsmittelkatalogs von 10 Bänden mit rund 8.000 Seiten. Für definierte Hilfsmittel sollten *Festzuschüsse* eingeführt werden.

**Künstliche Befruchtung.** Die Kosten werden zu je einem Drittel auf die öffentliche Hand, die GKV und die behandelten Paare aufgeteilt statt wie bisher zu je 50 Prozent auf GKV und behandelte Paare.

**Prävention** ist abgesehen von der Beratung durch Ärzte und von definierten Vorsorgeleistungen eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

**Medizinische Rehabilitation.** Es wird keine Möglichkeit gesehen, die medizinische Rehabilitation in dem Umfang und in der jetzigen Struktur fortzuführen. Es wird vorgeschlagen, die Ausgaben für die stationäre Rehabilitation ab 2014 auf Basis der Ausgaben von 2012 fünf Jahre jährlich um je 10 Prozent und damit bis einschließlich 2018 um 50 Prozent abzusensen.

**Zuzahlungen.** Es gibt eine weit verbreitete Auffassung, wonach Zuzahlungen statt Leistungsausschluss die bessere Lösung sind. Es wird vorgeschlagen, die Systematik von Zuzahlungen in der GKV zu überprüfen. Weltweit ist Deutschland das Land mit den geringsten Zuzahlungen, dies insbesondere dann, wenn die Nichtgewährung von Leistungen einbezogen wird, eine 100-prozentige Zuzahlung.

**Festzuschüsse.** Insbesondere das System von Festzuschüssen wird ausgebaut, wodurch die Entscheidungsfreiheit des Versicherten gestärkt wird.

**Satzungsleistungen.** Es wird eine Regelung vorgeschlagen mit der Bezeichnung *Verwaltungs- und Förderpauschale*. Jede Krankenkasse kann über 10 Prozent ihrer Bruttoausgaben frei verfügen. Mit diesen Mitteln muss die Krankenkasse zunächst pflichtgemäß ihre Verwaltungskosten und die Kosten für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) abdecken. Die Krankenkasse kann dann bis zur Höhe von 10 Prozent ihrer Brutto-

ausgaben frei verfügen. Die zu erwartende Finanzenge der GKV erlaubt kaum Leistungen, die über den gesetzlich festgelegten und für alle Krankenkassen verbindlichen Leistungskatalog hinausgehen.

**Karenztage.** Bei Arbeitsunfähigkeit werden wieder zwei Karenztage eingeführt. Die Karenztage können durch einen Verzicht auf Urlaubstage ersetzt werden. Diese Regelung ist zumutbar, da Deutschland im europäischen Vergleich die meisten Urlaubstage hat.

## **7. Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung und feste Preise**

Nur mit festen Preisen ist eine leistungsgerechte Honorierung möglich. Jede Form von Budgetierung schließt eine leistungsgerechte Honorierung aus. Anderenfalls wird sowohl das Morbiditätsrisiko als auch das Risiko einer Unterfinanzierung der GKV insbesondere auf die Ärzte übertragen.

## **8. Fachkräftebedarf und Fachkräftemangel**

Versorgungsumfang und Versorgungsqualität werden entscheidend von Zahl und Qualifikation der Gesundheitsberufe bestimmt. Es ist vorhersehbar, dass schon allein die sich bis 2060 verringernde Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter um 17 Millionen und die abnehmende Zahl der nachwachsenden Generation um 5 Millionen zu Arbeitskräftemangel insgesamt und zu einem Fachkräftemangel in Gesundheit und Pflege führen wird. Alle Berufe stehen in der Gewinnung von Arbeitskräften in Konkurrenz zueinander und so, wie der Gesamtbedarf nicht gedeckt werden kann, wird auch der Bedarf in Gesundheit und Pflege nicht gedeckt werden können. Dies betrifft in erster Linie Pflegekräfte und Ärzte. Schon jetzt häufen sich Berichte über den Mangel an Pflegekräften und Ärzten mit Hinweis auf eine sich verschärfende Situation. PricewaterhouseCoopers hat errechnet, dass 2030 von 165.000 fehlenden Ärzten, 400.000 fehlenden Pflegekräften und 950.000 fehlenden Fachkräften im Gesundheitswesen insgesamt ausgegangen werden kann. Andere Berechnungen liegen unter diesen Zahlen, gehen jedoch durchgehend von einem zunehmenden Mangel aus.

## **9. Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Versorgung Pflegebedürftiger**

**Zahl der Pflegebedürftigen.** Besonders in der Pflegebedürftigkeit wirkt sich die stärkere Besetzung höherer Altersgruppen aus. Pflegebedürftigkeit nimmt mit dem Alter zu. Von den unter 60-Jährigen sind 0,5 Prozent, von den über 90-Jährigen werden zwei Drittel pflegebedürftig. Die absolute Zahl Pflegebedürftiger steigt zwischen 2009 und 2060 von 2,34 auf 4,51 Millionen, fast eine Verdoppelung. Gleichzeitig nimmt die Gesamtbevölkerung um 17 Millionen ab. Daraus ergibt sich eine stärkere auf 100.000 Einwohner bezogene relative Zunahme von Pflegebedürftigen um 144 Prozent. Der Anteil Pflegebedürftiger an der Gesamtbevölke-

rung, die *Pflegequote*, steigt von 2,9 auf 7 Prozent. Durch die steigende Lebenserwartung nimmt die Zahl Schwer- und Schwerstpflegebedürftiger überproportional zu.

**Bedarf an Pflegekräften.** Vereinfacht würde dies bedeuten, dass sich damit auch der Bedarf an Pflegekräften verdoppelt, von 890.000 auf fast 1,8 Millionen. In der stationären Pflege sind 80 Prozent, in der ambulanten Pflege 71 Prozent Frauen. In der stationären Pflege üben 59 Prozent ihre Tätigkeit in Teilzeit aus. Die Pflege von Pflegebedürftigen erfolgt damit überwiegend von Frauen und dies häufig in Teilzeit.

**Pflegeheimplätze.** Die Zahl der Pflegeheimplätze müsste sich ebenfalls verdoppeln, von 900.000 auf 1,8 Millionen.

**Ambulante versus stationäre Pflege.** Pflegebedürftige wollen solange es irgend geht im häuslichen Milieu versorgt werden. Dies ist auch übergeordnetes Ziel aller Maßnahmen zur Versorgung Pflegebedürftiger und politische Zielvorgabe. Es gibt jedoch Entwicklungen in der Familienstruktur, die diesem Wunsch entgegenstehen. Die Zahl der Einpersonenhaushalte und damit der Haushalte, in denen keine Familienangehörigen für eine Versorgung zur Verfügung stehen, nimmt zu, bundesweit von 40 Prozent auf 43 Prozent 2030. Mehr und mehr ergibt sich damit eine Situation, in der es sich nicht mehr um eine *familienergänzende*, sondern um eine *familienersetzende* Pflege handelt. Es bleibt damit offen, in welchem Umfang in Zukunft dem Wunsch nach Versorgung im häuslichen Milieu entsprochen werden kann.

**Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung.** Rein rechnerisch von 2009 bis 2060 Zunahme von 19,7 auf 41,6 Milliarden Euro. Jede neue Leistung führt zu höheren Ausgaben.

**Die Versorgung Pflegebedürftiger kann verbessert werden. Eins jedoch geht nicht: Die Ansprüche auszuweiten, quantitativ und qualitativ, und nicht zu sagen, wie diese Ansprüche erfüllt werden können. Ehrlichkeit ist gefordert.**

## 10. Versorgungsstruktur im Wandel

**Vorbemerkung.** Anders als bei Gesundheit und Pflege gibt es für eine Prognose von Versorgungsstrukturen kaum belastbare Zahlen. Es lassen sich jedoch **vier Einflussfaktoren** erkennen.

**1. Arztberuf und ärztliches Handeln.** Der Anteil von Ärztinnen steigt. Bei Ärztinnen, aber auch bei Ärzten besteht zunehmend der Wunsch nach Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit. Gewünscht werden geregelte Arbeitszeiten mit einer Planbarkeit des Zeitbudgets. Insbesondere bei Ärztinnen nimmt Teilzeitbeschäftigung zu. Es steigt der Wunsch nach einem Angestelltenverhältnis auch in der ambulanten Versorgung. Ärzte legen bei jeder Art

von Berufsausübung Wert darauf, dort tätig zu sein, wo ihre Kinder am Ort ein ausreichendes Schulangebot finden.

**2. Bedarf an Ärzten.** Die Wahrscheinlichkeit spricht dafür, dass der Mangel an Ärzten und dabei besonders an Allgemeinärzten weiter zunimmt.

**3. Weitergehende Spezialisierung in der Medizin.** Die Spezialisierung in der Medizin geht weiter. Dies führt bei vielen Indikationen zu einer verbesserten Versorgung, denn Spezialisierung bedeutet höhere Qualifikation, wenn auch in einem kleineren Fachgebiet. Damit steigt die Notwendigkeit zur Kooperation. Gleichzeitig erweitert sich das Einzugsgebiet, was für den Patienten weitere Wege bedeutet. Der Anteil chronisch kranker, multimorbider und schwerkranker Patienten nimmt zu. Dies erfordert z. B. im Krankenhaus Kooperation mehrerer Disziplinen unter einem Dach. Die Versorgungsqualität steigt.

**4. Ausdünnung ländlicher Räume.** Gründe sind die Abnahme der Bevölkerung insgesamt und eine Wanderungsbewegung von ländlichen in städtische Räume.

**Diese Einflussfaktoren haben ihre Eigendynamik. Sie werden Veränderungen erzwingen.**

## **11. Entwicklung ausgewählter Versorgungsbereiche**

**Ambulant vor stationär.** Die Möglichkeiten einer ambulanten Versorgung auch von schwerkranken Patienten nehmen zu, werden jedoch noch nicht ausreichend genutzt. Mit mehr ambulant lässt sich die Zahl im Krankenhaus stationär behandelte Patienten reduzieren mit einem damit verbundenen geringeren Bedarf an Krankenhausbetten. Eine besondere Problematik ist die vermeidbare Krankenhauseinweisung oder ein unnötig langer Krankenhausaufenthalt von Pflegeheimbewohnern. Insgesamt ist ein Konzept erforderlich, mit dem eine Krankenhausbehandlung ausschließlich bedarfsbedingt erfolgt. Es ist zu erwarten, dass im Krankenhaus der Anteil älterer schwerkranker Patienten steigt.

**Krankenhausversorgung.** Die Krankenhausversorgung von morgen wird u. a. von folgenden Einflussfaktoren bestimmt:

- ⇒ Abnehmende Bevölkerungszahl.
- ⇒ Ausdünnung ländlicher Räume.
- ⇒ Ärztemangel.
- ⇒ Ambulant vor stationär.



- ⇒ Weitergehende Spezialisierung in der Medizin. Es gibt keine umfassend weitergebildeten Internisten und Chirurgen, die Abteilungen für die gesamte Innere Medizin oder Chirurgie in kleineren Krankenhäusern leiten können.
- ⇒ Notwendigkeit der Kooperation verschiedener Disziplinen unter einem Dach bei Zunahme schwerer Krankheiten mit der Notwendigkeit interdisziplinärer Versorgung.
- ⇒ Fehlende Weiterbildungsmöglichkeit in kleinen Fachabteilungen.
- ⇒ Zunehmende Anforderungen an die Qualität der medizinischen Versorgung.
- ⇒ Veränderte Anforderungen jüngerer Ärzte an ihre Berufsausübung.

Die Zukunft der Krankenhausversorgung liegt in Krankenhäusern, die von ihrer Größe her mehrere Fachabteilungen vorhalten. Krankenhäuser bis zu 200 Betten stehen mit Ausnahme von Spezialkrankenhäusern und von Krankenhäusern in einem Verbundsystem zur Disposition.

**Rehabilitation.** Die Zukunft der Rehabilitation liegt in der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation mit einem Abbau der stationären Rehabilitation. Zukunft haben Verträge mit integrierter Akutversorgung und Rehabilitation.

**Ambulante zahnmedizinische Versorgung.** Wie in der Humanmedizin nimmt auch in der Zahnmedizin der Anteil an Zahnärztinnen zu mit einem verstärkten Wunsch nach Angestelltenverhältnis und Teilzeitarbeit. Trotzdem dürfte die Einzelpraxis der Regelfall bleiben. Die Zahl an Zahnärzten in ländlichen Regionen nimmt ab, die Gesamtzahl an Zahnärzten sinkt.

**Arzneimittelversorgung durch Apotheken.** In der Arzneimittelversorgung führt die Morbidität einer alternden Bevölkerung zu einem höheren Beratungsbedarf. Die Verteilung von Apotheken folgt der Verteilung ärztlicher Praxen. Die Zahl von Apotheken in dünn besiedelten Gebieten geht zurück. Die Zukunft ist eine verstärkte Kooperation von Arzt und Apotheke.

**Versorgungsqualität.** Es gibt Nachholbedarf. Qualität muss zu einem die gesamte medizinische Versorgung umfassenden Prinzip werden mit einer Ausrichtung auf Ergebnisqualität. Im Krankenhaus sind Register ein Instrument der Messung von Ergebnisqualität, z. B. Endoprothesenregister. An einem Endoprothesenregister müssen alle Krankenhäuser teilnehmen, in denen Endoprothesen eingesetzt werden. Aus diesem Grund muss ein Endoprothesenregister gesetzlich und damit für alle Krankenhäuser verbindlich eingeführt werden. Nur so lässt sich in Kürze ein Endoprothesenregister verwirklichen.

**Freie Arztwahl.** Die uneingeschränkte freie Arztwahl führt bei einem Sachleistungssystem zu ungerechtfertigter Inanspruchnahme von Leistungen und zu Defiziten in der Versorgungsqualität. Die kontinuierliche Betreuung eines Patienten durch einen Hausarzt liegt im Interesse von Patient und Gesundheitssystem. Dies setzt voraus, dass der Hausarzt alle einen Patienten betreffenden medizinischen Daten kennt. Es wird daher eine Einschreibungspflicht bei einem Hausarzt vorgeschlagen. Anderenfalls zahlt der Patient für jeden Pra-

xisbesuch bei einem Allgemeinarzt 10 Euro. Nimmt der Patient einen Facharzt ohne Überweisung in Anspruch, sind ebenfalls für jeden Praxisbesuch 10 Euro zu zahlen.

**Elektronische Gesundheitskarte und Telemedizin.** Es liegt im Interesse von Patient, Arzt und Gesundheitssystem, dass zeitgemäße Informations- und Kommunikationssysteme wie elektronische Gesundheitskarte, elektronische Gesundheitsakte und Telemedizin eingesetzt werden. Der Mangel an Geld und an Fachpersonal wird den Ausbau dieser Systeme beschleunigen.

**Prävention** ist ein hoher Wert und ein Wert an sich. Prävention ist einschließlich ihrer Finanzierung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die GKV finanziert damit ausschließlich definierte Vorsorgemaßnahmen. Unbewiesen ist die Behauptung, Prävention spare in Gesundheitssystemen Geld. Bewiesen ist dagegen, dass Prävention kein Geld spart, sondern kostet. Dies ändert nichts an der Bedeutung von Prävention.

## **12. Perspektiven der Versorgungsstruktur**

Die Zukunft gehört der Kooperation auf freiwilliger Basis, sowohl innerärztlich als auch berufs- und sektorenübergreifend, von der ambulanten und stationären Versorgung bis hin zur Rehabilitation und Pflege, örtlich und regional gestaltet. Beispiele liegen vor. Der Unterschied zwischen dem, was aufgrund von Vorschriften des SGB V möglich ist und dem, was die Versorgung der Zukunft bestimmen sollte, ist grundsätzlicher Art. Das SGB V erlaubt unter zum Teil stringenten Vorgaben bestimmte Versorgungsformen, die von der klassischen vertragsärztlichen Versorgung abweichen und die in Antragstellung und Durchführung mit zum Teil erheblichen Vorgaben verbunden sind. Abweichungen von der Norm werden nur unter restriktiven Voraussetzungen erlaubt.

**Erforderlich dagegen ist ein SGB V, das neue Versorgungsstrukturen nicht nur ermöglicht, sondern fördert.**

Aus einem teilweise sehr detailliert ausformulierten Regelwerk muss eine Rahmengesetzgebung werden, die lokales und regionales Handeln und vertragliche Regelungen erlaubt und fördert, ohne allerdings die Kontrolle dafür aufzugeben, dass gesetzeskonform gehandelt wird und dass die Versorgung sichergestellt ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen aus eher mehr verwaltenden zu vorwiegend gestaltenden Institutionen werden.

## **13. Ordnungspolitische Grundsätze**

Es gibt ordnungspolitische Grundsätze, von denen die Zukunft der Gesundheitsversorgung bestimmt wird oder bestimmt werden sollte.

**Soziale Marktwirtschaft auch im Gesundheitswesen.** Die Soziale Marktwirtschaft wird durchgehend als bestimmender ordnungspolitischer Faktor unserer Gesellschaft bezeichnet. Der Staat sollte damit auch in der Gesundheitsversorgung und in der Versorgung Pflegebedürftiger Rahmenbedingungen setzen, Regeln vorgeben und ihre Einhaltung überwachen, die Durchführung jedoch dezentral gestalten. Dies bedeutet weniger Staat und mehr Staatsferne, weniger staatliche Regulierung und mehr Selbstbestimmung, weniger Verordnungen und mehr Wahlfreiheit.

**Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung.** Die Forderung nach Elementen der Sozialen Marktwirtschaft führt nahtlos zur Forderung nach Stärkung der Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Es gilt das Entweder-Oder-Prinzip. Entweder lebt die GKV von und mit der Selbstverwaltung, oder sie tut es nicht.

**Duales Gesundheitssystem mit Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung.** Es ist nicht erkennbar, welchen Vorteil die Gesetzliche Krankenversicherung davon hätte, dass es die Private Krankenversicherung (PKV) nicht gibt. Die GKV wird nicht dadurch gesunden, dass 10 Prozent der Bevölkerung die PKV entzogen wird.

## 14. Zusammenschau

Die künftige Gesundheitsversorgung ist regional ausgerichtet, kooperativ und berufs- und sektorenübergreifend. Bestimmend ist eine hohe Versorgungsqualität. Dies bedeutet für die ambulante medizinische Versorgung nicht eine wohnortnahe, sondern eine gesicherte medizinische Versorgung, für die Krankenhausversorgung nicht eine wohnortnahe Versorgung, sondern eine Versorgung im richtigen Krankenhaus. Es gilt ambulant vor stationär in allen Leistungsbereichen. Der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung ändert sich von bedarfsbestimmt zu einnahmeorientiert. Dies beinhaltet eine Anpassung an begrenzte finanzielle Mittel. Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung bleiben tragende Elemente unseres Gesundheitssystems. Merkmale der sozialen Marktwirtschaft werden auch die Gesundheitsversorgung bestimmen. Das duale Gesundheitssystem bleibt bestehen. Die schwierigste Aufgabe wird die Versorgung Pflegebedürftiger.

**Keine Zahl wird so stimmen, wie berechnet, keine Prognose so eintreten, wie vorhergesagt. Die Zukunft kann nicht vorhergesehen werden. Was aber stimmt sind Entwicklungstendenz und Größenordnung. In diese Richtung wird es gehen. Und was auch stimmen wird: Je größer die Erfolge der Medizin in der Verlängerung der Lebenserwartung, desto größer die dadurch bedingten Kosten. Die auf unsere Gesellschaft zukommende Entwicklung darf nicht ignoriert werden. Es muss Position bezogen werden. Anders können Handlungsoptionen für die Zukunft nicht entwickelt werden.**

Veranstalter:  
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie  
und -psychotherapie e.V.  
Postfach 1366  
51657 Wiehl  
Tel.: 02262 / 797683  
eMail: [gs@dggpp.de](mailto:gs@dggpp.de)  
[www.dggpp.de](http://www.dggpp.de)

Prof. Dr. med. Fritz Beske, Kiel

Gesundheitsversorgung von morgen  
- Was kommt auf Versicherungen, was auf Ärzte und was auf Patienten zu –

1. Auflage 2014  
ISBN 978-3-8047-3234-6

© 2014 Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH  
Birkenwaldstr. 44, 70191 Stuttgart  
[www.wissenschaftliche-verlagsgesellschaft.de](http://www.wissenschaftliche-verlagsgesellschaft.de)