

Makro -Thesen – Gesundheitswesen 2009

Do, 06/08/2009 - 8:13am – DGVP

Dieses Thesenpapier wurde vom ehrenamtlichen Vorstand der Bürgerinitiative Gesundheit DGVP erarbeitet. Dabei wurden neueste Ergebnisse von Studien ebenso berücksichtigt wie langfristig bestehende Forderungen unserer Organisation und anderer Institutionen. Als "Bürgerinitiative Gesundheit" teilt die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten mit weiten Teilen der Medizin und anderer Berufsgruppen und Institutionen der Diagnose, Therapie und Pflege die Sorge, dass unter den zur Zeit bestehenden Denk- und Handlungsgewohnheiten das Versorgungsniveau der Bevölkerung immer weiter sinken wird und es denen, die die Versorgung leisten sollen, immer schlechter gehen wird. Das Thesenpapier soll die Notwendigkeiten und Möglichkeiten von wirksamen strukturellen Veränderungen aufzeigen. Auf Grundlage dieser Thesen suchen wir den Dialog mit allen Kräften unseres Landes, die an der Gestaltung unseres Gesundheitswesens mitwirken. Zur Umsetzung dieser Vorschläge/ Lösungsansätze suchen wir mit allen Bereichen unseres Gesellschaftssystems die Kompetenzpartnerschaft.

Die Thesen werden in den Diskussionen vor und nach der Bundestagswahl vorgetragen. In der kommenden Legislaturperiode wird die DGVP im Sinne dieser Thesen Einfluss auf die politischen Mandatsträger und die an der Systemgestaltung beteiligten Organisationen, nehmen.

Perspektive 2009/2010

Die vergangenen mangelhaften Gesundheitsreformen waren der Versuch, das Gesundheitssystem und vor allem das System der Gesetzlichen Krankenversicherung, den veränderten demografischen Entwicklungen und der wirtschaftlichen Situation unseres Landes anzupassen.

Der gesamte Reformkatalog der Jahre 1976 bis 2009 berücksichtigte nicht oder nur in unzureichend die nachfolgenden Faktoren:

1. Finanzkrise: die Staatsverschuldung wurde erheblich ausgeweitet, es besteht eine höhere Zins- und Tilgungslast, die aus Steuermitteln erfolgen muss. Es besteht also keine oder nur geringe Reserve an Finanzmitteln für das Gesundheitswesen.
2. Demografischer Faktor: die Bevölkerungsentwicklung zeichnet eine Abnahme von 82 Millionen im Jahr 2009 auf nur noch 69 Millionen (2050). Davon sind 10 Millionen unter 20 Jahre alt, 35 Millionen zwischen 20 und 64 Jahren und 23 Millionen Bürgerinnen und Bürger über 65 Jahre alt.
3. Steigende Zahl der Chroniker und der Pflegebedürftigen bis 2050 auf 4,4 Millionen.
4. Die Entwicklung wird dazu führen, dass ein Arbeitnehmer/ aktiv tätiger Bürger für die Prämie zur Krankenversicherung jeweils eines anderen Bürger finanziell aufkommen muss.
5. Unter Berücksichtigung der Demografie muss der Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung auf 27 % im Jahr 2050 angehoben werden.
6. Werden die positive technologische Entwicklung im Gesundheitswesen berücksichtigt, muss der Beitragssatz auf 44 % angehoben werden.

(Die Daten der Punkte 2 – 5 beziehen sich auf die Gesundheitspolitische Agenda des Fritz Beske Institut vom Mai 2009)

Diese Faktoren hätten entschiedene strukturelle Veränderungen des Gesundheits- und GKV-Systems notwendig gemacht. Stattdessen hat die Politik ineffiziente Strukturen erhalten, kostenintensive Bürokratie gefördert und zugelassen.

Parallel dazu entwickelte sich die Situation der Unterfinanzierung der ambulanten und stationären medizinischen und pflegerischen Versorgung, die in der Konsequenz zu Demotivation und Qualitätsverlusten bei den dort arbeitenden Berufsgruppen führen. Die mangelhaften strukturellen Veränderungen des Gesundheitswesens der letzten 30 Jahren, gekoppelt mit fortwährenden konjunkturellen Schwankungen und nun stark von der Finanz- und Wirtschaftskrise 2009 getroffen, führten zur Bildung des umstrittenen Gesundheitsfonds. Ferner wurde der Bund der gesetzlichen Krankenkassen gegründet, ein Morbiditäts-Risiko-Struktur-Ausgleich zwischen Gesundheitsfonds und GKV eingeführt usw.

Hinzu kommen weitere angrenzende Gesetze wie z.B. das Pflegeweiterentwicklungsgesetz. Dabei sind klare Tendenzen zur Abschaffung der bewährten ambulanten Versorgung in der jetzigen Form zu erkennen. Nach Ansicht der DGVP steht die ambulante fachärztliche Versorgung bei zahlreichen „Experten“ ebenso zur Disposition wie das Bild des freien Arztberufs. Deutschland ist auf dem Weg zur Staatsmedizin.

Durch die jüngsten Reformgesetze wurden alle Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Kapitalgesellschaften den Auftrag zur Sicherstellung der Versorgung erfüllen werden. Dieses ist nicht im Sinn der Versicherten und Patienten.

Bisher haben es die meisten Gesundheitspolitiker vermieden, die großen Herausforderungen vor denen das Gesundheitssystem steht, und die Konsequenzen für die Bevölkerung wahrheitsgetreu zu beschreiben. Stattdessen war man bemüht, den Kostenträgern und der Gesundheitswirtschaft weitgehenden Bestandsschutz zu bieten, auch wenn dieses zu Lasten der Versicherten geht und derer, die die Patienten medizinisch und pflegerisch betreuen. Wir sind der festen Überzeugung, dass diese Daten und Fakten in der Öffentlichkeit detailliert diskutiert werden müssen. Ziel muss die mutige Veränderung der derzeitigen Strukturen und die Ausrichtung des Gesundheitswesens auf die zukünftigen Anforderungen sein. Dies sind Themen für die Gesamtbevölkerung und nicht nur für die politischen Gremien und Institutionen der Selbstverwaltung. Auch die Organisationen der Wirtschaft müssen sich zur Mitwirkung verpflichten.

In diesem Zusammenhang fordert die DGVP als „Bürgerinitiative Gesundheit“ von der Politik einen ehrlichen Dialog mit der Bevölkerung darüber, ob unser Solidarsystem in der jetzigen Form, das unter anderen demografischen und volkswirtschaftlichen Voraussetzungen entstanden ist, noch Bestand haben kann. Die DGVP fordert den Mut zur Ehrlichkeit und die Bereitschaft zu grundsätzlichen Veränderungen auf der Basis eines gesellschaftlichen Konsenses.

Gesundheitssystemziele

1. Auflösung des Gesundheitsfonds und Wiederherstellung der Eigenständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), jedoch mit der Verpflichtung zur Transparenz der Verwendung von Finanzmitteln der Versicherten und zu den

Verwaltungskosten. Diese müssen auf 5% von den Gesamteinnahmen begrenzt werden.

2. Ausrichtung des Gesundheitssystems auf den regionalen Bedarf und die individuellen Bedürfnisse der Versicherten und Patienten auch durch die aktive Teilhabe und Einbindung der Bevölkerung bei der Entwicklung der Strukturen. (Ergebnis des MetaForums 2009 und Gesundheitspolitische Agenda des Fritz Beske Instituts vom Mai 2009)
3. Erhalt der Kassenärztlichen Vereinigung als Gegenpol zu den Krankenversicherungen und als Verhandlungspartner für die Ärzteschaft. Umstrukturierung der Organisationsstruktur und der Aufgabenstellung der KVen.
4. Anpassung der Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) derart, dass die Versicherten und Patienten als gleichberechtigte Verhandlungspartner ihren Einfluss geltend machen können. Notwendig hierfür ist die ausreichende Stimmberechtigung für Versicherte und Patienten bei den Entscheidungen im G-BA und bei den Empfehlungen des IQWiG. Die Vertreter der Versicherten und Patienten sollten unabhängig von Finanzmitteln und Einflussnahmen der Politik und Krankenkassen sein.
5. Umwandlung des derzeitigen Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen zu einer eigenständigen Institution mit dem Namen „Medizinischer Dienst“. Dies ermöglicht eine unabhängige sachlich fundierte Einflussnahme auf das Gesundheitswesen und bietet Transparenz in den Versorgungsabläufen und der Verwendung der Finanzmittel. Die Finanzierung dieser Institution erfolgt über Steuermittel. Die gesetzlichen Krankenversicherungen werden von diesen Kosten entlastet.
6. Förderung der Prävention vom Kindergarten an bis zum Alten- und Pflegeheim. Die Finanzierung erfolgt aus Steuermitteln. Ziel ist die Steigerung der Eigenverantwortung der Bevölkerung und der Vermeidung von Krankheiten. Der Erhalt von Gesundheit muss in allen Bereichen unserer Gesellschaft in den Vordergrund gestellt werden.
7. Integrierter Gesundheits- und Familienunterricht ab dem 3. Lebensjahr als Pflichtfach in allen Bildungseinrichtungen zur Steigerung des Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung.
8. Erhalt des Solidarprinzips mit Chancengleichheit für jeden Bürger unabhängig von Vermögen und Einkommen. Arbeitgeber und Arbeitnehmer zahlen je 50% der Prämien in die gesetzliche Krankenversicherung.
9. Ausgliederung der krankenversicherungsfremden Leistungen: die gesetzlichen Krankenversicherungen werden von diesen Leistungen (Gesamtsumme im Jahr 2009 rund 48 Milliarden Euro) entbunden. Dies reduziert den weiteren Ausbau von Rationierungen sowie Vergütungskürzungen und lässt auch weiterhin Innovation im Gesundheitswesen zu. (Forderung der Gesundheitspolitischen Agenda von Prof. Beske 2009)
10. Aufhebung der Trennung von Krankenversicherung und Pflegekasse und Integration von Sozialer Pflegeversicherung, medizinischer Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung in die GKV. Mit dieser Maßnahme lassen sich erhebliche Rationalisierungen erzielen. (Dokumentierte Forderung von Prof. Beske aus dem Jahr 2008)
11. Abschaffung der Selektivverträge zwischen Krankenversicherung und unterschiedlichen Behandlern. Anpassung der Kollektivverträge an die Anforderungen der Versicherten und Patienten im Einklang mit den Anforderungen der Behandler und Institutionen.

12. Erhalt des Prinzips der dualen Krankenversicherung aus modifizierter gesetzlicher Krankenversicherung und neu strukturierter privater Krankenversicherung.
13. Umwandlung der dualen Finanzierung für den stationären Bereich in eine monistische Finanzierung. Dies wird durch den Wegfall der nicht krankenversicherungspflichtigen Finanzaufwendungen in Höhe von 48 Milliarden Euro mitfinanziert.
14. Die Einbindung aller Politikfelder in die Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Dazu gehört eine koordinierende Funktion des Gesundheitsministeriums mit den Ministerien: Wirtschaft, Finanzen, Umwelt, Soziales, Verbraucher, Bildung und Forschung, Innenministerium und der Gremien für internationale Belange. Nur so kann ein ressortübergreifendes Handeln erreicht werden. (Ergebnis des MetaForums 2009)
15. Ehrliche Beurteilung und ständige, integrative Einbindung der demografischen und technologischen Entwicklung durch die Politik und Selbstverwaltung in den kommenden Jahren unter Berücksichtigung der Entwicklung der Gesamtbevölkerung und der dementsprechende Ausrichtung der Gesetze und Verordnungen.
16. Schaffung von Planungssicherheit im Gesundheitswesen durch langfristig ausgelegte, zielvorgabende Überlegungen unter Berücksichtigung der finanziellen Möglichkeiten und der Anforderungen an das Gesundheitswesen.
17. Förderung dezentraler regionaler Strukturen und Abbau zentraler Strukturen mit dem Ziel der Flexibilisierung und Freisetzung von Effektivitätsreserven und dem Abbau von Bürokratie sowie der Anpassung an den Bedarf der Bevölkerung in der jeweiligen Region.
18. Abbau von Überkapazitäten und Verlagerung zu einer bedarfsgerechten, wohnortnahen und flächendeckenden Versorgungsqualität.
19. Neuformulierung der nachfolgenden Aussagen im Wirtschaftlichkeitsgebot nach §12, Abs. 1 SGB V und Änderung von wirtschaftlich in effektiv für die Erreichung des Zieles ausreichend in gut nach den Prinzipien der good clinical practice-Grundsätzen notwendig in sachlich richtig und korrekt nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin an das kranke Individuum angepasst zweckmäßig in dem Erreichen des Behandlungszieles angemessener Qualität
20. Überarbeitung aller Gesetze und Verordnungen mit dem Ziel der Effizienz-Steigerung in allen Bereichen des Gesundheitswesens und mit positiven Auswirkungen auf das Sozialsystem in Deutschland und die Volkswirtschaft.
21. Evaluation aller Gesetzesvorhaben und Verordnungen des Bundes und der Länder bezogen auf den Gesundheitsbereich durch unabhängige Institute vor der Verabschiedung. Dies dient der Versachlichung und vermeidet die bisherigen und anhaltenden Irritationen.

Versorgungsziele

1. Integrierte regionale Versorgungsstrukturen – Medizin/ Pflege/ Rehabilitation/ Therapie – mit größtmöglicher Feinabstimmung der Kommunikation und Koordination der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung.
2. Freie Wahl des Behandlers oder der stationären Einrichtung. Dazu werden regionale Datenstrukturen zur Information der Versicherten und Patienten zur Verfügung gestellt, in denen die Einzel- und Gesamtleistungen der Region dargestellt sind.
3. Stopp der eGK und eGA in der jetzigen Form. Die Datenhoheit hat der Versicherte. Ziel ist durch funktionelle datenschutzrechtlich gesicherte Informationstechnologie eine schnellere, bessere und sichere Versorgung der Versicherten und die Entlastung der Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheitswesens zu erreichen. Die Finanzierung erfolgt wie beim Personalausweis über Gebühren und Steuermittel.

4. Gründung einer Genossenschaft durch Versicherte und Patienten. Aufgaben der Genossenschaft sind u.a. die Datenspeicherung der gesundheitsbezogenen Daten. Einrichtung eines Internetportals zu Informationen der gesundheitlichen Versorgung durch die Genossenschaft. Der Medizinische Dienst wird die Internet-Plattform intensiv unterstützen ohne Zugriff auf die gespeicherten Patientendaten.
5. Effektive Nutzung der Informationstechnologie mit einer Schnittstellenpflicht zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und zwischen den diversen Berufsgruppen. Die Investitionen dazu werden durch Steuervergünstigungen gefördert.
6. Leistungsgerechte und dem Aufwand entsprechende Vergütung für die Behandlung der Versicherten und Patienten bezogen auf alle Berufsgruppen und Institutionen sowie Einbezug von Vergütungen für Aufwendungen für administrative Aufgaben und für Investitionen.
7. Installation eines bedarfsgerechten Leistungskatalogs unter Nutzung evidenzbasierter Leitlinien (wissenschaftlich fundierter Behandlungsformen), eine Flexibilisierung bei der Aufwandsbemessung (Zeit, Kosten) nach oben und unten wird ermöglicht. Damit soll die Individualität der Behandlung des einzelnen Menschen gesichert werden, da Standards dazu nicht angebracht sind, geschweige denn pauschalierte Leistungsstrukturen. Die Erarbeitung erfolgt im umstrukturierten G-BA.
8. Erhebliche Ausweitung des Dialogs Behandler/ Patient zur Erhöhung der Patienteneinbindung in die Therapie/ Patientencompliance und der damit verbundenen Vergütung für die Berufsgruppen und Institutionen. Diese Kosten und Zeiten werden in den evidenzbasierten Leitlinien festgelegt und gewähren Abweichungen von 20% nach oben und unten.
9. Erhalt der finanziellen Eigenverantwortung der niedergelassenen Ärzte, Therapeuten und der Pflege sowie Abbau der ausufernden Förderung von kommunalen, caritativen Einrichtungen zu Lasten der motivierten privaten Initiative. Verhinderung der Übernahme der ambulanten Versorgung durch Kapitalgesellschaften.
10. Erhalt der wohnortnahen ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung. Die ambulante Behandlung wird in der Regel nicht von den stationären Einrichtungen durchgeführt, es sei denn bedarfshalber durch spezielle Ermächtigung durch die KVen. Auf- und Ausbau von 24stündigen medizinischen, notfallmedizinischen und pflegerischen Versorgungsstrukturen in der Region durch niedergelassene Ärzte, Therapeuten und Mitarbeiter der Pflege. Diese Leistungen müssen von den Krankenversicherungen auch vergütet werden, da die Versicherungen von den Kosten der stationären Einrichtungen partiell entlastet werden.
11. Intensivierung der interdisziplinären und interaktiven Versorgungsforschung unter Berücksichtigung der technologischen Entwicklung und nationaler wie internationaler Erkenntnisse. Die Ergebnisse werden für die regionale Versorgung kontinuierlich zur Verfügung gestellt und werden in die evidenzbasierten Leitlinien eingebaut.
12. Wegfall der Ausschreibungen und Rabattverträge für Medikamente und Hilfsmittel verbunden mit dem Abbau von administrativem Aufwand und unkontrollierbarer Compliance.
13. Transparenz zur Qualität der Versorgungsleistung durch die Prüfmethode des Medizinischen Dienstes als oberste Institution für die Kontrolle und Steuerung im Gesundheitswesen, die sich an den evidenzbasierten Leitlinien orientieren und die Individualisierung der Versorgung der Patienten fördern.
14. Kostenerstattung mit Selbstbeteiligung als Prinzip der Abrechnung von Leistungen für Versicherte und Patienten und zur Transparenz für die Bürger. Die Zahlung erfolgt nach Kenntnisnahme und Unterschrift durch den Patienten über die Krankenversicherung an die Institution der Behandlung. Die Abrechnung der

Selbstbeteiligung erfolgt über die KV oder eine ärztliche Verrechnungsstelle. Der Bürger erhält durch die Kostenaufstellung zu seiner Behandlung Einblick in die Kostenstrukturen und soll somit in seinem Verhalten als Nutzer des Systems mündiger werden.

15. Abschaffung von Rezeptgebühr, Praxisgebühr und prozentualer Zuzahlung mit dem Ziel den bürokratischen Aufwand zu beseitigen. Diese Gebühren sind integrativer Bestandteil des Selbstbeteiligungssystems.
16. Abschaffung der Versicherungsgrenze mit mehr Freiheit für die Bevölkerung zur Entscheidung der Krankenversicherung, auch in Verbindung mit anderen Sozialversicherungen.
17. Abschaffung des Basistarifs der Privaten Krankenversicherung (PKV).
18. Verkürzung der Wartezeit zur Aufnahme in die private Krankenversicherung auf ein Jahr.
19. Abschaffung der Wahltarife der gesetzlichen Krankenversicherung, da diese nicht dem gesetzlich vorgeschriebenen Versorgungsauftrag der GKV entsprechen und eine Mischform zwischen GKV und PKV darstellen. Diese Tarife werden von der PKV angeboten und können dort individuell von jedem Bürger abgeschlossen werden.
20. Abschaffung des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherungen und Reorganisation der gesetzlichen Krankenversicherungen als Dienstleister für die Behandler und Versorgungsinstitutionen sowie die Versicherten in ihrer Funktion als Kunden der Versicherung.
21. Abschaffung des staatlich festgelegten einheitlichen Beitragssatzes und Herstellung eines freien Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungen ohne staatliche Eingriffe.
22. Abschaffung des Morbiditäts-Risiko-Struktur-Ausgleich und Ersatz der Vergütung durch die Anpassung mit evidenzbasierten Leitlinien, also eine Vergütung für den individuellen Aufwand bei dem einzelnen Patienten.
23. Erhalt und Ausbau von regionalen Strukturen der GKV und Pflicht zur Beratung der Versicherten und Patienten = Kunden zum Versicherungsschutz.
24. Einführung einer Grundversorgung für alle auf der Grundlage der evidenzbasierten Leitlinien durch Entscheidungen des umstrukturierten G-BA und der Möglichkeit der Nutzung von Sonderleistungen durch gesonderte Versicherungsvereinbarungen für jeden Bürger.
25. Rückführung der staatlichen Eingriffe der letzten Jahre auf eine Vereinfachung der Regeln der Versorgung. Weniger staatliche Regulierung und mehr Flexibilität in allen Bereichen des Gesundheitswesens – jedoch mit starker regionaler Kontrolle des Medizinischen Dienstes
26. Umwandlung des G-BA in ein Gremium mit 50% stimmberechtigten Mitgliedern der Versicherten und Patienten mit Vetorecht für die Patienten und Versicherten bei Gleichheit der Stimmen. Wegfall der Sozialwahlen, da diese sich in der Funktion nicht bewährt haben.
27. Die Vereinfachung der Förderung der Selbsthilfeorganisationen, damit die ehrenamtlichen Kompetenzen und Aktivitäten intensiver genutzt werden können.
28. Umstrukturierung der unabhängigen Patientenberatung gGmbH und zwar ohne einseitige finanzielle Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen und somit Abhängigkeit von denselben.

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. - Bürgerinitiative Gesundheit Juli 2009

Pressekontakt

Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.
Lehrstr. 6, 64646 Heppenheim
Postfach 1241, 64630 Heppenheim

Tel. 06252-94298-0, Fax. 06252-94298-29
Mobil: 0172-7140196
E-Mail: info@dgvp.de
Internet: www.dgvp.de

<http://www.medcom24.de/node/4725>

572 Herz 34 · 2009 · Nr. 7

BNK

Fritz Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel

Dringender Handlungsbedarf: Gesundheitswesen muss sich auf die älter werdende Bevölkerung einstellen

Mit der „Morbiditätsprognose 2050 – Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig-Holstein“ stellte das Fritz Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) in Kiel Hochrechnungen für 22 Krankheiten bis zum Jahr 2050 vor.

Die Erfahrungen mit dem GKV-Modernisierungsgesetz und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz machen eine weitere Gesundheitsreform dringend erforderlich. „Es darf keine weitere Reform im Gesundheitswesen, keine neue Gesetzgebung mehr geben, die sich nicht daran orientiert, was an Problemen auf die Gesundheitsversorgung aufgrund der demographischen Entwicklung zukommt. Die jüngste Gesetzgebung im Gesundheitswesen hat nicht einmal im Ansatz eine Orientierung an Problemen der Gesundheitsversorgung von morgen erkennen lassen“, so Prof. Dr. med. Fritz Beske vom IGSF in Kiel bei der Vorstellung der „Morbiditätsprognose 2050“.

Neben nationalen Daten wurden in dieser Studie auch internationale Daten herangezogen. Die Auswahl der 22 Krankheiten orientiert sich an deren Häufigkeit und Schwere sowie an Art, Umfang und Validität der gewonnenen Daten und damit an der Möglichkeit, eigene Hochrechnungen mit belastbaren Ergebnissen durchzuführen.

Die Ergebnisse können in ihren Auswirkungen auf den Versorgungsbedarf sowohl hinsichtlich der finanziellen Mittel als auch im Hinblick auf das erforderliche Arbeitskräftepotential bei ständiger Abnahme der im Erwerbsleben stehenden Altersgruppe als dramatisch bezeichnet werden.

Bevölkerungsentwicklung

Die Hochrechnung für die ausgewählten Krankheiten erfolgte auf der Grundlage der Bevölkerungsentwicklung für Deutschland insgesamt und auf der jeweiligen Grundlage der Bevölkerungsentwicklung für Brandenburg und Schleswig-Holstein.

- Die Bevölkerung geht von 82,2 Mio. im Jahr 2007 auf 68,8 Mio. im Jahr 2050 zurück, ein Minus von 13,4 Mio.
- Im gleichen Zeitraum nimmt die nachwachsende Generation, die Altersgruppe unter 20 Jahren, von 15,9 auf 10,4 Mio. ab, ein Minus von 5,5 Mio.
- Die Altersgruppe im erwerbsfähigen Alter und damit diejenigen, die überwiegend das Bruttosozialprodukt erarbeiten, Steuern und Versicherungsbeiträge zahlen und das Arbeitskräftepotential für alle Berufe und damit auch für die Berufe im Gesundheitswesen stellt, geht von 49,8 auf 35,5 Mio. und damit um 14,3 Mio. zurück.
- Die Altersgruppe 65 Jahre und darüber nimmt von 16,5 auf 22,8 Mio. und damit um 6,3 Mio. zu. Besonders auffällig ist die Zunahme der Altersgruppe 80 Jahre und darüber, die Hochbetagten, von 3,9 auf 10 Mio. und damit um 6,1 Mio. Eindrucksvoll ist die prozentuale Entwicklung. Die nachwachsende Generation nimmt um 35% und die Zahl der Erwerbsfähigen um 29% ab. Die Zahl der nicht mehr Erwerbsfähigen nimmt dagegen um 38% und die Zahl der Hochbetagten um 156% zu, ein Ausdruck der weiter steigenden Lebenserwartung. Der Altenquotient ist die statistische Relation der Altersgruppe 20–64 Jahre zur Altersgruppe 65 Jahre und darüber. Der Altenquotient halbiert sich von 3 zu 1 auf 1,6 zu 1, was bedeutet, dass heute für einen, der nicht mehr erwerbsfähig ist, drei Erwerbsfähige zur Verfügung stehen. 2050 stehen nur noch 1,6 Erwerbsfähige für einen nicht mehr Erwerbsfähigen zur Verfügung.

Entwicklung von 22 Krankheiten bis 2050

Die absoluten Zahlen der Erkrankten im Jahr 2007 und der zu erwartenden Erkrankten im Jahr 2050 geben einen Hinweis auf den notwendigen organisatorischen, personellen und finanziellen Bedarf. • Altersbedingte Makuladegeneration: Zunahme der Erkrankten um 125% von 710 000 im Jahr 2007 auf 1,6 Mio. im Jahr 2050.

Pressemitteilungen

25. August 2009

Neue Studie zur Gesundheitsversorgung:

In 10 Jahren wird es im Gesundheitswesen finanziell und personell ganz eng

“Es darf keine weitere Reform im Gesundheitswesen, keine neue Gesetzgebung mehr geben, die sich nicht an der demografischen Entwicklung orientiert“, so Prof. Dr. med. Fritz Beske vom IGSF in Kiel bei der Vorstellung einer neuen Studie des Instituts mit dem Titel „Morbidityprognose 2050 – Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig-Holstein“, eine Hochrechnung der Morbidität für 22 Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig-Holstein bis 2050. Demografische Entwicklung und medizinischer Fortschritt stellen sowohl hinsichtlich der benötigten finanziellen Mittel als auch der personellen Ressourcen Anforderungen an die Gesundheitspolitik, die nach Ansicht des Wissenschaftlers nicht länger ignoriert werden dürfen.

Die [Kurz-](#) und [Langfassung](#) der Pressemitteilung finden Sie hier.

<http://www.igsf.de/html/pm98-100.HTM>

13.05.2009

**Alter und Gesellschaft - Eine Umfrage bei Mitgliedern der DAK zu Schwierigkeiten mit der Umwelt im Alltag
Band 113 der Schriftenreihe**

Eine Umfrage unter Versicherten der DAK hat ergeben, dass die Gesellschaft noch nicht auf den demografischen Umbruch vorbereitet ist. Es gibt eine neue Zielgruppe, die ein Umdenken notwendig macht.

[Die Pressemitteilung dazu finden Sie hier.](#)

12.05.2009

**Gesundheitspolitische Agenda 2009 - Für ein verlässliches, solidarisches und gerechtes Gesundheitswesen - Ein Handlungskonzept -
Band 112 der Schriftenreihe**

Für ein verlässliches Gesundheitswesen

Vor dem Hintergrund der aktuellen wirtschaftlichen Entwicklung haben viele Bürger Angst um ihre Zukunft. Jetzt kommen Meldungen dazu, die Zweifel an der Stabilität und der Bezahlbarkeit der Gesundheitsversorgung schüren. Die Bürger fragen sich, ob sie dann, wenn sie ernsthaft oder chronisch krank sind, auch das erhalten, was sie an medizinischen Leistungen brauchen und ob sie es auch bezahlen können.

„Nur Klarheit und eine Perspektive gibt Sicherheit. Die Bevölkerung muss wissen, was die künftigen Probleme sind und wie eine für jeden finanzierbare Gesundheitsversorgung auch in Zukunft möglich ist“, so eine Arbeitsgruppe bei der Vorstellung der 150 Seiten umfassenden Gesundheitspolitischen Agenda 2009 in

Berlin, die detaillierte Vorschläge zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems enthält.

Die [kurze](#) und [lange](#) Pressemitteilung stehen hier zur Verfügung.

02.04.2009

**Zuzahlungen im Gesundheitswesen - Grundlagen, internationaler Vergleich und Konzept für die Gesetzliche Krankenversicherung
Band 111 der Schriftenreihe**

Zuzahlungen: Klare Regeln für Ärzte und Patienten gefordert

Viele Versicherte beklagen, dass die Gesetzliche Krankenversicherung zunehmend unüberschaubar wird. Einen nicht unerheblichen Anteil an diesem Eindruck haben die Zuzahlungsregelungen mit einer immer weitergehenden Differenzierung einschließlich Ausnahme- und Härtefallregelungen.

„Zuzahlungen gibt es in allen Industrienationen, aber gerade in Deutschland sind die Regelungen und ihre Auswirkungen nahezu unübersehbar“, so Prof. Fritz Beske, Leiter des IGSF Kiel, bei der Vorstellung einer neuen Studie des renommierten Kieler Instituts.

„Wir brauchen klare und einsehbare Regelungen bei den Zuzahlungen. Dabei gilt es, den am meisten vom Zuzahlungswirrwarr betroffenen chronisch Kranken und ihren Ärzten klare Perspektiven aufzuzeigen, damit das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht durch ständige Diskussionen über Ausnahme und Härtefallregelungen belastet wird. Dies dient auch dem Bürokratieabbau. Deshalb empfehlen wir, die Belastungsgrenze von chronisch Kranken durchgehend und ohne Ausnahmeregelungen auf 2 Prozent des Bruttoeinkommens festzusetzen.“

Die Pressemitteilungen als [kurze](#) und [lange](#) Fassung können Sie hier herunterladen.

16.10.2008

**Zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung – Auswirkungen politischer Entscheidungen auf die Finanzsituation der Gesetzlichen Krankenversicherung
Band 110 der Schriftenreihe**

Gesundheitspolitik: Weiter in die falsche Richtung

Ab dem 1. Januar 2009 gilt für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), was schon heute für andere Sozialsysteme gilt: Die Verantwortung für die Höhe des Beitragssatzes liegt bei Politik und Staat. Mit der Entscheidung des Kabinetts wurde letzte Woche der Beitragssatz auf 15,5 Prozent festgelegt.

Bislang wurden in aller Regel Ärzte, Krankenhäuser, Industrie und die Krankenkassen für die finanziellen Probleme der GKV verantwortlich gemacht. Die Verantwortung der Politik ist dagegen nur wenigen Fachleuten bekannt. So belasten

nach heutigem Stand politische Entscheidungen die GKV zur Entlastung anderer Sozialsysteme und des Staates mit 45,5 Milliarden Euro pro Jahr. Würde diese Quersubventionierung (Verschiebebahnhof) entfallen, könnte der Beitragssatz um 4,55 Beitragssatzpunkte und damit von 14,9 auf 10,35 Prozent gesenkt werden.“

Die jetzt beschlossene Beitragssatzerhöhung belastet insbesondere die Rentner, die nicht von der Absenkung des Beitragssatzes der Arbeitslosenversicherung profitieren, und nimmt den Menschen das Vertrauen in die Politik, die seit Jahren erklärt, dass der Beitrag zur Krankenversicherung eher gesenkt werden soll, zumindest aber ausreichend ist.

Die Pressemitteilungen als [Kurz-](#) und [Langfassung](#) können Sie hier herunterladen.

16.04.2008

Integration von Sozialer Pflegeversicherung und medizinischer Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung in die Gesetzliche Krankenversicherung – Ein Rationalisierungskonzept – Band 109 der Schriftenreihe

Kranken- und Pflegeversicherung vereinigen

„Das deutsche Gesundheits- und Sozialwesen in seiner jetzigen Form ist nicht auf die demographischen Veränderungen vorbereitet“, so Prof. Fritz Beske. Bis zum Jahr 2050 erwartet er eine Verdoppelung der Ausgaben für Krankheitskosten, die von den dann erwerbstätigen Personen aufgebracht werden müssen. Zusätzlich muss mit einer Verdreifachung der Kosten für die Pflege gerechnet werden.

„Viele der 2 Millionen Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen erleben bei der Beantragung von Leistungen tagtäglich, wie die Verantwortung zwischen Pflege- und Krankenkassen hin- und hergeschoben wird. Die meisten Pflegebedürftigen sind chronisch krank, oft multimorbide. Sie brauchen neben der pflegerischen Betreuung eine ständige ärztliche Betreuung. Es bietet sich daher an, die Zuständigkeiten von Gesetzlicher Krankenversicherung und Sozialer Pflegeversicherung zusammenzuführen“, so Prof. Beske. Mit der neuen Studie empfiehlt das IGSF die Integration von Sozialer Pflegeversicherung und medizinischer Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung in die Gesetzliche Krankenversicherung.

Die Pressemitteilungen als [Kurz-](#) und [Langfassung](#) können Sie hier herunterladen.

20.09.2007

**Gesundheitsversorgung 2050 – Prognose für Deutschland und Schleswig-Holstein
Band 108 der Schriftenreihe**

Veränderte Altersstruktur belastet besonders 30-Jährige

Ergebnis einer Hochrechnung über die Gesundheits- und Pflegeversorgung bis 2050: Die unaufhaltsame Veränderung der Altersstruktur in Deutschland wird besonders die künftigen Generationen finanziell und personell stark belasten.

Bis zum Jahr 2050 wird eine Verdoppelung der Ausgaben für Krankheitskosten erwartet, die von den dann erwerbsfähigen Person aufgebracht werden muss. Zusätzlich muss mit einer Verdreifachung der Kosten für die Pflege gerechnet werden. Ausgelöst wird diese dramatische Entwicklung durch die zwangsläufige Zunahme von altersbedingten Erkrankungen wie Demenz, Krebs, Diabetes und Herz-Kreislaufkrankungen bei einer abnehmenden Zahl von Personen im erwerbsfähigen Alter (20 bis 64 Jahre). Die Generation der heute ca. 30-Jährigen steht dabei vor besonderen Belastungen. Einerseits muss sie die Lasten der geburtenstarken Jahrgänge tragen und gleichzeitig muss sie für die eigene Zukunft vorsorgen. Aus seiner Sicht ist es nicht vorstellbar, dass die zukünftigen Anforderungen ohne Einschränkungen im persönlichen Bereich bewältigt werden können. Bei Gesundheit und Pflege wird eine Prioritätensetzung von Leistungen unumgänglich sein.

Die Pressemitteilungen [in kurzer](#) und [langer Fassung](#) stehen als PDF-Datei zur Verfügung.

06.12. 2006

**Neubestimmung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung
- Ein Handlungskonzept
Band 107 der Schriftenreihe**

Gesetzliche Krankenkassen: Mehr Geld oder weniger Leistung

Die Prognosen sprechen eine klare Sprache: Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen wird auf Dauer nicht ausreichen, um die Versicherten am medizinischen Fortschritt teilhaben zu lassen. Schon heute verbuchen die Krankenkassen Milliardenverluste.

„Bei begrenzten Mitteln gibt es nur zwei Möglichkeiten, um politisch gewollte neue medizinische Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) umzusetzen: Entweder mehr Geld ins System oder aber bestehende Leistungen kürzen. Niemand, der verantwortungsbewusst handelt, kann auf Dauer mehr Geld ausgeben als er verdient.“ Mit dieser einfachen Wahrheit fordert Prof. Fritz Beske, Leiter des IGSF in Kiel und renommierter Gesundheitsexperte, den Beginn einer öffentlichen Diskussion über eine Neubestimmung und strukturelle Umgestaltung des Leistungskatalogs der GKV. Diese Forderung wird auch von anderen, so vom Nationalen Ethikrat, erhoben. Da eine derartig schwierige Diskussion nur mit konkreten Vorschlägen angestoßen werden kann, macht der Kieler Experte mit der soeben vorgestellten Studie „Neubestimmung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung Ein Handlungskonzept“ eine Reihe konkreter Vorschläge.

Die Pressemitteilungen [in kurzer](#) und [langer Fassung](#) stehen als PDF-Datei zur Verfügung.

03. Mai 2006

**Das GKV-Modernisierungsgesetz – GMG und seine Auswirkungen. Eine kritische Analyse
Band 106 der Schriftenreihe**

Gesundheitsreform: Keine weiteren Experimente

Jedes seriös arbeitende Wirtschaftsunternehmen untersucht in regelmäßigen Abständen die Auswirkungen bisheriger unternehmerischer Entscheidungen. Nicht so die Gesundheitspolitik in Deutschland. Die Große Koalition will das Gesundheitswesen auf der Grundlage des GKV-Modernisierungsgesetzes GMG weiterentwickeln, denn, so Bundesgesundheitsministerin Schmidt und das Bundesgesundheitsministerium: "Die Reform wirkt." Erfolge des GMG seien Beitragssatzstabilität, Verbesserung von Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung und anderes mehr. Bewiesen wird nichts. Der Nachweis für die Wirksamkeit fehlt.

Die Pressemitteilungen [kurz](#) und [lang](#) stehen als PDF-Datei zur Verfügung

28. September 2005

**Finanzierungsdefizite in der Gesetzlichen Krankenversicherung Prognose 2005–2050
Band 105 der Schriftenreihe**

Krankenkassenbeiträge werden weiter steigen

Von entscheidender Bedeutung für die Entwicklung der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung ist nach Meinung des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel der medizinische Fortschritt, d.h. neue Arzneimittel, neue Behandlungsmethoden und moderne Medizintechnik.

Schon heute gibt es eine Reihe von Finanzierungs- und Versorgungsdefiziten im Gesundheitswesen gibt.

Die Pressemitteilungen [kurz](#) und [lang](#) stehen als PDF-Datei zur Verfügung.

31. August 2005

**Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. Eine Analyse von 14 Ländern
Band 104 I + II der Schriftenreihe**

Deutschlands Gesundheitswesen ist effizient und preiswert

Das deutsche Gesundheitswesen wird von seinen Kritikern als teuer und ineffizient bezeichnet. "Mercedes zahlen und VW fahren" - kaum ein anderer Slogan ist in den

letzten Jahren so häufig für das Verhältnis von Preis und Leistung im deutschen Gesundheitswesen benutzt worden. Der Beweis für diese Behauptung wurde nie erbracht.

Die [Pressemitteilung kurz](#) und [lang](#) können Sie hier als PDF-Datei herunterladen.

19. April 2005

**Prävention. Ein anderes Konzept
Band 103 der Schriftenreihe**

Prävention wird kein Geld sparen

“Es gibt keine Beweise dafür, dass Prävention insgesamt Kosten senken wird“, so Prof. Dr. med. Fritz Beske. “Die gesundheitliche Prävention ist ein Wert an sich, kann die Lebensqualität erhöhen und das Leben verlängern!“ Gerade die Frage der Lebensverlängerung macht die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen dann nicht mehr kalkulierbar. Es gibt weltweit keine Studie, mit der durch Prävention Einsparungen für ein Gesundheitswesen errechnet oder nachgewiesen werden können.

Die Pressemitteilung hierzu [in der Kurz-](#) und [Langfassung](#) können Sie hier als PDF-Datei herunterladen.

8. Dezember 2004

**Veränderungsoptionen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bürger-
versicherung, Kopfpauschale und andere Optionen im Test.
Band 102 der Schriftenreihe**

Kopfpauschale oder Bürgerversicherung: unkalkulierbare Folgen

Die politische Diskussion über die Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung reduziert sich überwiegend auf die beiden Schlagworte „Bürgerversicherung“ oder „Kopfpauschale / Gesundheitsprämie“. Dabei geht es der Politik um die Veränderung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Was nicht diskutiert wird, sind die mit der Umsetzung dieser Konzepte verbundenen Probleme und Auswirkungen. Das Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) Kiel hat diese Problematik aufgearbeitet.

Die Pressemitteilung in [Kurz-](#) oder [Langfassung](#) können Sie hier als PDF-Datei herunterladen.

12. Oktober 2004

**Zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Politische Entschei-
dungen 1977 – 2004 und andere Tatbestände
Band 101 der Schriftenreihe**

Politik verursacht höhere Beiträge in der GKV

Die Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind in den letzten Jahren ständig gestiegen, so dass sich die Politik 2003 parteiübergreifend veranlasst sah, mit dem Gesundheits-Modernisierungsgesetz (GMG) den Versuch zu unternehmen, den Beitragssatz der GKV zu senken. Als Schuldige wurden neben den üblichen Verdächtigen, den Ärzten, Apothekern, Krankenhäusern und der Pharmaindustrie, auch die Patienten identifiziert.

„Rund 8 Milliarden Euro werden der gesetzlichen Krankenversicherungen dieses Jahr durch politische Entscheidungen entzogen, nächstes Jahr werden es knapp 11 Milliarden Euro sein“, so Prof. Fritz Beske vom IGSF. Mit seiner neuen Studie hat das Institut die finanziellen Auswirkungen politischer Entscheidungen der letzten 27 Jahre untersucht und beziffert.

Die Pressemitteilung in [kurzer](#) oder [langer](#) Fassung können Sie hier als PDF-Datei herunterladen.

19. April 2004

**Das Gesundheitswesen in Deutschland im internationalen Vergleich.
Eine Antwort auf die Kritik
Band 100 der Schriftenreihe**

International steht Deutschlands Gesundheitswesen gut da

Der Vergleich „Mercedes zahlen und Volkswagen fahren“ wird in der öffentlichen Diskussion immer wieder benutzt, um das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich als teuer und nur mittelmäßig leistungsfähig darzustellen. Grundlage dieser Behauptung sind im Wesentlichen eine Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Deutschland im internationalen Vergleich nur Platz 25 zuweist sowie Statistiken der OECD und andere internationale statistische Vergleiche.

Die Pressemitteilung [kurz](#) und [lang](#) können Sie hier als PDF-Datei herunterladen.

[Neue Erkenntnisse zeigen: Selen hilft auch der Schilddrüse!](#)

- [Krankenstand in Deutschland gestiegen - Arbeitnehmer bleiben häufiger krank zu Hause](#)
- [Nüsse, Marzipan, Glühwein – Zahngefahren zur Weihnachtszeit](#)
- [Neuer Schwung für die Venen - Regelmäßiger Sport beugt Krampfadern vor](#)
- [Ärzttehandbuch über Einfluss von Mobilfunk auf die Gesundheit](#)

Media- / Nutzungsdaten

[November \(50.012 Seitenaufrufe\)](#)

Oktober (36.737 Seitenaufrufe)

Trendbarometer 2008 / 2009