
Es ist wichtig, für die Zukunft eine richtige Prognose zu stellen.

Noch wichtiger ist es, für die Zukunft richtig vorbereitet zu sein.

Sechs Entwicklungslinien in Gesundheit und Pflege

– Analyse und Lösungsansätze –

Fritz Beske

Kiel
Februar 2011

Schriftenreihe Band 119

Herausgeber:

Fritz Beske Institut
für Gesundheits-System-Forschung Kiel
Weimarer Str. 8
24106 Kiel
Telefon (04 31) 800 60-0
Fax: (04 31) 800 60-11
E-mail: info@igsf-stiftung.de
Internet: www.igsf-stiftung.de

Verfasser:

Beske, Fritz

Prof. Dr. med., MPH
Direktor
Fritz Beske Institut
für Gesundheits-System-Forschung Kiel

Unter Mitarbeit von:

Bruckmann, Ingrid

Bibliotheksassistentin
Mitarbeiterin des Fritz Beske Instituts
für Gesundheits-System-Forschung Kiel

Vorwort

Die wissenschaftliche Politikberatung im Gesundheitswesen hat im Gegensatz zur Politik den Vorteil, Situationen, Entwicklungstendenzen und Probleme ohne die Gefahr anzusprechen, hierfür kritisiert zu werden mit der Forderung, umgehend Lösungen anzubieten. Dies verpflichtet aber andererseits die Politikberatung, solche Themen auch aufzugreifen. Hierzu gehört der Blick in die fernere Zukunft mit den Aufgaben, die sich hieraus ergeben. Dies trifft auf die hiermit vorgelegte Arbeit zu. Es sollen Entwicklungslinien in der Gesundheitsversorgung und in der Versorgung Pflegebedürftiger aufgezeigt werden mit einer Zusammenschau, die sich aus diesen Entwicklungslinien ergibt, und mit Lösungsansätzen, die dazu dienen eine Diskussion in Gang zu setzen, die erforderlich ist, um sich auf die Zukunft vorzubereiten. Es ist ein Appell an die Politik, die hier dargestellte Problematik nicht länger zu ignorieren, die Probleme auf den Tisch zu legen und nicht aufzuhören, sich mit diesen Problemen zu beschäftigen, ohne gleich verpflichtet zu sein, ein Konzept für die Lösung dieser Probleme vorlegen zu müssen. Dies ist in der heutigen Situation und bei dem heutigen Wissensstand auch nicht möglich. Dennoch: Es lassen sich Probleme lösen, wenn man es denn will. Und damit ist politische Energie, nicht politische Dialektik gefordert, ein vorrangiges Ziel zu erreichen: Eine bedarfsgerechte Versorgung in Gesundheit und Pflege bei begrenzten Ressourcen.

Kiel, Februar 2011

Fritz Beske

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Abbildungsverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis	8
Zusammenfassung	9
1 Einführung	17
2 Sechs Entwicklungslinien	19
2.1 Vorbemerkung	19
2.2 Demografischer Wandel	19
2.3 Morbidität und Versorgungsbedarf	28
2.4 Medizinischer Fortschritt	32
2.5 Fachkräftemangel	33
2.6 Versorgungsstruktur Pflegebedürftiger	35
2.7 Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung	36
2.7.1 Vorbemerkung	36
2.7.2 Gesetzliche Krankenversicherung	36
2.7.3 Soziale Pflegeversicherung	40
2.8 Zusammenschau	42
3 Lösungsansätze	45
3.1 Vorbemerkung	45
3.2 Integrative Regionalisierung	46
3.3 Integration von Gesetzlicher Krankenversicherung, Sozialer Pflegeversicherung und Rehabilitation	48
3.4 Abgestufte professionelle Versorgung	49
3.5 Innovationen	50
3.6 Ausgabenbegrenzung	51
3.7 Rationierung und Priorisierung	52
3.8 Schlussbemerkung	54
Anhang Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel	57

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Lebensbaum der deutschen Bevölkerung 1900, 1950, 2009 und 2060	21
Abbildung 2	Bevölkerungsentwicklung in den drei Altersgruppen 0 bis 19 Jahre, 20 bis 66 Jahre und 67 Jahre und älter 2009 bis 2060	24

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Bevölkerungsentwicklung in drei Altersgruppen 2009 bis 2060 in 10-Jahresabständen	22
Tabelle 2	20-Jährige 2010 bis 2060 in 10-Jahresabständen	23
Tabelle 3	Durchschnittliche Rentenbezugsdauer in der Gesetzlichen Rentenversicherung 1960 bis 2007, Westdeutschland 1960 bis 1990, Deutschland 1995 bis 2007	26
Tabelle 4	Prävalenz oder Inzidenz von 22 Krankheiten 2007, 2030 und 2050 absolut und prozentuale Veränderung zu 2007	29
Tabelle 5	Durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung in 10-Jahresabständen 2008 in Euro	36

ZUSAMMENFASSUNG

Es ist Aufgabe der wissenschaftlichen Politikberatung im Gesundheitswesen, Themen aufzugreifen, die in die Zukunft weisen und die von der Politik nur zögerlich angegangen werden. Erforderlich sind belastbare Daten und konkrete Vorschläge für die Lösungen der auf die Gesellschaft zukommenden Probleme. Erforderlich ist aber vor allen Dingen, dass die Politik nicht weiter zögert, diese Probleme öffentlich zu machen, um in einem gesellschaftlichen Prozess Lösungen für diese Probleme zu finden.

Sechs Entwicklungslinien

1. Demografischer Wandel. Bevölkerungsentwicklung von 2009 bis 2060 je nach Annahme unterschiedlicher Varianten (abgerundete Zahlen):

- Abnahme der Bevölkerungszahl von 82 auf 65 Millionen, minus 17 Millionen
- Abnahme der nachwachsenden Generation, 0 bis 19 Jahre, von 15 auf 10 Millionen, minus 5 Millionen
- Abnahme der Altersgruppe im erwerbsfähigen Alter, 20 bis 66 Jahre, von 51 auf 34 Millionen, minus 17 Millionen
- Zunahme der Altersgruppe im nicht mehr erwerbsfähigen Alter, 67 Jahre und älter, von 15 auf 20 Millionen, plus 5 Millionen.

Ein Indikator für diese Entwicklung ist der *Altenquotient*. Für *Erwerbstätige* bedeutet dies, dass heute drei Erwerbstätige für einen der nicht mehr Erwerbstätigen arbeiten; ab 2050 beträgt die Relation statt 3:1 nur noch 1:1.

Ein zweiter Indikator ist die *Lebenserwartung*, die von 1900 mit 41 Jahren für Jungen und 44 Jahren für Mädchen bis 2060 auf bis zu 88 Jahren für Jungen und 91 Jahre für Mädchen steigen kann.

Die *Rentenbezugsdauer* hat sich kontinuierlich erhöht und erhöht sich weiter. Die Höhe des *Renteneintrittsalters* steht damit weiter zur Disposition.

2. Morbidität und Versorgungsbedarf. Es nimmt zu die Multimorbidität mit einem höheren Versorgungsbedarf und höheren Kosten. Es nehmen zu mit dem Alter verstärkt auftretende Krankheiten und dabei insbesondere chronische Krankheiten. Beispiele sind von 2007 bis 2050

- Zunahme der jährlichen Neuerkrankungen an *Herzinfarkt* um 75 Prozent
- Zunahme der jährlichen Neuerkrankungen an *Schlaganfall* um 62 Prozent
- Zunahme der jährlichen Neuerkrankungen an *Krebs insgesamt* um 27 Prozent
- Zunahme der Erkrankten an *Demenz* von 1,1 auf 2,2 Millionen.

Es nimmt zu die Zahl der *Pflegebedürftigen* von 2,25 Millionen auf 4,5 Millionen, ein Anstieg um 100 Prozent.

3. Medizinischer Fortschritt. Grundlage einer weiteren Verbesserung der Gesundheitsversorgung ist im Wesentlichen der medizinische Fortschritt. Niemand darf vom medizinischen Fortschritt ausgeschlossen werden. Der medizinische Fortschritt ist der entscheidendste Faktor für die weitere Verbesserung der Gesundheitsversorgung, aber auch der teuerste Faktor.

4. Fachkräftemangel. Das Statistische Bundesamt rechnet für 2025 mit etwa 152.000 fehlenden Pflegekräften, PricewaterhouseCoopers bis 2030 mit 165.000 fehlenden Ärzten, 400.000 fehlenden Pflegekräften und 950.000 fehlenden Fachkräften in Gesundheit und Pflege insgesamt.

Es wird gefordert, die Situation durch ausländische Fachkräfte zu entspannen. Die EU-Kommission weist darauf hin, dass 2020 in europäischen Ländern bis zu zwei Millionen Arbeitskräfte im Gesundheitswesen fehlen könnten, auch in anderen Ländern eine Auswirkung der Alterung der Bevölkerung.

In dem Werben um Nachwuchs stehen alle Berufe in Konkurrenz zueinander. Besonders in den Pflegeberufen dürften große Anstrengungen erforderlich sein, um einen ausreichenden Nachwuchs zu gewinnen.

5. Versorgungsstruktur Pflegebedürftiger. Es zeigt sich ein Trend hin zu einer professionellen ambulanten Betreuung und zu einer Betreuung in Pflegeheimen. Werden für Plätze in Pflegeheimen die Zahlen linear fortgeschrieben, würden bis 2050 zusätzlich 800.000 Pflegeheimplätze erforderlich sein. In den Stadtstaaten ist bereits heute jeder zweite Haushalt ein Einpersonenhaushalt. 2025 sind es rund 55 Prozent. Bundesweit werden dann 41 Prozent der Privathaushalte Einpersonenhaushalte sein.

6. Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung. In der *Gesetzlichen Krankenversicherung* steigen die altersbedingten Pro-Kopf-Ausgaben von durchschnittlich 970 Euro in der Altersgruppe 1 bis 29 Jahre bis auf 5.585 Euro im Alter von 89 Jahren, um dann geringfügig um 200 Euro zurückzugehen. 2008 haben 51 Millionen Mitglieder die Beiträge für Ausgaben der GKV von 160 Milliarden Euro aufgebracht. 2060 müssen 40 Millionen Mitglieder, 11 Millionen weniger, die Beiträge für Ausgaben von 468 Milliarden Euro aufbringen, 308 Milliarden mehr. Der Beitragssatz müsste von 14,9 Prozent 2010 auf bis zu 52 Prozent steigen. Der Beitragssatz ist ab 01.01.2011 gesetzlich festgeschrieben. Ein Beitragssatz von 52 Prozent weist jedoch darauf hin, welcher Beitragssatz erforderlich wäre, um den heutigen Umfang der Leistungen der GKV zu finanzieren.

In den *öffentlichen Haushalten* wird durch die grundgesetzlich festgelegte Schuldenbremse davon ausgegangen, dass nicht wie bisher die Ausgaben bestimmen, was an Einnahmen aufgebracht werden muss, sondern dass sich die Ausgaben an den Einnahmen orientieren. Eine gleiche Entwicklung kann für die GKV erwartet werden. Auch in der GKV wird die bedarfsbestimmte durch eine einnahmeorientierte Finanzierung abgelöst. Die Einnahmen bestimmen, was geleistet werden kann.

Bei der *Sozialen Pflegeversicherung* (SPV) handelt es sich nur um eine Teilkostenversicherung. Dies ist so weiten Teilen der Bevölkerung nicht bewusst. Durch Leistungsausweitungen kann in Verbindung mit dem demografischen Wandel der Beitragssatz bis 2060 auf über 5 Prozent steigen. Die jetzt erörterte Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs würde die Ausgaben weiter

erhöhen. Auch bei der Sozialen Pflegeversicherung könnte eine Umstellung auf eine einnahmeorientierte Finanzierung erfolgen müssen.

Zusammenschau der sechs Entwicklungslinien. Keine dieser Zahlen, keine Prognose muss so stimmen. Was aber stimmt sind Größenordnungen und Entwicklungstendenzen. Es kommt der Zeitpunkt, zu dem es weder möglich ist, den bisherigen Leistungsumfang in Gesundheit und Pflege zu finanzieren noch die heutigen Leistungen durch Fachkräfte zu erbringen. In einer Situation, in der Finanzmittel und Fachkräfte nicht mehr ausreichen, um alle Leistungen bedarfsgerecht zu erbringen, stehen alle Leistungen um begrenzte Finanzmittel und Fachkräfte in Konkurrenz zueinander. Jeder Euro, der im Gesamtsystem nicht bedarfsgerecht ausgegeben wird, und jede Fachkraft, die falsch eingesetzt ist, fehlt an anderer Stelle. Betroffen sind alle vier großen Leistungsbereiche ambulante medizinische Versorgung, akutstationäre medizinische Versorgung (Krankenhaus), Pflege und Rehabilitation. Jede Leistung muss sich in Anbetracht begrenzter Ressourcen mit allen anderen Leistungen messen lassen und in Art und Umfang daraufhin überprüft werden, welchen Stellenwert ihr in Konkurrenz mit allen anderen Leistungen zukommt.

Lösungsansätze

Lösungsansätze können nur beispielhaft sein und nur skizziert werden. Sie sollen bewirken, dass eine Diskussion darüber beginnt, was jenseits von derzeitigen Regelmechanismen getan werden muss, um auch in Zukunft eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln sicherzustellen.

Die Bundesgesetzgebung muss umgestellt werden auf eine Rahmengesetzgebung mit einem weitgehenden Verzicht auf detaillierte Regelungen. Die Lösungen liegen nicht mehr vorwiegend in Berlin, sie liegen in den Regionen, Kommunen und Landkreisen. Es gilt dezentral vor zentral. Es ist die Verwirklichung von Grundsätzen der sozialen Marktwirtschaft von Ludwig Erhard, auch in Gesundheit und Pflege.

Integrative Regionalisierung. Wenn es so ist, dass die vier Leistungsbereiche ambulante medizinische Versorgung, akutstationäre medizinische Versorgung (Krankenhaus), Pflege und Rehabilitation um Finanzmittel und Fachkräfte konkurrieren, dann stellt sich die Frage, wie lange eine isolierte Leistungsplanung und Leistungserbringung noch aufrecht erhalten werden kann. Erforderlich wird ein koordinierter Ansatz, der auf der regionalen Ebene alle vier Leistungsbereiche umfasst. Erforderlich sind leistungs- und sektorenübergreifende Verbünde. Dabei kommt Kommunen und Landkreisen eine besondere Bedeutung zu. Diese Entwicklung wird durch die Notwendigkeit gefördert, besonders in der Versorgung Pflegebedürftiger das ehrenamtliche Element zu stärken. In Zukunft werden professionelle Pflege und ehrenamtliche Tätigkeit gemeinsam die Versorgung Pflegebedürftiger sicherstellen müssen.

Eine stärker regionalisierte und kommunalisierte Versorgung ist ohne zusätzliche Finanzmittel nicht möglich. Die Politik hat die Aufgabe zu prüfen, wie in Gesundheit und Pflege die Finanzströme so gelenkt werden können, dass in den Regionen die erforderlichen Finanzmittel zur Verfügung stehen, ohne die insgesamt zur Verfügung stehenden Finanzmittel zu erhöhen. Da in der Verwendung dieser Mittel unterschiedliche Interessen ausgeglichen werden müssen, ist die Konstruktion dieses Verfahrens die vielleicht schwierigste Aufgabe bei der Sicherstellung einer integrativen Versorgung überhaupt.

Integration von Gesetzlicher Krankenversicherung, Sozialer Pflegeversicherung und Rehabilitation. Eine integrative Versorgung wird erleichtert, wenn GKV und SPV wieder zusammengeführt werden. Integriert werden muss auch die Rehabilitation trotz Zuständigkeiten der Rentenversicherung.

Abgestufte professionelle Versorgung. Der Fachkräftemangel erfordert eine eindeutige Aufgabenbestimmung derjenigen Tätigkeiten, die von einem Beruf erbracht werden müssen. Dies betrifft in erster Linie den Beruf des Arztes. Für die heute von Ärzten ausgeführten Tätigkeiten gibt es in Zukunft nicht die hierfür erforderliche Zahl an Ärzten. Zusätzlich ist erforderlich:

- Entlastung aller Fachkräfte von Aufgaben, die von geringer qualifiziertem Personal erbracht werden können
- Abbau des bürokratischen Aufwands, darunter in der Dokumentation
- Ausbau der Pflegeassistentenberufe.

Innovationen. Erforderlich sind Innovationen im Versorgungsbereich, mit denen Fachkräfte und dabei vorzugsweise Ärzte und Pflegekräfte entlastet werden und mit denen die selbstständige Lebensführung erleichtert wird: im Pharmabereich, in der Medizintechnik und in der Informationstechnologie und dabei vorzugsweise in der Telemedizin. Der zusätzliche Nutzen muss nachweisbar sein und wahrgenommen werden können.

Ausgabenbegrenzung. Mit keiner wie auch immer gearteten Finanzierungsform ist der heutige Leistungsumfang der GKV und sind die auf die GKV durch neue Leistungen zukommenden Ausgaben zu finanzieren. Dies dürfte so auch auf die Pflegeversicherung zutreffen. Es kann nur versprochen werden, was auch finanziert werden kann. In der GKV betrifft die Ausgabenbegrenzung den Leistungskatalog, die Leistungsstruktur und die Leistungsinhalte.

Grundlage für eine Neubestimmung von Leistungen in der GKV ist eine Neubestimmung der Aufgaben der GKV dahingehend, dass Aufgabe der GKV in erster Linie die *Versorgung im Krankheitsfall* ist, ergänzt um definierte Präventionsmaßnahmen. Bei der Überprüfung der *Leistungsstruktur* muss z. B. die Frage nach der Zahl und der Verteilung von Krankenhausbetten, der Umfang der stationären Rehabilitation und die Zahl der Arztkontakte gestellt werden, bei den *Leistungsinhalten* z. B. die Versorgung von Frühgeborenen, die Indikation zum Einsatz einer Endoprothese und die Palliativmedizin.

Rationierung und Priorisierung. Die Diskussion über Rationierung und Priorisierung wird belebt werden müssen. Dies erfordert eindeutige Definitionen. Vorschläge für Definitionen werden in dieser Arbeit unterbreitet: Rationierung ist die vernünftige, die rationale Zuteilung begrenzter Leistungen, Priorisierung eine Rangfolge der Wertigkeit innerhalb einer Leistung mit Prioritäten und Posterioritäten.

Künftigen Generationen eine Zukunft bieten

In der Bewertung der hier vorgelegten Zahlen und Prognosen muss einmal mehr darauf hingewiesen werden, dass Maßstab nicht die angegebene Zahl oder die Prognose ist, sondern die Größenordnung und der Entwicklungstrend, die beide unbestritten sein dürften.

Es gibt zwei Möglichkeiten, mit der Zukunft umzugehen:

- Die Zukunft auf sich zukommen zu lassen und zu reagieren.
- Die Zukunft zu erfassen und zu agieren.

Nur der zweite Weg bietet die Möglichkeit, künftigen Generationen ein Erbe zu hinterlassen, das auch ihnen eine Zukunft bietet. Die Aufgabe lautet, Konzepte zu entwickeln, deren Kernpunkte Dezentralisierung und Regionalisierung mit Stärkung von Selbstverwaltung und ehrenamtlichem Element, von Nachbarschaftshilfe, von freiwilligen und integrierten Zusammenschlüssen von Leistungserbringern und Leistungsbereichen auf der Grundlage eines klaren Realitätsbezugs hinsichtlich finanziell und personell begrenzter Ressourcen. Finanzströme müssen umgeleitet werden. Es ist sicher einfacher und wohl auch publikumswirksamer, bundesweit geltende Gesetze, Verordnungen und Kontrollmechanismen zu erlassen als in Verbänden auf der regionalen und kommunalen Ebene Lösungen mit einer größeren Zahl von Beteiligten und unterschiedlichen Interessen zu suchen. Ob jedoch bei den auf die Gesellschaft zukommenden Problemen der Weg von gesetzlicher Regelung und Kontrolle in der Lage ist, die Probleme zu lösen, muss bezweifelt werden. Der vorgeschlagene Weg erfordert allerdings den Mut zur Lücke und zum Unterschied.

Die Zeit drängt. Gesellschaftliche Prozesse brauchen ihre Zeit. Die Schere zwischen steigendem Bedarf und sinkenden Möglichkeiten der Bedarfsdeckung geht immer weiter auseinander. Die Antwort kann nur lauten: Gehandelt werden muss sofort.

1 Einführung

„Business as usual“. Dieser Eindruck kann aus der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion und aus den Vorschlägen für eine Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) entstehen. Finanzierungsvorschläge erwecken den Eindruck, dass es nahezu problemlos gelingt, den derzeitigen Leistungsumfang in der GKV, den steigenden Versorgungsbedarf, den medizinischen Fortschritt und dazu auch noch neue Leistungen zu finanzieren. Das Gleiche trifft für die Pflege zu. Versorgungsstrukturen werden fortgeschrieben. Als wenn im Grundsatz alles so bleiben könnte wie es ist.

Ein wesentlicher Grund für ungelöste Probleme in der Gesundheitsversorgung und in der Versorgung Pflegebedürftiger ist darin zu sehen, dass weder von der Bundesregierung noch von den die Bundesregierung tragenden Parteien und auch nicht von der Opposition belastbare Analysen der Situation in der Gesundheitsversorgung und in der Versorgung Pflegebedürftiger und der zu erwartenden Entwicklung sowohl hinsichtlich des Versorgungsbedarfs als auch für die finanzielle, personelle und strukturelle Deckung dieses Bedarfs vorliegen. So werden zum Beispiel die Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes und dabei insbesondere die koordinierten Bevölkerungsvorausberechnungen zwar zur Kenntnis genommen, auch mit zustimmenden Bemerkungen kommentiert, Schlussfolgerungen werden jedoch nicht gezogen. Es werden auch nicht die sich aus diesen Publikationen abzuleitenden Fragen gestellt, Grundlage nicht nur wissenschaftlichen Arbeitens, sondern auch von politischem Handeln. Damit fehlt es in weiten Teilen an der Begründung für gesetzgeberische Entscheidungen.

Die Probleme, die sich aus verschiedenen Entwicklungslinien für die Zukunft ergeben, gehen weit über die derzeitige Diskussion hinaus. Dabei ist es insbesondere die Zusammenschau verschiedener Entwicklungslinien, die Aufschluss über Probleme gibt, die auf unsere Gesellschaft zukommen, die aber auch die Grundlage für Lösungsansätze sein können.

Wenn für die Gesundheitsversorgung von einer verstärkten Integration gesprochen wird, steht im Vordergrund die Forderung nach einer verstärkten Integration von ambulant und stationär, von vertragsärztlicher Versorgung und von der Versorgung im Akutkrankenhaus. Dies greift zu kurz. Da in Zukunft alle medizinischen Versorgungsbereiche und neben der ambulanten und akutstationären medizinischen Versorgung und der Pflegeversorgung auch die Rehabilitation, gleichgültig ob in der Zuständigkeit der GKV oder der Rentenversicherung, potenzielle Konkurrenten um finanzielle Mittel und um Fachkräfte sind, ist es erforderlich, die vier Leistungsbereiche als Einheit zu sehen und damit gemeinsam zu planen. Dies wird nur auf der regionalen und auf der kommunalen Ebene gelingen. Dabei sind es im Wesentlichen sechs Entwicklungslinien, von denen die Zukunft dieser vier Leistungsbereiche bestimmt wird, Entwicklungslinien, die zunächst getrennt dargestellt, dann aber in eine Zusammenschau zusammengeführt werden:

1. Demografischer Wandel.
2. Morbidität und Versorgungsbedarf.
3. Medizinischer Fortschritt.
4. Fachkräftemangel.
5. Versorgungsstruktur Pflegebedürftiger.
6. Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung.

Zielvorgabe ist die Erarbeitung eines integrativen Konzepts für die langfristige Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung bei einem steigenden Versorgungsbedarf und bei abnehmenden finanziellen Mitteln und bei begrenzten Personalressourcen.

Voraussetzung für konzeptionelle Überlegungen einer integrativen Versorgung aller vier Leistungsbereiche ist eine belastbare Analyse und eine Prognose, ist damit die Begründung für Lösungsansätze. Es ist die Antwort auf die Frage nach dem Warum.

2 Sechs Entwicklungslinien

2.1 Vorbemerkung

Es reicht nicht aus, in allgemeinen Formulierungen auf Probleme hinzuweisen, von denen die heutige Situation und die künftige Entwicklung in der Gesundheitsversorgung und in der Versorgung Pflegebedürftiger (Gesundheit und Pflege) bestimmt wird. Die Bewältigung der Zukunftsprobleme erfordert vielmehr eine sorgfältige und möglichst tief gehende Analyse der derzeitigen Situation und der vorhersehbaren Entwicklung.

Immer dann, wenn es um demografische Daten und um sich daraus ableitende Entwicklungstendenzen geht, wird auf Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen, jetzt auf die 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung bis 2060. Es muss darauf hingewiesen werden, dass es sich hierbei nicht um Schätzungen oder um Prognosen handelt, sondern um Berechnungen, da Grundlage der Ergebnisse die bereits lebende Bevölkerung ist. Dabei wird in den Vorausberechnungen von verschiedenen Annahmen und Varianten ausgegangen. Dies betrifft die Geburtenziffer, die Lebenserwartung und die Zuwanderung. Die Abweichungen der Berechnungen mit unterschiedlichen Annahmen und Varianten sind jedoch relativ gering, deuten aber darauf hin, dass es auch Unwägbarkeiten in den Berechnungen gibt.

2.2 Demografischer Wandel

In der öffentlichen Diskussion wird statt Bevölkerungsentwicklung oder demografischer Entwicklung auch vom demografischen Wandel gesprochen. Mit dieser Wortwahl ist bereits angedeutet, dass es grundsätzliche Veränderungen in der Bevölkerungsentwicklung gibt. Ausdruck dieser Veränderungen ist das Schlagwort „alternde Bevölkerung“. Zahlen bestätigen diesen Wandel.

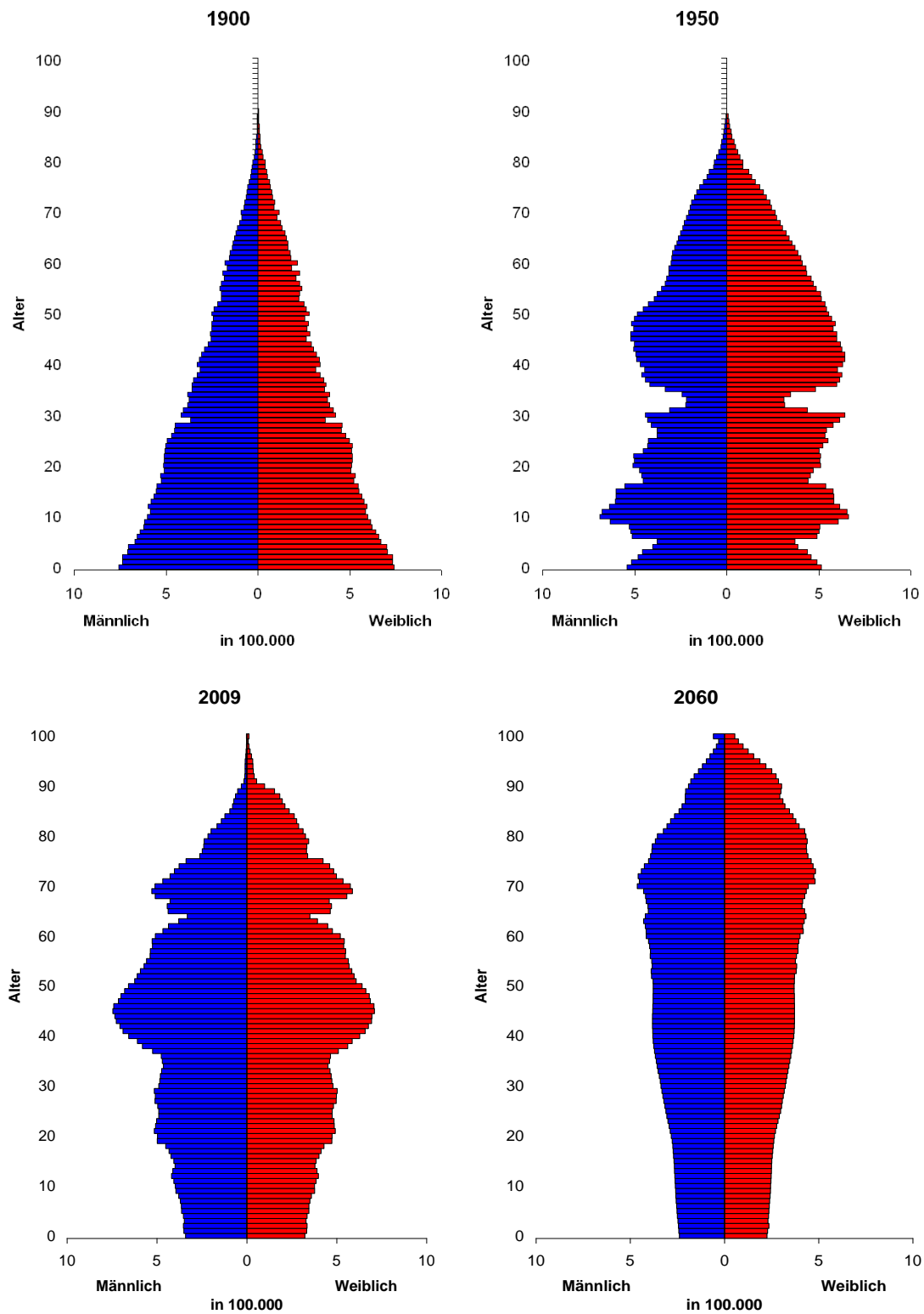
Bestimmend für die Entwicklung einer Bevölkerung sind geboren werden und sterben.

Statistisches Maß des **Geborenenwerdens** ist die **Geburtenziffer**, die Zahl der Neugeborenen je Frau im gebärfähigen Alter. 2009 betrug die Geburtenziffer 1,36, mit Österreich die niedrigste Geburtenziffer in Europa, und dies seit vielen Jahren.

Für das **Sterben** gibt es als statistischen Begriff die **Sterbeziffer**, die Zahl der Sterbefälle bezogen auf die Bevölkerung, z. B. die Zahl der Gestorbenen je 100.000 Einwohner. Hier reicht der Hinweis aus, dass sich das Sterben in immer höhere Altersgruppen verschiebt.

Die Auswirkungen dieser Entwicklung auf die **Altersstruktur** unserer Bevölkerung zeigt Abbildung 1.

Abbildung 1 Lebensbaum der deutschen Bevölkerung 1900, 1950, 2009 und 2060



Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland: 12. koordinierte Bevölkerungsvorausbe-
rechnung. Eigene Darstellung.

Abbildung 1 zeigt, wie sich der Bevölkerungsaufbau von einer Pyramidenform im Jahr 1900 in Richtung einer Urnenform im Jahr 2060 entwickelt, mit der Tendenz mit einer Zunahme höherer und einer Abnahme jüngerer Altersgruppen bei einer insgesamt schrumpfenden Bevölkerung.

Die Veränderung der Altersstruktur ist von entscheidender Bedeutung für unsere Gesellschaft, aber auch für die Bereiche Gesundheit und Pflege. Besonders aussagekräftig ist die Gliederung der Altersstruktur in die Gruppen **nachwachsende Generation**, Altersgruppe 0 bis 19 Jahre, **Gruppe im erwerbsfähigen Alter**, 20 bis 66 Jahre, und der **Gruppe im nicht mehr erwerbsfähigen Alter**, 67 Jahre und älter. Tabelle 1 zeigt die Zusammensetzung der Bevölkerung in diesen drei Altersgruppen von 2009 bis 2060.

Tabelle 1 Bevölkerungsentwicklung in drei Altersgruppen 2009 bis 2060 in 10-Jahresabständen

Jahr	Bevölkerung in 1.000			
	insgesamt	0 bis 19 Jahre	20 bis 66 Jahre	67 Jahre und älter
2009	81.735	15.324	51.370	15.039
2010	81.545	15.017	51.294	15.236
2020	79.914	13.624	49.723	16.567
2030	77.350	12.927	44.771	19.652
2040	73.829	11.791	40.025	22.013
2050	69.412	10.701	37.562	21.149
2060	64.651	10.085	34.228	20.338

Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland: Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden 2009.

Tabelle 1 zeigt, dass die **Bevölkerungszahl** von rund 82 Millionen 2009 über 77,4 Millionen 2030 auf 64,7 Millionen 2060 und damit um 17,3 Millionen abnimmt. Im gleichen Zeitraum nimmt die nachwachsende Generation von 15,3 auf 10,1 Millionen und damit um 5,2 Millionen ab, die Altersgruppe im erwerbsfähigen Alter von 51,4 auf 34,2 Millionen und damit um 17,2 Millionen ab, und die Altersgruppe im nicht mehr erwerbsfähigen Alter von 15 auf 20,3 Millionen und damit um 5,3 Millionen zu.

Besonders dramatisch ist die Abnahme der nachwachsenden Generation und der Generation im erwerbsfähigen Alter. In Bezug auf die nachwachsende Generation ist schon heute spürbar, dass Berufsanfänger fehlen. Dies nimmt zu. Als durchschnittliches **Berufseintrittsalter** gilt das Alter von 22 Jahren.¹ Tabelle 2 zeigt die Entwicklung der 20-Jährigen von 2010 bis 2060.

Tabelle 2 20-Jährige 2010 bis 2060 in 10-Jahresabständen

Jahr	Zahl der 20-Jährigen
2010	976.000
2020	793.000
2030	687.000
2040	689.000
2050	610.000
2060	553.000

Aus Tabelle 2 geht hervor, dass sich die Zahl der 20-Jährigen von rund 976.000 im Jahr 2010 über rund 690.000 im Jahr 2040 auf rund 553.000 im Jahr 2060 verringert.

Die Abnahme der Generation im erwerbsfähigen Alter betrifft die Altersgruppe, die in erster Linie das Bruttoinlandsprodukt erarbeitet, die Steuern und Versicherungsbeiträge zahlt und damit auch die Beiträge für die Gesetzliche Krankenversicherung und für die Soziale Pflegeversicherung und von der die Arbeitskräfte gestellt werden.

Ein Indikator für diese Entwicklung ist der **Altenquotient**, die statistische Relation der Altersgruppe im erwerbsfähigen Alter zur Altersgruppe im nicht mehr erwerbsfähigen Alter. Werden für diesen Quotienten statt der **Erwerbsfähigen** die **Erwerbstätigen** zugrunde gelegt, dann arbeiten und sorgen heute abgerundet drei Erwerbstätige für einen, der altersbedingt nicht mehr erwerbstätig ist.

¹ www.der-demograf.de.

Ab 2050 arbeitet und sorgt nur noch ein Erwerbstätiger für einen altersbedingt nicht mehr Erwerbstätigen. Die Relation verändert sich von 3:1 auf 1:1.

Abbildung 2 Bevölkerungsentwicklung in den drei Altersgruppen 0 bis 19 Jahre, 20 bis 66 Jahre und 67 Jahre und älter 2009 bis 2060

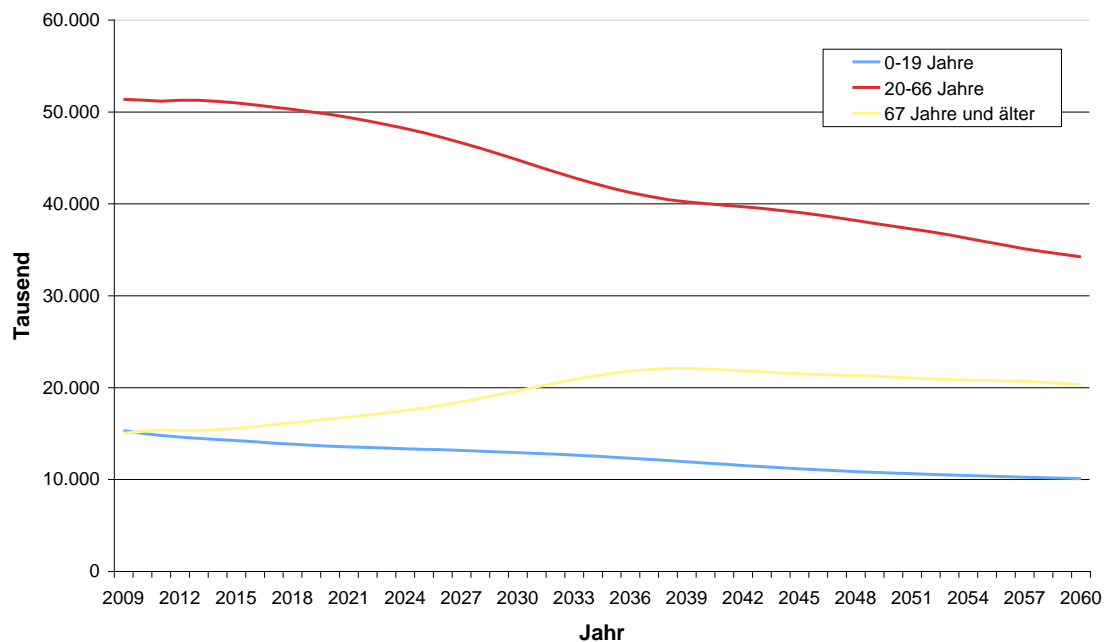


Abbildung 2 gibt einen grafischen Eindruck von der Entwicklung der drei Altersgruppen von 2009 bis 2060.

Die wesentlichen **Gründe für diese Entwicklung** sind die über lange Zeiträume niedrige Kinderzahl und die sinkende Sterblichkeit in jüngeren Altersgruppen. Aber selbst wenn ab sofort die Geburtenziffer auf 2,1 Kinder steigen würde, eine Geburtenziffer mit einer zur Bestandserhaltung einer Bevölkerung notwendigen Kinderzahl, würde dies nach Auffassung des Statistischen Bundesamtes nur geringfügige Auswirkungen auf den demografischen Trend bis 2060 haben. Ähnliches trifft auf eine verstärkte Zuwanderung zu.

Ein zweiter Indikator für die auf unsere Gesellschaft zukommende Entwicklung ist die **Lebenserwartung**, die kontinuierlich gestiegen ist. Um 1900 hatte ein neugeborener Junge eine Lebenserwartung von 40,6, ein neugeborenes Mädchen von 44 Jahren. Heute wird die Lebenserwartung mit zwei unterschied-

lichen Methoden errechnet, der **Periodensterbetafel**² und der **Generationensterbetafel**³. Nach der **Periodensterbetafel** 2007/2009 hat ein neugeborener Junge eine Lebenserwartung von 77,3, ein neugeborenes Mädchen von 82,5 Jahren, nach der **Generationensterbetafel** eine höhere Lebenserwartung mit 81,7 Jahren für Jungen und 87,8 Jahren für Mädchen. Die Lebenserwartung steigt weiter. Es wird erwartet, dass 2060 die Lebenserwartung für Jungen bis zu 87,7 und für Mädchen bis zu 91,2 Jahre betragen kann⁴.

Eine steigende Lebenserwartung hat vielfältige Auswirkungen. An dieser Stelle soll nur auf die Problematik der **Lebensarbeitszeit** hingewiesen werden, die von dem Berufseintrittsalter und dem Renteneintrittsalter bestimmt wird. Kontinuierlich gestiegen ist die Rentenbezugsdauer (Tab. 3). Diese Entwicklung hat Auswirkungen insbesondere auf die Rentenversicherung. Die Entwicklung zeigt Tabelle 3.

² Statistisches Bundesamt Deutschland: Periodensterbetafel 2007/2009.

³ Statistisches Bundesamt Deutschland: Generationensterbetafeln für Deutschland. Modellrechnungen für die Geburtsjahrgänge 1871-2004. Wiesbaden 2006.

⁴ Statistisches Bundesamt Deutschland: Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden 2009.

Tabelle 3 Durchschnittliche Rentenbezugsdauer in der Gesetzlichen Rentenversicherung 1960 bis 2007, Westdeutschland 1960 bis 1990, Deutschland 1995 bis 2007

Jahr	insgesamt	Männer	Frauen
Westdeutschland			
1960	9,9	9,6	10,6
1965	10,5	10,1	11,6
1970	11,6	10,3	12,7
1975	12,1	10,6	13,2
1980	13,1	11,0	13,8
1985	15,4	11,9	14,9
1990	15,7	13,9	17,2
Deutschland			
1995	15,8	13,6	18,2
2001	16,3	13,8	18,9
2002	16,6	14,0	19,3
2003	16,8	14,3	19,3
2004	16,9	14,3	19,5
2005	17,2	14,7	19,8
2006	17,2	14,8	19,6
2007	17,4	15,0	19,9

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin 2010.

Tabelle 3 zeigt, dass die durchschnittliche Rentenbezugsdauer seit 1960 kontinuierlich gestiegen ist. Während 1960 in Westdeutschland die durchschnittliche Rentenbezugsdauer von Männern bei 10 Jahren lag, bezogen Männer 2007 ihre Rente rund 15 Jahre, also 5 Jahre länger. Bei Frauen stieg die Rentenbezugsdauer von 1960 (Westdeutschland) bis 2007 (Deutschland) von rund 11 Jahren auf rund 20 Jahre, 9 Jahre mehr. Diese Entwicklung ist in erster Linie auf die steigende Lebenserwartung zurückzuführen. Die Entwicklung dauert an. Die Rentenbezugsdauer wird sich weiter verlängern.

Unbestritten ist, dass die steigende Lebenserwartung durch ein gesünderes Älterwerden bedingt ist, wobei Krankheiten oft nur in höhere Altersgruppen verlagert werden und im Übrigen das Altern eine von Person zu Person unter-

schiedliche Qualität besitzt. Im Durchschnitt gilt jedoch die Feststellung, dass wir gesünder älter werden, dass bei einer höheren Lebenserwartung Krankheiten später auftreten. Es kommt hinzu, dass es aufgrund der medizinischen Versorgung eine wachsende Zahl von Behinderten gibt, die mehr oder weniger lange im Rentenalter leben und die kaum versicherungspflichtig beschäftigt waren. Es kommen Gruppen von Arbeitslosen hinzu, die aus welchem Grund auch immer nur begrenzt versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sind. Die Situation kann auch durch den Zuzug von älteren Familienangehörigen mit Migrationshintergrund verschärft werden. Damit steigen entweder die Ausgaben der Rentenversicherung oder der Sozialhilfe. Diese Entwicklung trifft in Deutschland auf eine Bevölkerung mit einer im europäischen Vergleich besonders ungünstigen Altersstruktur.

Diese Situation führt zu Problemen. Eins dieser Probleme ist das Renteneintrittsalter, über das gestritten wird. Ein Beispiel dafür, wie schwierig es ist, soziale Vergünstigungen abzubauen oder zurückzunehmen und die soziale Wirklichkeit der Realität, der Lebenswirklichkeit anzupassen. Beispielhaft wird auf die Situation in zwei europäischen Ländern hingewiesen.

In Griechenland soll im Rahmen des Sparprogramms das Renteneintrittsalter bis 2015 schrittweise allgemein auf 65 Jahre, wenigstens auf 60 Jahre festgelegt werden – und die Bevölkerung ist auf der Straße. In Frankreich will Präsident Sarkozy das Renteneintrittsalter von 60 auf 62 Jahre erhöhen, nachdem Präsident Mitterrand 1982 das Renteneintrittsalter von 65 auf 60 Jahre gesenkt hatte – und die Bevölkerung ist auf der Straße.

In Deutschland hat die große Koalition 2007 eine stufenweise Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters bis 2029 auf 67 statt heute 65 Jahre beschlossen, und dies ohne wesentlichen Protest. Jetzt jedoch rufen Gewerkschaften und Sozialverbände zum Protest auf – und die Bevölkerung ist auf der Straße.

Mit dieser Darstellung soll *ceteris paribus* und *pars pro toto* darauf hingewiesen werden, was uns bevorstehen kann, wenn Leistungen gekürzt werden. Die

Reaktionen auf die Sparprogramme von Bund und Bundesländern, ausgelöst durch die grundgesetzlich festgelegte Schuldenbremse 2016 für den Bund und 2020 für die Bundesländer, deuten an, was uns bei der Anpassung an die Realität erwarten kann.

2.3 Morbidität und Versorgungsbedarf

Zu den Auswirkungen einer steigenden Lebenserwartung gehören Veränderungen im Krankheitsbild einer Bevölkerung, Veränderungen in der Morbidität. Es wird eine Zunahme von Multimorbidität und von altersbedingten chronischen Krankheiten erwartet. Multimorbidität ist das Auftreten mehrerer Krankheiten bei einem Patienten. Für Multimorbidität sind nur allgemeine Aussagen möglich. Da grundsätzlich mit dem Alter Krankheiten zunehmen, gibt es bei einer älter werdenden Bevölkerung auch eine zunehmende Zahl multimorbider Patienten. Die Behandlung dieser Patienten erfordert diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die über die Behandlung einzelner Krankheiten hinausgehen. Es entsteht ein höherer und kostenintensiverer Versorgungsbedarf.

Zu chronischen Krankheiten liegen Prognosen für die Entwicklung einzelner Krankheiten bis 2050 vor. Bestimmt von der Belastbarkeit der zur Verfügung stehenden Daten ist die Prävalenz (Zahl der Erkrankten) oder die Inzidenz (Zahl der Neuerkrankungen) ermittelt worden.⁵ Tabelle 4 zeigt entweder die Prävalenz oder die Inzidenz von 22 Krankheiten für die Jahre 2007, 2030 und 2050 mit der Steigerungsrate von 2007 zu 2030 und 2050.

⁵ Beske, F.; A. Katalinic; E. Peters; R. Prizkuleit: Morbiditätsprognose 2050. Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig-Holstein. Schriftenreihe/Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel; Bd. 114. Kiel 2009.

Tabelle 4 Prävalenz oder Inzidenz von 22 Krankheiten 2007, 2030 und 2050 absolut und prozentuale Veränderung zu 2007

Krankheit	2007	2030	2050
Krankheiten des Auges			
Altersbedingte Makuladegeneration	710.000	–	1.600.000 (+125%)
Glaukom	1.104.000	1.445.000 (+31%)	1.584.000 (+43%)
Krankheiten des Bewegungsapparats			
Osteoporose	8.300.000	10.200.000 (+23%)	10.400.000 (+26%)
Oberschenkelhalsfraktur	117.000	166.000 (+42%)	221.000 (+88%)
Arthrose	13.600.000	15.600.000 (+15%)	14.900.000 (+9%)
Rheumatoide Arthritis	623.000	733.000 (+18%)	732.000 (+18%)
Chronische Rückenschmerzen	12.700.000	13.000.000 (+2%)	12.100.000 (-5%)
Diabetes mellitus und Folgekrankheiten			
Diabetes mellitus	4.100.000 – 6.400.000	4.900.000 – 7.800.000 (+22%)	5.800.000 – 7.800.000 (+20% – +22%)
Krankheiten des Gehörs			
Taubheit und Schwerhörigkeit als Behinderung	275.000	314.000 (+14%)	304.000 (+11%)
Schwerhörigkeit	8.800.000	10.800.000 (+23%)	11.200.000 (+28%)
Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems			
Hypertonie	34.800.000	37.900.000 (+9%)	35.500.000 (+2%)
Herzinfarkt – jährliche Neuerkrankungen	313.000	444.000 (+42%)	548.000 (+75%)
Schlaganfall – jährliche Neuerkrankungen	186.000	255.000 (+37%)	301.000 (+62%)

Krankheit	2007	2030	2050
Krebskrankheiten			
Krebs insgesamt – jährliche Neuerkrankungen	461.000	580.000 (+26%)	588.000 (+27%)
Brustkrebs – jährliche Neuerkrankungen	59.000	64.000 (+9%)	59.000 (±0%)
Prostatakrebs – jährliche Neuerkrankungen	63.000	88.000 (+39%)	88.000 (+39%)
Darmkrebs – jährliche Neuerkrankungen	78.000	102.000 (+31%)	109.000 (+40%)
Lungenkrebs – jährliche Neuerkrankungen	49.000	63.000 (+28%)	62.000 (+26%)
Krankheiten der Lunge			
chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)	6.400.000	7.900.000 (+23%)	7.900.000 (+23%)
ambulant erworbene Lungenentzündung	1.200.000	1.900.000 (+68%)	2.900.000 (+149%)
Krankheiten des Nierensystems			
Niereninsuffizienz (dialysepflichtig)	72.000	84.000 (+18%)	85.300 (+18%)
Niereninsuffizienz (dialysepflichtig) – jährliche Neuerkrankungen	19.000	22.800 (+20%)	23.200 (+22%)
Psychische Störungen und Verhaltensstörungen			
Demenz	1.100.000	1.600.000 (+51%)	2.200.000 (+104%)
Demenz – jährliche Neuerkrankungen	290.000	440.000 (+53%)	610.000 (+113%)

Die Werte in Klammern geben die prozentuale Veränderung zu 2007 an.

Aus Tabelle 4 werden exemplarisch einige Krankheiten dargestellt.

Altersbedingte Makuladegeneration, eine Augenerkrankung, die zur Erblindung führen kann. Zunahme der Erkrankten von 710.000 im Jahr 2007 auf 1,6 Millionen 2050, eine Zunahme von 125 Prozent.

Diabetes mellitus. Zunahme der Erkrankten in unterschiedlichen Studien von 4,1 bis 6,4 Millionen 2007 auf 5,8 bis 7,8 Millionen 2050, eine Zunahme von 20 bis 22 Prozent.

Herzinfarkt. Zunahme der jährlichen Neuerkrankungen von 313.000 im Jahr 2007 auf 548.000 im Jahr 2050, eine Zunahme von 75 Prozent.

Schlaganfall, eine häufige Ursache von Pflegebedürftigkeit. Zunahme der jährlichen Neuerkrankungen von 186.000 im Jahr 2007 auf 301.000 im Jahr 2050, eine Zunahme von 62 Prozent.

Krebs insgesamt. Zunahme der jährlichen Neuerkrankungen von 461.000 im Jahr 2007 auf 588.000 im Jahr 2050, eine Zunahme von 27 Prozent.

Demenz. Zunahme der Erkrankten von 1,1 Millionen 2007 auf 2,2 Millionen 2050, eine Zunahme von 104 Prozent. Zunahme der jährlichen Neuerkrankungen von 290.000 im Jahr 2007 auf 610.000 im Jahr 2050, eine Zunahme von 113 Prozent.

Die Zahl der Demenzkranken soll nach einer neueren Studie⁶ 2060 bei 2,5 Millionen liegen. Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an Demenz zu erkranken, betrifft jede zweite Frau und jeden dritten Mann.

Die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung mit einer Zunahme von Altersgruppen im höheren Lebensalter, eine Situation, die durch die weiterhin steigende Lebenserwartung zu einer immer größeren Zahl von Personen in dieser Altersgruppe mit einer besonders stark steigenden Zunahme von Personen in sehr hohem Alter führt, erhöht die Zahl von Patienten mit Multimorbidität und von Patienten mit schweren und mit chronischen Krankheiten mit einem steigenden medizinischen Versorgungsbedarf und mit höheren Kosten.

Neben dem steigenden medizinischen Versorgungsbedarf nimmt auch der Bedarf in der Versorgung Pflegebedürftiger, der **Pflegebedarf** zu. Das Statistische

⁶ Barmer GEK: Pflereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse; Bd. 5. Schwäbisch Gmünd 2010.

Bundesamt geht davon aus, dass die Zahl der Pflegebedürftigen von 2,25 Millionen 2007 auf 2,65 Millionen 2015, auf 2,9 Millionen 2020 und über 3,37 Millionen 2030 auf 4,5 Millionen 2050 steigt, ein Anstieg von rund 100 Prozent und damit eine Verdoppelung.⁷

2.4 Medizinischer Fortschritt

Der medizinische Fortschritt, auch als medizinisch-technischer Fortschritt bezeichnet, weil Grundlage des medizinischen Fortschritts im Wesentlichen technisch bedingte Innovationen im Arzneimittelbereich und in der Medizintechnik sind, ist die wohl wichtigste Grundlage für die Verbesserung der medizinischen Versorgung. Es wird einhellig gefordert, dass der medizinische Fortschritt jedem Patienten ohne Ansehen der Person und damit unabhängig von seinem sozialen Status und seiner Einkommenssituation zugutekommt. Diese Forderung ist undifferenziert. Sie sagt aus, dass in unserer Gesellschaft niemand vom medizinischen Fortschritt ausgenommen werden darf. Die Frage, was medizinischer Fortschritt ist und welche Kosten sowohl mit einer kritiklosen als auch mit einer bewerteten Einführung von medizinischem Fortschritt durch Innovationen in die GKV verbunden ist, welcher Nutzen oder welcher zusätzliche Nutzen mit einer Innovation verbunden ist, bleibt dabei außer Betracht.

Bei Arzneimitteln werden drei Arten von Innovationen unterschieden. Als **Sprunginnovation** gelten Arzneistoffe, die ohne Orientierung an bereits bekannten Wirkstoffen neu entwickelt worden sind und die als erste Vertreter einer neuen Stoffklasse einen bedeutenden therapeutischen Fortschritt markieren. **Schrittinnovationen** führen meist zu einer schrittweisen Optimierung bekannter Wirkstoffe. Als **Scheininnovationen** („me-too“-Substanzen) gelten Wirkstoffe, welche die gleiche Zielstruktur adressieren wie ein bereits eingeführter Wirkstoff und die keine relevante therapeutische Neuerung darstellen. Eine gleiche Bewertung könnte auch für medizin-technische Innovationen gelten.

⁷ Statistisches Bundesamt Deutschland: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2. Wiesbaden 2010.

Die Bedeutung des medizinischen Fortschritts für die Gesundheitsversorgung ist hoch. Die Kosten des medizinischen Fortschritts sind erheblich (Kap. 2.7). Aus diesem Grund muss bei begrenzten Mitteln sichergestellt sein, dass Innovationen auch tatsächlich mit einem zusätzlichen Nutzen für die Gesundheitsversorgung verbunden sind und damit den erhöhten Mittelaufwand rechtfertigen.

2.5 Fachkräftemangel

Es ist seit langem vorhersehbar, dass die sich verringernde Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter, der Personengruppen, die das größte Arbeitspotenzial enthält, und die abnehmende Zahl der nachwachsenden Generation zu Arbeitskräftemangel insgesamt und zu einem Fachkräftemangel auch im Gesundheitswesen führt. Jetzt häufen sich Berichte über den erkennbaren ungedeckten Bedarf an Ärzten und an Pflegekräften mit einer sich verschärfenden Entwicklung. Hingewiesen wird auf den zunehmenden Bedarf an Pflegekräften mit der Problematik, diesen Bedarf decken zu können. PricewaterhouseCoopers hat in Verbindung mit dem Institut WifOR errechnet, dass 2030 von 165.000 fehlenden Ärzten, 400.000 fehlenden Pflegekräften und 950.000 fehlenden Fachkräften im Gesundheitswesen insgesamt ausgegangen werden kann.⁸ Dem Statistischen Bundesamt zufolge werden 2025 etwa 152.000 Pflegekräfte in Krankenhäusern und in der Altenpflege fehlen.⁹ Das IGSF hat 2007 errechnet, dass sich der Bedarf an Pflegekräften in der Pflegeversicherung bis 2050 mehr als verdoppeln wird, von rund 509.000 auf rund 1,3 Millionen (+150%). 2000 waren knapp ein Prozent der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter in der Versorgung Pflegebedürftiger beschäftigt. 2050 werden es 3,6 Prozent sein müssen. Unter

⁸ PricewaterhouseCoopers: Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. Frankfurt am Main 2010.

⁹ Statistisches Bundesamt Deutschland: Demografischer Wandel: Engpässe beim Pflegepersonal werden zunehmen. Pressemitteilung Nr. 449 vom 06.12.2010.

Beachtung der Rate der Teilzeitbeschäftigten wird die Zahl noch höher sein. Mehr als 80 Prozent der Pflegekräfte sind Frauen.¹⁰

Es ist nicht entscheidend, ob dies so eintreffen wird. Entscheidend sind die Entwicklungstendenz und die Größenordnung, die maßgeblich sein sollten für Maßnahmen, sich auf diese Situation einzustellen.

Es wird von verschiedenen Seiten gefordert, die Situation durch ausländische Fachkräfte zu entspannen. Dies könnte dadurch unterstützt werden, dass ab 1. Mai 2011 in allen Ländern der Europäischen Union (EU) freie Wahl des Arbeitsplatzes (Arbeitnehmerfreizügigkeit) besteht. Dies mag partiell zur Entspannung führen. Die EU-Kommission weist jedoch darauf hin, dass 2020 den europäischen Ländern bis zu zwei Millionen Arbeitskräfte im Gesundheitssektor fehlen könnten¹¹, eine Auswirkung der Alterung auch in anderen europäischen Bevölkerungen.

Es ist davon auszugehen, dass es schwierig sein dürfte, die Lücke im Fachkräftemangel in Gesundheit und Pflege zu schließen, denn die ständig abnehmende Zahl von Arbeitskräften und der Nachwuchsmangel wirken sich auf alle Berufe unserer Gesellschaft aus. In dem Werben um Nachwuchskräfte stehen alle Berufe in Konkurrenz zueinander. Besonders in den Pflegeberufen dürften große Anstrengungen erforderlich sein, um eine ausreichende Zahl an Nachwuchskräften zu gewinnen. Hier ist ein Bündel von Maßnahmen erforderlich, die in ihrer Konsequenz nicht daran vorbeikommen, dass zusätzlich Mittel in den Bereich Pflegekräfte investiert werden müssen. Und dies dürfte nicht einfach sein.

Laschet spricht in diesem Zusammenhang von einer Demografiefalle.¹² Der eine Faktor ist die Morbidität einer alternden Bevölkerung mit einer steigenden

¹⁰ Beske, F.; E. Becker; Ch. Krauss; A. Katalinic; R. Pritzkeleit: Gesundheitsversorgung 2050. Prognose für Deutschland und Schleswig-Holstein. Schriftenreihe/Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel; Bd. 108. Kiel 2007.

¹¹ Pressemitteilung des Internationalen Forum Gastein vom 07.10.2010.

¹² Ärzte Zeitung vom 22.10.2010, Die doppelte Demografiefalle.

Nachfrage nach Medizin und Pflege, der andere Faktor ist die Demografie mit weniger jüngeren Menschen, womit sich das Arbeitskräftepotenzial reduziert.

2.6 Versorgungsstruktur Pflegebedürftiger

In der Versorgungsstruktur Pflegebedürftiger zeigt sich ein Trend hin zu einer Betreuung in Pflegeheimen und zur ambulanten Pflege mit einer Abnahme der häuslichen Betreuung ohne Inanspruchnahme von Pflegediensten. 2010 hat sich gegenüber 1999 die Zahl der Pflegebedürftigen um rund 24 Prozent und die Zahl der durch ambulante Pflegedienste betreuten Pflegebedürftige um 21 Prozent erhöht, während die Pflege ausschließlich durch Angehörige, d. h. die Zahl der reinen Pflegegeldempfänger nur um 1 Prozent gestiegen ist.¹³ Werden Zahlen einfach linear fortgeschrieben, würden bis 2050 zusätzliche 800.000 Pflegeheimplätze erforderlich sein.¹⁴ Die Folge ist ein zunehmender Bedarf an Pflegekräften.

Ursachen für diese Entwicklung sind u. a. rückläufige Möglichkeiten zur häuslichen Pflege mit und ohne professionelle Unterstützung durch die wachsende berufliche Mobilität, die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen und die Zunahme von Alleinstehenden und dabei von Alleinstehenden mit geringer familiärer Bindung. In den Stadtstaaten ist bereits heute jeder zweite Haushalt ein Einpersonenhaushalt. 2025 werden es rund 55 Prozent sein. In diesem Jahr werden bundesweit 41 Prozent der Privathaushalte Einpersonenhaushalte sein.¹⁵

¹³ Statistisches Bundesamt Deutschland: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Demografischer Wandel in Deutschland; Heft 2. Wiesbaden 2010.

¹⁴ Die Tageszeitung (taz) vom 05.01.2011, Der Bedarf wird unglaublich steigen.

¹⁵ Statistisches Bundesamt Deutschland: Entwicklung der Privathaushalte bis 2025. Wiesbaden 2007.

2.7 Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung

2.7.1 Vorbemerkung

Der demografische Wandel, der medizinische Fortschritt, aber auch andere Faktoren wie Veränderungen in der Versorgungsstruktur Pflegebedürftiger haben Auswirkungen auf den Finanzbedarf der Gesundheitsversorgung und der Versorgung Pflegebedürftiger. Die wichtigsten Faktoren sind jedoch der demografische Wandel und der medizinische Fortschritt.

2.7.2 Gesetzliche Krankenversicherung

Im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion steht die Finanzierung der GKV. Dabei zeigt sich die Bedeutung der demografischen Entwicklung für die Ausgabenentwicklung der GKV besonders deutlich bei den altersbedingten **Pro-Kopf-Ausgaben der GKV** (Tab. 5).

Tabelle 5 Durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung in 10-Jahresabständen 2008 in Euro

Alter in Jahren	Durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben in €
0	4.171
10	966
20	818
30	1.087
40	1.200
50	1.663
60	2.450
70	3.673
80	4.941
89	5.585
90	5.343

Quelle: Beske, Fritz; Ch. Krauss: Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung bis 2060. Schriftenreihe/Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel; Bd. 118. Kiel 2010.

Die jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV lagen nach Tabelle 5 im ersten Lebensjahr durchschnittlich bei 4.171 Euro, in der Altersgruppe 1 bis 29 Jahre relativ konstant bei durchschnittlich 979 Euro, um dann kontinuierlich bis zum Alter von 89 Jahren auf 5.585 Euro zu steigen. Ab 90 Jahren ist ein Rückgang von 5.585 auf 5.343 Euro und damit um rund 200 Euro zu verzeichnen. Insgesamt ergibt sich ein mit dem Alter steigender Ausgabenanstieg bis zum Alter von 89 Jahren, dann mit dem 90. Lebensjahr ein kleiner Ausgabenrückgang.

Die Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung der GKV hat das IGSF in der Arbeit „Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung bis 2060“ dargestellt.¹⁶ In dieser Arbeit werden für die **Ausgabenentwicklung der GKV bis 2060 nach Alter** als Ausgangslage die GKV-Ausgaben für 2010 mit 164 Milliarden Euro zugrunde gelegt. Werden nur die Auswirkungen der demografischen Entwicklung bewertet, kommt es in den nächsten 50 Jahren zu Mehrausgaben in höheren Altersgruppen bei gleichzeitig niedrigeren Ausgaben in jüngeren Altersgruppen. Im Ergebnis führt dies dazu, dass sich 2060 gegenüber 2010 allein durch den demografischen Wandel nur geringfügig höhere Ausgaben ergeben, von 164 Milliarden auf 174 Milliarden Euro. Bei Einbeziehung des medizinischen Fortschritts kommen erhebliche Mehrausgaben auf die GKV zu. Werden bezogen auf die jährlichen Ausgaben der GKV 1 Prozent mehr für den medizinischen Fortschritt ausgegeben, betragen 2060 die Ausgaben der GKV je nach Annahme der demografischen Entwicklung 267 bis 286 Milliarden Euro, bei 2 Prozent Ausgabensteigerung für den medizinischen Fortschritt 437 bis 468 Milliarden Euro statt 164 Milliarden Euro 2010.

Die Brisanz der Entwicklung verdeutlicht die **Umrechnung der Ausgaben der GKV auf die beitragszahlenden Mitglieder**. 2008 haben rund 51 Millionen Mitglieder die Beiträge für Ausgaben der GKV in Höhe von 160 Milliarden Euro aufgebracht. 2060 müssen rund 40 Millionen Mitglieder, rund 11 Millionen Mit-

¹⁶ Beske, Fritz; Ch. Krauss: Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung bis 2060. Schriftenreihe/Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel; Bd. 118. Kiel 2010.

glieder weniger, die Beiträge für Ausgaben in Höhe von 468 Milliarden Euro aufbringen, rund 308 Milliarden Euro mehr. Der mittlere monatliche Beitrag 2010 je Mitglied beträgt 142 Euro. 2060 muss ein Mitglied monatlich

- allein durch die demografische Entwicklung 178 bis 184 Euro
- bei 1 Prozent Ausgabensteigerung durch den medizinischen Fortschritt 293 bis 303 Euro
- bei 2 Prozent Ausgabensteigerung durch den medizinischen Fortschritt 479 bis 496 Euro aufbringen.

Wird auf Grundlage der beitragsbezogenen Einnahmen der GKV von 2008 das **Einnahmedefizit** der GKV bis 2060 berechnet, ergibt sich ein Einnahmedefizit bis zu jährlich 310 Milliarden Euro. Wird auf Grundlage des **Beitragssatzes** von 14,9 Prozent 2010 der mittlere monatliche Beitrag auf den Beitragssatz 2060 hochgerechnet, ergibt sich ein Beitragssatz

- allein durch die demografische Entwicklung von 18,6 bis 19,3 Prozent
- bei 1 Prozent Ausgabensteigerung durch den medizinischen Fortschritt von 30,6 bis 31,7 Prozent
- bei 2 Prozent Ausgabensteigerung durch den medizinischen Fortschritt von 50,1 bis 52 Prozent.

Die Dynamik der medizinischen Forschung erlaubt die Annahme, dass die Ausgabensteigerung der GKV durch den medizinischen Fortschritt eher bei 2 als bei 1 Prozent der jährlichen Ausgaben der GKV liegen dürfte, so dass der Beitragssatz 2060 über 50 Prozent betragen könnte. Selbst ein um einiges unter dieser Prognose liegender Beitragssatz ist nicht diskussionswürdig. Es werden jedoch auch hier Entwicklungstendenzen und Größenordnungen deutlich, die bestimmend sein werden für die Gesundheitsversorgung von morgen.

Damit stellt sich die Frage nach der **Finanzierung der GKV**.

In öffentlichen Haushalten zeichnet sich eine grundlegende Veränderung ab. Die grundgesetzlich festgelegte Schuldenbremse bedeutet, dass der Bund ab 2016 im Grundsatz keine neuen Schulden machen darf, um seine Ausgaben zu decken. Das Gleiche gilt ab 2020 für die Bundesländer. Im Bund und in den Bundesländern laufen Sparprogramme, um die zum Teil erheblichen Schulden abzubauen. Der Protest ist groß. Für die Zukunft kündigen führende Politiker wie Merkel und Seehofer an, dass nicht wie bisher die Ausgaben bestimmen, was an Einnahmen aufgebracht werden muss, sondern dass sich die Ausgaben an den Einnahmen orientieren müssen.

Eine gleiche Entwicklung kann auch für die GKV erwartet werden. Die GKV war so angelegt, dass jede einzelne Krankenkasse ihre Einnahmen an steigende Ausgaben durch Erhöhung des Beitragssatzes anpassen musste. Die Ausgaben bestimmten die Einnahmen. Da der Leistungskatalog der GKV ständig ausgeweitet wurde und der medizinische Fortschritt zu finanzieren war, stiegen die Ausgaben und mit den Ausgaben der Beitragssatz. Diese Beitragsautonomie endete mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007. Nunmehr legte der Bund einen für alle Krankenkassen einheitlichen Beitragssatz fest, 2010 von 14,9 Prozent, ein Wandel von einem bedarfsbestimmten zu einem politisch festgesetzten Beitragssatz. Aber auch dies geht dem Ende entgegen. Mit Wirkung vom 1. Januar 2011 wird der allgemeine Beitragssatz auf 15,5 Prozent erhöht und in dieser Höhe festgeschrieben, für Arbeitgeber auf 7,3 Prozent und für Arbeitnehmer auf 8,2 Prozent. Künftige Ausgabensteigerungen müssen dann wieder durch kassenindividuelle Beitragssatzerhöhungen, durch Zusatzbeiträge, aufgefangen werden, dies aber nur über den Arbeitnehmerbeitrag verbunden mit einem steuerfinanzierten Sozialausgleich.

Die auf die Gesundheitsversorgung mit demografischem Wandel und medizinischem Fortschritt zukommende Entwicklung mit erheblichen Ausgabensteigerungen deutet darauf hin, dass dieser Weg der Ausgabenfinanzierung nicht durchgehalten werden kann. Die Auswirkungen des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts werden die Politik dazu zwingen, sich an den Folgen dieser Systematik zu orientieren.

Zu Ende gedacht bedeutet diese Systematik, dass auch in der GKV die am Bedarf orientierte Finanzierung, die bedarfsbestimmte Finanzierung, dem Ende entgegen geht. Es ist nicht vorstellbar, dass die Politik in Anbetracht der grundgesetzlich festgelegten Schuldenbremse die GKV dauerhaft subventioniert, was nur möglich wäre, wenn für andere Politikbereiche wie frühkindliche Förderung, Bildung, Forschung, innere und äußere Sicherheit mit Polizei und Bundeswehr Kürzungen hingenommen werden müssten, nur um die GKV bedarfsgerecht zu finanzieren. Die Forderung wird lauten, dass die GKV aus sich heraus die Problematik steigender Ausgaben lösen muss. Wie in der öffentlichen Hand kommt damit auch in der GKV der Zeitpunkt, zu dem die Einnahmen bestimmen, was geleistet werden kann. Alles andere ist wirklichkeitsfremd.

Finanzorientiert statt bedarfsbestimmt – dies dürfte die Zukunft der GKV-Finanzierung sein.

2.7.3 Soziale Pflegeversicherung

Bei der Diskussion über die Zukunft der Sozialen Pflegeversicherung muss darauf hingewiesen werden, dass es sich bei der SPV nicht um eine Vollkostenversicherung handelt. Die Pflegeversicherung deckt nur einen Teil der Pflegekosten ab. Reformen der SPV betreffen daher ausschließlich die von der SPV zu finanzierenden Leistungen. Das individuelle finanzielle Risiko des Pflegebedürftigen bleibt erhalten. Dies wird so von weiten Kreisen der Bevölkerung nicht wahrgenommen. Nach einer Umfrage 2010 ist nur 23 Prozent der befragten Bundesbürger bewusst, dass die Soziale Pflegeversicherung nicht alle mit Pflegebedürftigkeit verbundenen Risiken abdeckt.¹⁷

Der Beitragssatz der SPV beträgt aktuell 1,95 Prozent des Bruttoeinkommens für einen Beitragszahler mit Kind und 2,2 Prozent für einen Beitragszahler ohne Kind. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 wurden die Leistungen in

¹⁷ Pressemitteilung der Allianz Deutschland AG vom 15.12.2010, Allianz Pflege-Umfrage.

der SPV ausgeweitet. Hierzu gehörte auch die Dynamisierung von Leistungen. Dies bedeutet, dass ab 2014 die Leistungsausgaben der SPV im Abstand von drei Jahren der Kostenentwicklung im Pflegewesen angepasst und damit in der Regel erhöht werden sollen. Dadurch kann in Verbindung mit dem demografischen Wandel der Beitragssatz der SPV bis 2060 auf über 5 Prozent steigen.¹⁸

Die jetzige Bundesregierung plant auf Grundlage von Empfehlungen eines 2006 vom Bundesgesundheitsministerium eingesetzten Beirats die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der statt der jetzigen drei Pflegestufen fünf Grade der Pflegebedürftigkeit nach dem Grad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und damit eine Ausweitung der Pflegebedürftigen mit Anspruch auf Leistungen der SPV bedeutet. Damit werden die Kosten für die Versorgung von Pflegebedürftigen zusätzlich steigen. Das Bundesgesundheitsministerium hat die Diskussion über eine gesetzliche Pflegeversicherung nach dem Kapitaldeckungsprinzip begonnen. Daneben hat Bundesgesundheitsminister Rösler, der auch für die Soziale Pflegeversicherung zuständig ist, das Jahr 2011 zum „Pflege-Jahr 2011“ ausgerufen und begonnen, mit Beteiligten in der Versorgung Pflegebedürftiger einen Katalog von Forderungen und Grundsätzen für eine Pflegereform zu erarbeiten nach dem von Rösler ausgegebenen Motto, dass über die künftige Finanzierung der SPV erst am Ende gesprochen wird, also erst Versorgungsreform, dann Finanzierungsreform.¹⁹

Unabhängig davon, dass die SPV nicht alle mit Pflegebedürftigkeit verbundenen Kosten abdeckt, wird auch in der Sozialen Pflegeversicherung eine Finanzierungsdebatte erforderlich sein. Gohde, Vorsitzender des vom Bundesgesundheitsministerium eingesetzten Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs sagt, dass neben einem eigenen Beitrag hohe Steuer-

¹⁸ Niehaus, Frank: Zukünftige Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung. WIP-Diskussionspapier; 1/10. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Köln 2010.

¹⁹ Ärzte Zeitung vom 08.12.2010, Minister Rösler läutet „Pflege-Jahr 2011“ ein.

zuschüsse erforderlich sind, um die Soziale Pflegeversicherung finanzierbar zu halten.²⁰

Es stellt sich wie bei der GKV die Frage, ob es auf Dauer möglich sein wird, die Soziale Pflegeversicherung bedarfsbestimmt zu finanzieren oder ob nicht auch hier wie in der GKV eine Umstellung auf eine einnahmeorientierte Pflegeversicherung erfolgen muss.

2.8 Zusammenschau

Eine zusammenfassende Schlussfolgerung aus den sechs Entwicklungslinien in der Gesundheitsversorgung und in der Versorgung Pflegebedürftiger kann mit einer Lebensweisheit eingeleitet werden:

*Es kommt selten so schlimm, wie befürchtet
und selten so gut, wie erhofft.*

Diese Erfahrung könnte so ergänzt werden, dass es leichter ist, mit einem Ergebnis zu leben, das nicht so schlimm ist wie befürchtet als mit einem Ergebnis, das schlechter ist als erhofft. Dies bedeutet durchaus auch, dass es sich anbietet, mit einer Entwicklung zu rechnen, die als „worst case“ zu bezeichnen ist. Eins aber geht nicht: Die auf unsere Gesellschaft zukommende Entwicklung zu negieren.

Die zusammenfassende Würdigung der sechs Entwicklungslinien lässt den Schluss zu, dass der Zeitpunkt kommt, zu dem es weder möglich ist, den bisherigen Leistungsumfang in der Gesundheitsversorgung und in der Versorgung Pflegebedürftiger zu finanzieren, und dass es ebenfalls unmöglich ist, die Leistungen, auf die in beiden Sozialsystemen ein Anspruch besteht, durchgehend qualitativ hochwertig mit professionellen Kräften zu erbringen. Es kommt hinzu, dass der Leistungsanspruch in beiden Sozialsystemen ständig mit einem zum

²⁰ Die Tageszeitung (taz) vom 05.01.2011, Der Bedarf wird unglaublich steigen.

Teil erheblichen Finanz- und Fachkräftebedarf ausgeweitet wird, ohne dass dies erwähnt, geschweige denn berechnet wird. Beispiele sind aus dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 die spezialisierte ambulante Palliativversorgung und die geriatrische Rehabilitation, in der Sozialen Pflegeversicherung die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 eingeführte Dynamisierung von Pflegeleistungen. Neue Leistungen sind in der Diskussion. Daneben gibt es einen nahezu unübersehbaren Forderungskatalog aus der Politik, der Wissenschaft und von Interessenvertretern. Dabei wird wie selbstverständlich stets die jeweils optimale Versorgung eingefordert, nicht die in § 12 SGB V festgelegte ausreichende Leistung. Anders kann es auch dem eigenen Klientel gegenüber kaum vertreten werden. Das Gleiche gilt für Gutachter oder Kommissionen, die im Ergebnis ebenfalls die bestmögliche Versorgung fordern. Dies ist bei einer isolierten Betrachtung jedes Leistungsbereichs vielleicht auch berechtigt und nachvollziehbar. In der heutigen und mehr noch in der auf die Gesellschaft zukommenden Situation muss diese isolierte Denkweise jedoch abgelöst werden von einer Gesamtschau.

In einer Situation, in der Finanzmittel und Fachkräfte nicht mehr ausreichen, um alle Leistungen bedarfsgerecht zu erbringen, stehen alle Leistungen in Gesundheit und Pflege in Konkurrenz zueinander um begrenzte Finanzmittel und um eine nicht ausreichende Zahl von Fachkräften. Dies bedeutet, dass jeder Euro, der im Gesamtsystem nicht bedarfsgerecht ausgegeben wird, an anderer Stelle fehlt. Jede Fachkraft, die falsch eingesetzt ist, fehlt im Gesamtsystem an anderer Stelle.

Betroffen sind alle vier großen Leistungsbereiche, ambulante medizinische Versorgung, akutstationäre medizinische Versorgung (Krankenhaus), Pflege und Rehabilitation. Und je mehr diese Leistungsbereiche ohne Würdigung der Gesamtsituation ausgeweitet werden, desto schwerer wird es, eine bedarfsgerechte Versorgung bei begrenzten Mitteln sicherzustellen.

Diese Sichtweise stellt keine neu gewährten und keine in der Diskussion befindlichen Leistungen in ihrer Bedeutung und in ihrer Berechtigung infrage. Dies zu tun wäre vermessen. Jede dieser Leistungen muss sich jedoch in Anbetracht begrenzter Finanzmittel und begrenzter Fachkräfte im Vergleich mit allen anderen Leistungen messen lassen und in Art und Umfang daraufhin überprüft werden, welcher Stellenwert ihr in Konkurrenz mit allen anderen Leistungen zukommt.

Mit dieser Sichtweise wird ausschließlich auf die Gesamtproblematik hingewiesen, die sich aus einer Versorgungssituation mit begrenzten Ressourcen ergibt. Im folgenden Kapitel soll der Versuch unternommen werden, für einzelne Themen Antworten zu geben und Wege aufzuzeigen, die in die Zukunft führen können.

3 Lösungsansätze

3.1 Vorbemerkung

Die Antwort auf die mit den Entwicklungslinien aufgeworfenen Fragen erfordert Maßnahmen sowohl in der Einnahmen- als auch in der Ausgabengestaltung. Das IGSF hat Vorschläge in zwei kürzlich erschienenen Bänden der instituts-eigenen Schriftenreihe vorgelegt.²¹ Diese Vorschläge orientieren sich im Wesentlichen an der heutigen Gesetzeslage.

Diese Arbeit macht jedoch deutlich, dass die auf die Gesundheitsversorgung und auf die Versorgung Pflegebedürftiger zukommenden Probleme ein neues Denken in der Gesundheitspolitik erfordert mit politischen Entscheidungen, die heutige Regelungen grundsätzlich in Frage stellen und damit einen radikalen Politikwandel. Die Bundesgesetzgebung muss umgestellt werden auf eine Rahmengesetzgebung mit einem weitgehenden Verzicht auf detaillierte Regelungen und zentral vorgegebenen Kontrollmechanismen. Dies gilt in erster Line für das Sozialgesetzbuch V (SGB V). Die Lösungen für die Probleme der Zukunft liegen nicht mehr in Berlin, sie liegen in den Regionen, Kommunen und Landkreisen. Es gilt dezentral vor zentral. Dies beinhaltet auch mehr Freiraum für alle Beteiligten in Gesundheit und Pflege. Es ist in weiten Teilen die Verwirklichung von Grundsätzen der sozialen Marktwirtschaft von Ludwig Erhard. Erinert sei an den Vergleich mit der Rolle des Staates als Schiedsrichter auf dem Fußballfeld, der dafür sorgt, dass die Regeln eingehalten werden, der aber selbst nicht mitspielt. An die Forderung, dass jede Maßnahme von der kleinsten Einheit umgesetzt werden soll, die zur Umsetzung dieser Maßnahme in der Lage ist. Und an die Überzeugung, dass Menschen etwas bewegen können, wenn man sie denn lässt mit mehr Vertrauen in Menschen und ihre Fähigkeit an

²¹ siehe hierzu: 1. Beske, F.; M. Budzyn; U. Golbach; R. Hess; M. Reinicke; Ch. Weber: Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln – Situationsanalyse, internationaler Vergleich, Handlungsoptionen. Schriftenreihe/Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel; Bd. 116. Kiel 2010. 2. Beske, F.: Handlungsoptionen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln. Schriftenreihe/Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel; Bd. 117. Kiel 2010.

verantwortungsvolles Handeln, ohne dabei die Notwendigkeit von Kontrollen außer Acht zu lassen.

Die nachfolgenden Überlegungen und Vorschläge können nur beispielhaft sein, können nur skizziert werden. Sie sollen bewirken, dass eine Diskussion darüber beginnt, was jenseits von derzeitigen Regelmechanismen getan werden muss, um den Problemen der Zukunft zu begegnen.

3.2 Integrative Regionalisierung

Wenn es so ist, dass die vier Leistungsbereiche ambulante medizinische Versorgung, akutstationäre medizinische Versorgung (Krankenhaus), Pflege und Rehabilitation in der Finanzierung und in der professionellen Erbringung von Leistungen um Finanzmittel und Fachkräfte konkurrieren werden und dass eine bedarfsgerechte Sicherstellung von Leistungen nach heutigen Maßstäben nicht mehr möglich ist, dann stellt sich die Frage, wie lange eine isolierte Leistungsplanung und Leistungserbringung noch aufrecht erhalten werden kann. Erforderlich wird vielmehr ein koordinierter Ansatz, der auf der regionalen Ebene alle vier Leistungsbereiche umfasst, der Überkapazitäten in einem und Unterkapazitäten in anderen Leistungsbereichen ausgleicht mit dem Ziel einer integrativen Versorgung. Die isolierte Bedarfs- und Versorgungsplanung muss von einer integrativen Bedarfs- und Versorgungsplanung abgelöst werden. Ansätze im ambulanten vertragsärztlichen Bereich, teilweise auch in Verbindung mit Krankenhäusern, mit Pflege und mit Rehabilitation können Vorbild sein und weiterentwickelt werden. Erforderlich sind leistungs- und sektorenübergreifende Verbände.

Eine besondere Bedeutung kommt dabei den Kommunen und Landkreisen zu. Gesundheit und Pflege sind für Kommunen und Landkreise Teil der Daseinsvorsorge. Eine gesicherte Versorgung ist ein Standortvorteil. Solange die Versorgung von Dritten sichergestellt werden muss, aber auch sichergestellt werden kann, ist dies kaum ein Anreiz, sich mit dieser Problematik zu befassen. Diese Situation geht in vielen Regionen dem Ende entgegen. Teilweise ist sie

bereits zu Ende gegangen. Erinnert sei an den Ärztemangel in ländlichen Regionen. Es ist zu erwarten, dass für viele Kommunen und Landkreise die Gesundheitsversorgung und die Versorgung Pflegebedürftiger an Bedeutung gewinnt. Gesundheit und Pflege werden zum Thema. Die Bevölkerung wird Lösungen erwarten, und sie erwartet sie in erster Linie von ihren Bürgermeistern, Landräten und Kommunalpolitikern. Kommunen und Landkreise sind damit ein bedeutender Faktor in einer integrativen Versorgung.

Diese Entwicklung wird durch die Notwendigkeit gefördert, das ehrenamtliche Element zu stärken. In der Versorgung Pflegebedürftiger wird sowohl in Pflegeheimen als auch in der ambulanten Pflege der Mangel an Pflegekräften zunehmen und schwer zu bewältigende Ausmaße annehmen. Schon wird von einem Pflegenotstand und einem Pflegechaos gesprochen. Die pflegerische Versorgung allein durch Fachkräfte wird nicht mehr möglich sein. Damit wird es auf der kommunalen Ebene erforderlich, die Versorgung in einer Verbindung von professioneller Versorgung und ehrenamtlicher Tätigkeit sicherzustellen. Ehrenamtlichkeit und organisierte Nachbarschaftshilfe werden die professionelle Pflege ergänzen müssen. Hier haben auch Wohlfahrtsverbände ihr Betätigungsfeld. Voraussetzung ist die Anerkennung des Problems, sind Initiativen, sind organisierte Lösungen.

Eine stärker regionalisierte und kommunalisierte Versorgung ist ohne zusätzliche Finanzmittel nicht möglich. Die Politik hat die Aufgabe zu prüfen, wie in der Gesundheitsversorgung und in der Versorgung Pflegebedürftiger die Finanzströme so gelenkt werden können, dass in den Regionen einerseits die für eine integrative Versorgung erforderlichen Finanzmittel zur Verfügung stehen, dass aber auch andererseits Verfügungshoheit über diese Mittel besteht ohne die insgesamt zur Verfügung stehenden Finanzmittel zu erhöhen. Da in der Verwendung dieser Mittel unterschiedliche Interessen ausgeglichen und dem gemeinsamen Ziel, eine bedarfsgerechte und kostengünstige Versorgung untergeordnet werden müssen, ist die Konstruktion dieses Verfahrens die vielleicht schwierigste Aufgabe bei der Sicherstellung einer integrativen Versorgung. Aber genau so, wie politische Energie und Verwaltungsaufwand eingesetzt

werden, um immer weitergehende Reglementierungen und Kontrollmechanismen zu erarbeiten, sollte es auch möglich sein, diese Energie und diesen Aufwand für eine gegenläufige Entwicklung einzusetzen. Das Ziel muss ein bedarfsbestimmtes und kostengünstiges Verfahren sein nach dem juristischen Grundsatz, dass die besten Verträge die auf Gegenseitigkeit sind. Modern ausgedrückt: Es muss eine win-win-Situation entstehen. Dies ist besonders schwierig darum, weil verschiedene Sozialsysteme zu integrieren sind, Lösungen bei Zuständigkeiten unter einem Dach sind einfacher. Es kann aber z. B. nicht sein, dass ein Hausbesuch oder ein Besuch in einem Pflegeheim unterbleibt, weil ein solcher Besuch unzureichend honoriert ist, dass aber Krankentransportkosten und Krankenhauskosten anfallen, die von der Indikation her vermeidbar wären. Die Lösung muss lauten, dass die durch den Hausbesuch im System erfolgten Einsparungen auch für den Hausbesuch des Arztes Vorteile bringt. Oder dass eine Rehabilitation in der geriatrischen Abteilung eines Krankenhauses erfolgt, obwohl diese Rehabilitation auch im Pflegeheim oder ambulant erfolgen könnte. Immer geht es zunächst um das Patientenwohl, dann aber um kostengünstige Lösungen, an denen alle Beteiligten partizipieren.

Die Bundesländer haben übrigens begonnen, vom Bund mehr Zuständigkeiten und mehr Gestaltungsmöglichkeiten in Gesundheit und Pflege einzufordern.

3.3 Integration von Gesetzlicher Krankenversicherung, Sozialer Pflegeversicherung und Rehabilitation

Das durch Finanz- und Arbeitskräftemangel bedingte integrative Konzept erfordert ein intensives Zusammenwirken von Gesetzlicher Krankenversicherung, Sozialer Pflegeversicherung und Rehabilitation. Die 1995 eingeführte Soziale Pflegeversicherung war in ihren Leistungen zum Teil Inhalt der GKV, ergänzt insbesondere um finanzielle Leistungen bei Pflegebedürftigkeit. Die Verwaltung der SPV ist Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen. Es würde eine integrative Versorgung erleichtern, wenn GKV und SPV wieder zusammengeführt und damit die Soziale Pflegeversicherung in die Gesetzliche Krankenversicherung integriert wird.

Die Rehabilitation hat insbesondere im Bereich der stationären Rehabilitation in Deutschland ein Ausmaß, das weltweit einmalig sein dürfte. Erforderlich ist zunächst ein Abbau der stationären Rehabilitation mit einem Ausbau der wohnortnahen ambulanten Rehabilitation. Stationäre Rehabilitationseinrichtungen werden überwiegend von der Rentenversicherung getragen oder finanziert. Der Rückgang versicherungspflichtiger Arbeitnehmer müsste schon zwangsläufig zu einem Abbau stationärer Rehabilitationseinrichtungen führen. Erforderlich ist eine sich an einem begrenzten Bedarf und an begrenzten Finanzmitteln und Fachkräften orientierte Planung stationärer Rehabilitationskliniken mit einer Konzentration auf Rehabilitationsmaßnahmen mit speziellen Anforderungen wie für Querschnittsgelähmte oder die onkologische Rehabilitation. Die frei gestellten Fachkräfte werden an anderer Stelle dringend gebraucht. Darüber hinaus ist zu prüfen, wie eine Integration mit der Gesundheitsversorgung und der Versorgung Pflegebedürftiger gefördert werden kann.

3.4 Abgestufte professionelle Versorgung

Der Fachkräftemangel führt zu der Notwendigkeit einer eindeutigen Aufgabenbestimmung und damit einer Definition derjenigen Tätigkeiten, die von einem Beruf erbracht werden müssen. Dies betrifft in erster Linie den Beruf des Arztes. Für die heute von Ärzten ausgeführten Tätigkeiten gibt es in Zukunft nicht die hierfür erforderliche Zahl an Ärzten. Ziel ist eine abgestufte Partnerschaft aller Berufe im Gesundheitswesen.

Die Sicherstellung der professionellen Versorgung ist darüber hinaus an zwei Voraussetzungen gebunden:

- Entlastung aller Fachkräfte von Aufgaben, die von geringer qualifiziertem Personal erbracht werden können.
- Abbau des bürokratischen Aufwands, darunter in der Dokumentation. Dokumentation ist erforderlich, für die eigene Arbeit, zur Qualitätssicherung, zum Leistungsnachweis und aus haftungsrechtlichen Gründen. Aber Dokumentation kostet Zeit und damit Geld. Sie hält Fachkräfte von ihrer

eigentlichen Aufgabe ab. Dokumentation muss damit auf das erforderliche Maß begrenzt und so rationell wie möglich gestaltet sein.

Erforderlich ist weiter der Ausbau der Pflegeassistentenberufe.

In der Versorgung Pflegebedürftiger ist auch zu prüfen, welche Tätigkeiten von ehrenamtlichen Kräften übernommen werden können. Die Überprüfung der Compliance bei der Arzneimitteleinnahme z. B. erfordert keine Fachkunde, aber Anleitung. Insgesamt ein weites Feld für Initiativen auf der kommunalen Ebene.

3.5 Innovationen

Innovationen werden meist mit innovativen Arzneimitteln in Verbindung gebracht (Kap. 2.4). Die Bedeutung von Innovationen geht jedoch über die Bedeutung von innovativen Arzneimitteln hinaus. Benötigt werden Innovationen für den Versorgungsbereich, werden Innovationen, die Fachkräfte und dabei vorzugsweise Ärzte und Pflegekräfte entlasten und mit denen die selbstständige Lebensführung erleichtert wird. Forderungen wären

- Arzneimittel, mit denen eine kontinuierliche oder im Laufe eines Tages mehrfache Einnahme reduziert, mit denen generell die Selbstständigkeit von Patienten oder Pflegebedürftigen erhöht wird. Schon die Umstellung in der Arzneimittelanwendung von mehrmals täglich auf einmal täglich ist für alle Beteiligten ein Gewinn. Dies trifft auch für jede Möglichkeit zu, die Sicherheit der Arzneimittelversorgung zu erhöhen.
- In der Medizintechnik die weitere Förderung von Selbstständigkeit und Unabhängigkeit.
- In der Informationstechnologie der Ausbau der Telemedizin, die vielfältige Möglichkeiten von Überwachung, Meldung kritischer Zustände und damit insgesamt eines reduzierten Einsatzes von Fachkräften und damit ebenfalls die Selbstständigkeit fördert.

Gefordert sind damit versorgungsorientierte Innovationen im Pharmabereich, in der Medizintechnik und in der Informationstechnologie. Der zusätzliche Nutzen muss jedoch nachweisbar sein und wahrgenommen werden können.

3.6 Ausgabenbegrenzung

Mit keiner wie auch immer gearteten Finanzierungsform ist der heutige Leistungsumfang der GKV und sind die auf die GKV durch neue Leistungen zukommenden weiteren Ausgaben zu finanzieren (Kap. 2.7). Fast immer werden mehr Mittel gefordert. Dies kann nicht die Zukunft sein. Die Ausgabenbegrenzung betrifft den Leistungskatalog, die Leistungsstruktur und die Leistungsinhalte.

Das IGSF hat diese Problematik besonders in drei Bänden der institutseigenen Schriftenreihe behandelt.²² Es ist geplant, die in diesen Arbeiten enthaltenen Vorschläge weiterzuentwickeln. Grundlage ist dabei u. a. eine restriktive Änderung der in § 1 SGB V enthaltenen weitgefassten Aufgabenstellung der GKV dahingehend, dass Aufgabe der GKV in erster Linie die **Versorgung im Krankheitsfall** ist, ergänzt um definierte Präventionsmaßnahmen. Bereits in Band 110 der institutseigenen Schriftenreihe „Zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung“ ist dargelegt worden, dass die GKV mit einem Betrag von fast 50 Milliarden Euro jährlich Leistungen finanziert, die der GKV von der Politik aus sozial-, gesellschafts- oder familienpolitischen Gründen übertragen worden sind. Da eine immer kleiner werdende Zahl von Beitragszahlern ein immer größer werdendes Ausgabenvolumen der GKV zu finanzieren hat (Kap. 2.7), besteht auch aus diesem Grund Handlungsbedarf. Es geht außerdem darum, konsequent das Gebot von § 12 SGB V umzusetzen, wonach die Leistungen

²² siehe hierzu: 1. Beske, F.: Neubestimmung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung – Ein Handlungskonzept. Schriftenreihe/Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel; Bd. 107. Kiel 2006. 2. Beske, F.; M. Budzyn; U. Golbach; R. Hess; M. Reinicke; Ch. Weber: Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln – Situationsanalyse, internationaler Vergleich, Handlungsoptionen. Schriftenreihe/Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel; Bd. 116. Kiel 2010. 3. Beske, F.: Handlungsoptionen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln. Schriftenreihe/Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel; Bd. 117. Kiel 2010.

der GKV ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Zu selten wird in der gesundheitspolitischen Diskussion auf dieses Gebot hingewiesen, zu selten wird dieses Gebot selbst bei der Gesetzgebung beachtet. Stattdessen werden grundsätzlich Leistungen des höchsten Leistungsniveaus ohne Einschränkungen gefordert und versprochen.

Zur Überprüfung der Ausgabenseite gehört die Überprüfung der Leistungsstruktur und der Leistungsinhalte, bei der **Leistungsstruktur** z. B. die Frage nach der Zahl und der Verteilung von Krankenhausbetten, der Umfang der stationären Rehabilitation und die Zahl der Arztkontakte, bei den **Leistungsinhalten** z. B. die Versorgung von Frühgeborenen, die Indikation zum Einsatz einer Endoprothese und die Palliativmedizin.

3.7 Rationierung und Priorisierung

Mit der auf die Gesundheitsversorgung zukommenden Entwicklung wird die Diskussion über Rationierung und Priorisierung intensiviert werden müssen. Diese Diskussion erfordert eindeutige Definitionen und die allgemeine Anerkennung dieser Definitionen.²³

Das Wort **Rationierung** leitet sich von lateinisch ratio ab, was Vernunft oder Verstand bedeutet. Rationierung ist daher von seinem Wortstamm her ein wertneutraler Begriff. Rational bedeutet vernünftig, zweckmäßig oder schlüssig. Rationierung wäre in der Gesundheitsversorgung die sinnvolle, die vernünftige, die rationale Verwendung begrenzter Mittel, der bestmögliche Einsatz begrenzter Ressourcen mit einem Optimum an Versorgung und bestmöglichem Resultat. An keiner Stelle wird Rationierung als die **Vorenthaltung notwendiger Leistungen** definiert so, wie es in die öffentliche Diskussion eingegangen ist. Mit der Begründung, dass Rationierung gleichzusetzen ist mit der Verweigerung einer notwendigen Versorgung wird jede Diskussion über Rationierung

²³ Beske, F.: Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – Wer diskutieren will, muss definieren. *Arzt und Krankenhaus* (2011) 1, 18-19.

abgelehnt, da die Verweigerung notwendiger Leistungen unethisch und damit nicht diskussionswürdig ist.

Es gibt zwei Formen von Rationierung, die explizite und die implizite Rationierung.

Explizite oder offene Rationierung ist eine öffentlich gemachte, begründete und damit transparente Nichtgewährung von Leistungen.

Implizite oder heimliche, stille, verborgene, verdeckte, unkontrollierte oder versteckte Rationierung ist jede Form von Rationierung, die nicht öffentlich gemacht wird. Wartezeiten z. B. können eine Form von impliziter Rationierung sein. Budgets können dann zu impliziter Rationierung führen, wenn ihr Volumen nicht reicht, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Die implizite Rationierung ist die ungerechteste und unsozialste Form von Leistungseinschränkung überhaupt. Sie ist zufallsbedingt und wahllos und kann damit gerade diejenigen von Leistungen ausschließen, für den diese Leistungen notwendig und bedarfsgerecht sind.

Priorisierung geht auf den lateinischen Wortstamm „prior“ zurück, der drei Bedeutungen hat: Der Vordere oder Vorderste, der Erste oder Frühere und der Höherstehende oder Wichtigere. Im französischen wird „priorité“ als Vorrang definiert. Dementsprechend geht es bei der Priorisierung um Vorrangiges und Nachrangiges, um Prioritäten und um Posterioritäten.

Vertikale Priorisierung ist in der Medizin die Aufstellung einer Rangordnung, einer Hierarchie innerhalb eines bestimmten und abgegrenzten Versorgungsbereichs, einer Indikation oder eines Krankheitsbildes, z. B. Kardiologie, Diabetes oder Onkologie. Es ist eine Rangfolge der jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten in Diagnostik und Therapie. Vertikale Priorisierung kann neben seinem Einsparpotenzial auch eine Form von Qualitätssicherung sein.

Horizontale Priorisierung ist die Gewichtung unterschiedlicher Versorgungsbereiche, Indikationen oder Krankheiten. Es ist die Allokation von Finanzmitteln nicht nur für einzelne Krankheiten oder Krankheitsgruppen, sondern für eine

Gesundheitsversorgung insgesamt und damit letztlich für ein ganzes Gesundheitssystem. Horizontale Priorisierung ist bisher noch für kein Gesundheitssystem angegangen worden. Rationierung und Priorisierung wie auch Prioritätensetzung, eine weniger provozierende Formulierung, haben im Grunde das gleiche Ziel: Entscheiden, wo und wie begrenzte Ressourcen sinnvoll eingesetzt werden.

Für eine Reihe von Politikbereichen wird gesagt, die Gesellschaft müsse wissen und sagen, was ihr dieser Politikbereich wert ist. Beispiele sind

- Familie
- Bildung
- Forschung
- Versorgung der Alten
- Gesundheit
- Innere und äußere Sicherheit.

Die Zuordnung von Mitteln zu einzelnen Politikbereichen ist eine Form von horizontaler Priorisierung, dies im politischen Bereich allerdings ohne wissenschaftliche Begründung so, wie es für den Gesundheitsbereich gefordert werden muss.

3.8 Schlussbemerkung

„Die Prognose von heute ist der Irrtum von morgen“ – so oder ähnlich könnten die hier vorgelegten Berechnungen, Prognosen und Schlussfolgerungen beurteilt werden. Keine dieser Zahlen, keine Prognose muss so stimmen. Was aber stimmt sind Größenordnungen und Entwicklungstendenzen.

Es gibt grundsätzlich zwei Möglichkeiten, mit der Zukunft umzugehen:

- Die Zukunft auf sich zukommen zu lassen und zu reagieren.
- Die Zukunft zu erfassen und zu agieren.

Nur der zweite Weg bietet die Möglichkeit, künftigen Generationen ein Erbe zu hinterlassen, das auch ihnen eine Zukunft bietet.

Die Aufgabe lautet, Konzepte zu entwickeln, deren Kernpunkte Dezentralisierung und Regionalisierung mit Stärkung von Selbstverwaltung und ehrenamtlichem Element, von Nachbarschaftshilfe, von freiwilligen und integrierten Zusammenschlüssen von Leistungserbringern und Leistungsbereichen auf der Grundlage eines klaren Realitätsbezugs hinsichtlich finanziell und personell begrenzter Ressourcen sind. Es ist sicher einfacher, vielleicht auch publikumswirksamer, bundesweit geltende Gesetze, Verordnungen und Kontrollmechanismen mit klar definierten Zuständigkeiten zu erlassen als in zahlreichen Verbänden auf der regionalen und kommunalen Ebene Lösungen mit einer größeren Zahl von Beteiligten und unterschiedlichen Interessen zu suchen. Die Einheitlichkeit geht verloren. Ob jedoch bei der auf die Gesellschaft zukommenden Problematik der erste Weg, der Weg von Gesetz und Kontrolle, in der Lage ist, die Probleme der Zukunft zu lösen, dies muss bezweifelt werden. Detaillierte, den örtlichen Lebensumständen angepasste und alle Möglichkeiten effektiven Handelns einbeziehende Lösungen sind nur dezentral zu erreichen. Dies erfordert allerdings den Mut zur Lücke und zum Unterschied.

Die Zeit drängt, denn gesellschaftliche Prozesse brauchen ihre Zeit. Die Schere zwischen steigendem Bedarf und sinkenden Möglichkeiten der Bedarfsdeckung geht jedoch immer weiter auseinander. Theoretisch ist ab 2020 ein Schub in diese Richtung zu erwarten, da dann der Rentenzugang darum besonders hoch ist, weil die Baby-Boomer-Jahre, die starken Geburtsjahrgänge 1955 bis 1968, das Renteneintrittsalter erreichen mit einem Höhepunkt 2029. Da jedoch das tatsächliche Renteneintrittsalter um etwa vier Jahre vor dem gesetzlichen Renteneintrittsalter liegt, muss ab 2016 mit Auswirkungen der Baby-Boomer-Jahre gerechnet werden. Dies bedeutet, dass eine immer größer werdende Zahl derer, die heute Leistungen erbringen und die für die Finanzierung dieser Leistungen arbeiten, zu Nachfragern von Leistungen wird, und dies ohne Ersatz.

Die Zeitspanne bis etwa 2016 bedeutet, dass derjenige, der warten will bis er handeln muss, erst dann zu handeln braucht, wenn er von den Ereignissen zum Handeln gezwungen wird, also etwa 2016. Er kann also noch warten. Mit das Schlimmste im öffentlichen Leben jedoch ist es, sich und anderen etwas vorzumachen. Dies bedeutet, dass derjenige, der Probleme der Zukunft lösen will, nicht warten darf, bis er von den Problemen eingeholt worden ist. Gehandelt werden muss sofort.

Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel

*nicht mehr lieferbar

- 1 Strukturanalyse des Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein. 8 Einzelbände. Kiel 1978.
- Einzelband 1:*
Fiedler, G.: Einführung in das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. 215 S. ISBN 3-88312-051-0
- Einzelband 2:*
Kruse, O.: Ambulante ärztliche Versorgung.
Wolff, U.; U. Lorenzen; R. Görner: Stationäre Versorgung durch Einrichtungen des Sozialwesens.
Wolff, U.; U. Lorenzen; R. Görner: Ambulante Versorgung durch Einrichtungen des Sozialwesens. 216 S. ISBN 3-88312-052-9
- Einzelband 3:*
Hopf, E.-J.; P. Moritzen: Öffentliches Gesundheitswesen. 248 S. ISBN 3-88312-053-7
- Einzelband 4:*
Brandecker, K.: Krankenhausversorgung. 392 S. ISBN 3-88312-054-5
- Einzelband 5:*
Kruse, O.: Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und andere Kostenträger. 203 S. ISBN 3-88312-055-3
- Einzelband 6:*
Zur, K.: Rettungswesen.
Hülsmann, P.: Rehabilitation.
Frost, G.; B. Waldvogel: Kur- und Bäderwesen.
Hagemann, L.: Berufe des Gesundheitswesens.
Hagemann, L.: Ambulante nicht-ärztliche Versorgung. 332 S. ISBN 3-88312-056-1
- Einzelband 7:*
Griesser, G.: Formelle und informelle Kommunikationssysteme.
Rüschmann, H.-H.: Medizintechnik.
Amschler, U.; F. Kress: Arzneimittelversorgung. 200 S. ISBN 3-88312-057-X
- Einzelband 8:*
Schmidt, R.: Materialien zu Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. 281 S. ISBN 3-88312-058-8
- 2 Vergleich des Aufwands der gesetzlichen Krankenkassen bei ambulanter Behandlung durch niedergelassene Fachärzte und durch beteiligte Krankenhausärzte. Eine Pilotstudie. Kiel 1981. 93 S. ISBN 3-88312-059-6
- 3 Boschke, W. L.: Sozialökonomische Aspekte der Hypotonie. Kiel 1981. 103 S. ISBN 3-88312-060-X
- 4 Beske, F.; Th. Zalewski: Gesetzliche Krankenversicherung. Analysen - Probleme - Lösungsansätze. Kiel 1981. 165 S. ISBN 3-88312-061-8
- 5 Seffen, A.: Gesetzliche Krankenversicherung. Analysen - Probleme - Lösungsansätze. Einzelgutachten Entgeltfortzahlung. Kiel 1982. 182 S.
- 6 Beske, Chr.: Zur Problematik der Approbationsordnung für Ärzte vom 28.10.1970 in der Fassung vom 24.02.1978 unter besonderer Berücksichtigung der aktuellen Diskussion. Kiel 1982. 133 S.

- | | | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7 | Rüschmann, H.-H.: Die Bedeutung der Krankenhaus-Diagnosestatistik bei der Analyse zentraler Probleme im Gesundheitswesen - Schwächen der Krankenhausbedarfsplanung und empirische Auswirkungen. Kiel 1982. 50 S.
ISBN 3-88312-063-4 | 15 | Rüschmann, H.-H.; F. Geigant; H. W. Holub; H. Schnabel; R. Schmidt; U. Schmidt: Verflechtungsanalyse des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland. Kiel 1986. 206 S.
ISBN 3-88312-071-5 |
| 8 | Cranz, H.; S. Czech-Steinborn; H. Frey; K.-H. Reese: Selbstmedikation - Eine Standortbestimmung. Kiel 1982. 151 S.
ISBN 3-88312-064-2 | 16 | Cranz, H.: Nutzen und Risiken der Selbstbedienung bei freiverkäuflichen Arzneimitteln. Kiel 1986. 151 S.
ISBN 3-88312-070-7 |
| 9 | Beske, F.; W. L. Boschke; H.-H. Rüschmann: Effizienzanalyse der medikamentösen Hypotonithherapie. Kiel 1983. 108 S.
ISBN 3-88312-064-2 | 17 | Beske, F.; R. Hanpft: Gesundheitsökonomische Aspekte zum erworbenen Immundefektsyndrom (AIDS). I. Blutspendewesen. Kiel 1986. 62 S.
ISBN 3-88312-072-3 |
| 10 | Beske, F.; Th. Zalewski: Gesetzliche Krankenversicherung. Systemerhaltung und Finanzierbarkeit. Kiel 1984. 101 S.
ISBN 3-88312-065-0 | 18 | Beske, F.; L. Delesie; F. Rutten; H. Zöllner: Hospital Financing Systems. Report on two WHO Workshops. Kiel 1987. 370 S.
ISBN 3-88312-073-1 |
| 11* | Cranz, H.: Situationsanalyse, Beurteilung, Determinanten und Entwicklungstendenzen der Selbstmedikation. Kiel 1985. 306 S. | 19* | Jenke, A.; A.-M. Reinkemeier: Berufliche Wiedereingliederung von Krankenschwestern nach der Familienpause. Bericht über einen Wiedereingliederungskurs. Kiel 1988. 46 S.
ISBN 3-88312-074-X |
| 12 | Rüschmann, H.-H.; R. Thode: Prognosemodell Zahnärzte. Entwicklung von Anzahl und Struktur für die Bundesrepublik Deutschland über das Jahr 2000 hinaus: Zahnärzte insgesamt - Berufstätigkeit - Tätigkeitsfelder - Alter und Geschlecht - Ausländer - Zahnarztdichte. Kiel 1985. 80 S.
ISBN 3-88312-067-7 | 20* | Reinecke, F.; R. Hanpft; F. Beske: Gesundheitsökonomische Aspekte zum erworbenen Immundefektsyndrom (AIDS). II. Diagnose und Therapie. Kiel 1988. 141 S.
ISBN 3-88312-075-8 |
| 13 | Beske, F.; H. Cranz; B. Eberwein; H. A. Kranz: Die Funktion der Verschreibungspflicht im heutigen Gesundheitswesen. Kiel 1985. 108 S.
ISBN 3-88312-068-5 | 21 | Beske, F.; G.-T. Horn; A. Jenke; A.-M. Reinkemeier; K. Sullivan: Gutachten zum Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte nach § 38 des Entwurfes eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen. Kiel 1988. 56 S.
ISBN 3-88312-077-4 |
| 14 | Cranz, H.: Billigarzneimittel. Eine kritische Analyse. Kiel 1985. 94 S.
ISBN 3-88312-069-3 | | |

- 22 Jenke, A.; F. Beske: Leistungs- und Kostenvergleich zwischen stationärer und ambulanter Altenhilfe. Eine Pilotstudie. Kiel 1988. 85 S. ISBN 3-88312-078-2
- 23 Beske, F.; A.-M. Reinkemeier; K. Sullivan: Gutachten über die nach dem Gesundheits-Reform-Gesetz vorgeschriebene Festbetragsregelung für Rollstühle. Kiel 1989. 76 S. ISBN 3-88312-079-0
- 24 Jenke, A.; C. Matthis; E. Becker; F. Beske: Begleitforschung zum Großmodell Gesundheitsämter - AIDS. I. HIV-Testung in den Gesundheitsämtern der Bundesrepublik Deutschland bis zum Juni 1988. II. Großmodell Gesundheitsämter - AIDS: Evaluationskonzept, Aufbau und Einführung der Berichterstattung. Kiel 1989. 119 S. ISBN 3-88312-081-2
- 25 Jenke, A.; A.-M. Reinkemeier; F. Beske: Gesundheitsökonomische Aspekte zum erworbenen Immundefektsyndrom (AIDS). III. Prävention, psychosoziale Betreuung und Beratung, Forschung. Kiel 1989. 154 S. ISBN 3-88312-080-4
- 26 Study of Methods to determine Hospital Bed-to-Population Ratios and their Use. Kiel 1989. 140 S. ISBN 3-88312-083-9
- 27 Hanpft, R.; A. Jenke; J.G. Brecht: Ökonomische Analyse der Arzneimitteltherapie chronisch-obstruktiver Atemswegerkrankungen - Grundlagen und methodische Ansätze. Kiel 1989. 104 S. ISBN 3-88312-082-0
- 28 Beske, F.; F.-M. Niemann: Universitäre Ausbildungskapazitäten für den Studiengang Medizin unter Qualitätsgesichtspunkten unter besonderer Berücksichtigung des Gutachtens von Infratest Gesundheitsforschung „Untersuchung über die Anforderungen an eine ordnungsgemäße ärztliche Ausbildung und über die tatsächliche Situation in der ärztlichen Ausbildung“. Kiel 1989. 45 S. ISBN 3-88312-084-7
- 29 Bericht über die Tagung „Qualitätssicherung im Gesundheitswesen“. Report on a Working Group „Quality Assurance in Health Care“. Kiel, 21. - 25. November 1988. Kiel 1989. 135 S. ISBN 3-88312-085-5
- 31 Jenke, A.; C. Matthis; E. Becker; F. Beske: Begleitforschung zum Großmodell Gesundheitsämter - AIDS. Modellstruktur, Angebotsmerkmale und Beginn der Berichterstattung durch die AIDS-Fachkräfte. Kiel 1990. 128 S. ISBN 3-537-79100-3
- 32 Thoben, I.; R. Hanpft; C. Matthis; K. Sullivan; F. Beske: Epidemiologische und volkswirtschaftliche Aspekte der Pflegebedürftigkeit durch Hirnleistungsstörungen im Alter. Kiel 1991. 106 S. ISBN 3-537-79701-X
- 33 Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie als Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen. Health system monitoring and epidemiology as a basis for health policy decisions. WHO-Workshop in Kiel. Kiel, 14. - 16.11.1989. Kiel, 1994. 146 S. ISBN 3-87825-050-9

- 34* Jenke, A.; I. Thoben; E. Angerstein: Begleitforschung zum Großmodell Gesundheitsämter - AIDS. 3. Zwischenbericht. Darstellung und Bewertung von Modelleleistungen. Kiel 1991. 262 S. ISBN 3-537-74101-4
- 35 Bericht über die Tagung „Unerwünschte Arzneimittelwirkungen - Erfassungsmethoden und Bewertung“. Report on the Meeting on Methods for the Detection and Study of Unwanted Drug Effects. Kiel, 26. - 29.11.1990. Kiel 1991. 208 S. ISBN 3-537-83501-9
- 36* Niemann, F.-M.; F. Beske: Pilotprojekt „Qualitätssicherung in Krankenhäusern Schleswig-Holsteins“. Kiel 1992. 273 S. ISBN 3-537-83601-5
- 37 Keuchel, L.; F. Beske: Bericht zur Situation der minimal invasiven Chirurgie in der Bundesrepublik Deutschland. Kiel 1992. 88 S. ISBN 3-537-83701-1
- 38 Thoben, I.; D. Müller; E. Angerstein; A.-M. Reinkemeier; F. Beske: Großmodell Gesundheitsämter - AIDS. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Darstellung und Bewertung von Modelleleistungen. Kiel 1992. 128 S. ISBN 3-537-83801-8
- 39 Bericht über die Tagung „Das öffentliche Gesundheitswesen im Jahr 2000“. Report on the meeting on “Public Health in the year 2000”. Kiel, 18.-21.11.1991. Kiel 1992. 284 S. ISBN 3-537-83901-4
- 40 Kyburg, L. C.; P. K. Schädlich: Investigation into the self-sufficiency of the Federal Republic of Germany with regard to blood and blood products as compared to selected European countries (Great Britain, Sweden, The Netherlands) with particular reference to the therapeutic standard in the Federal Republic of Germany. Kiel 1993. 103 S. u. Anhang. ISBN 3-87825-044-4
- 41 Neumann, K.-P.; J. G. Brecht; P. K. Schädlich: Kostenvergleichsrechnung zur Prävention NSAR-induzierter Gastroduodenopathien mit Misoprostol. Kiel 1993. 49 S. ISBN 3-87825-045-2
- 42 Bericht über die Tagung „Künftige Finanzierung der Gesundheitsversorgung bei steigenden Kosten und begrenzten Ressourcen“. Report on the meeting on “The future of health care financing: Increasing demand and limited resources”. Kiel, 9.-12.11.1992. Kiel 1993. 259 S. ISBN 3-87825-046-0
- 43 Tätigkeitsbericht 1992 - 1993. Kiel 1994. 37 S. ISBN 3-87825-049-5
- 44 Neumann, K.-P.; F. Beske: Analyse der Kostensituation Hamburger Krankenkassen im Vergleich mit anderen Regionen. Kiel, 1994. 132 S. ISBN 3-87825-051-7
- 45* Bericht über das Symposium „Arzneimittel aus Blut und Plasma: Selbstversorgung und Sicherheit - Bestandsaufnahme und Perspektiven. Report on the Symposium “Pharmaceuticals of Blood and Plasma”: Self-sufficiency and Safety - Analysis and Perspectives. Bonn, 16.03.1994. Kiel 1994. 128 S. ISBN 3-87825-052-5

- | | | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46* | Bericht über die Tagung zur „Beurteilung von Produktivität, Effizienz, Effektivität und Qualität von Gesundheitssystemen“. Report on the workshop on „the assessment of the productivity, efficiency, effectiveness and quality of a health care system“. Kiel, 22.-25.11.1994. Kiel 1995. 226 S. ISBN 3-87825-053-3 | 53 | Bericht über die Tagung „Neue Versorgungsstrukturen im Rahmen von Krankenversicherung und nationalen Gesundheitsdiensten“. Report on the Workshop „New Provider Structures for Health Insurance and Tax-Based Health Care Systems“. Kiel, 27.-30. November 1995. Kiel 1996. 140 S. ISBN 3-87825-062-2 |
| 47 | Harms, G.; F. Beske: Bagatellmedizin - Sachstandsbericht 1995. Kiel 1995. 52 S. ISBN 3-87825-055-X | 54 | Tätigkeitsbericht 1994 - 1995. Kiel 1996. 45 S. ISBN 3-87825-063-0 |
| 48* | Kern, A. O.; G. Harms; F. Beske: Hirnleistungsstörungen im Alter. Epidemiologische und volkswirtschaftliche Aspekte der Pflegebedürftigkeit durch Hirnleistungsstörungen im Alter. Kiel 1995. 122 S. ISBN 3-87825-056-8 | 55 | Beske, F.; J. F. Hallauer; A. O. Kern: Verantwortungsebenen bei der Verteilung von Gesundheitsgütern. Der Versicherte als Leitbild von Strukturreformen der gesetzlichen Krankenversicherung. Tagungsbericht Eltville, 23./24. Februar 1996. Kiel 1996. 81 S. ISBN 3-87825-064-9 |
| 49 | Kern, A. O.; G. Harms; F. Beske: Hirnleistungsstörungen im Alter. Epidemiologische und volkswirtschaftliche Aspekte der Pflegebedürftigkeit in Österreich. Kiel 1995. 118 S. ISBN 3-87825-057-6 | 56 | Hallauer, J. F.; A. O. Kern; F. Beske: Erwartungen des Beitragszahlers an eine leistungsfähige Krankenversicherung. Ergebnisse einer Meinungsumfrage zu Beitragssatz und Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung. Kiel 1996. 90 S. ISBN 3-87825-065-7 |
| 50* | Beske, F.; J. Hübener: Fremdleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Kiel 1996. 89 S. ISBN 3-87825-058-4 | 57 | Beske, F.; M. Thiede; J. F. Hallauer: Belastungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch Fremdleistungen. Analyse und Lösungsvorschläge. Kiel 1996. 89 S. ISBN 3-87825-066-5 |
| 51* | Kern, A. O.; F. Beske: Volkswirtschaftliche Kosten von Patienten mit Hirnleistungsstörungen im Alter. Vergleich Deutschland und Österreich. Kiel 1996. 59 S. ISBN 3-87825-060-6 | 58 | Beske, F.; J. F. Hallauer; A. O. Kern: Rationierung im Gesundheitswesen? Zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung: Leistungskatalog, Selbstverwaltung, Fremdleistungen. Kiel 1996. 80 S. ISBN 3-87825-067-0 |
| 52 | Beske, F.; A. O. Kern: Der Versicherte als Leitbild von Strukturreformen der gesetzlichen Krankenversicherung. Tagungsbericht. Eltville, 20./21. Oktober 1995. Kiel 1996. 87 S. ISBN 3-87825-061-4 | 59* | Tätigkeitsbericht 1996, Kiel 1997. 45 S. ISBN 3-87825-069-0 |

- 60 Hallauer, J. F.; A. O. Kern; F. Beske: Ansichten von Verbänden und Organisationen im Gesundheitswesen zur Weiterentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ergebnisse einer Meinungsumfrage. Kiel 1997. 77 S. ISBN 3-87825-070-3
- 61 Kern, A. O.; F. Beske; S. Kupsch; J. F. Hallauer: Zur Neubestimmung des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung - Gesundheitsziele, Leistungskatalog und Selbstbeteiligung. Tagungsbericht Eltville IV, 22./23. November 1996. Kiel 1997. 109 S. ISBN 3-87825-071-1
- 62 Hallauer, J. F.; F. Beske: Diagnose- und Therapiestandards in der Medizin. IGSF-Symposium. Bonn, 22. September 1997. Kiel 1998. 101 S. ISBN 3-87825-076-2
- 63 Beske, F.; M. Thiede: Beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen in der gesetzliche Krankenversicherung - Probleme und Lösungsansätze. Kiel 1998. 101 S. ISBN 3-87825-074-6
- 64 Beske, F.; M. Thiede: Krankenversicherung von Rentnern - Entwicklungsperspektiven und Lösungsansätze. Kiel 1998. 92 S. ISBN 3-87825-075-4
- 66 Kupsch, S.; A. O. Kern; J. F. Hallauer: Versorgung von Patienten mit Nierenersatztherapie in Deutschland - Epidemiologische, medizinische und ökonomische Aspekte von Dialyse und Transplantation. Kiel 1998. 184 S. ISBN 3-87825-078-9
- 67 Tätigkeitsbericht 1997/1998. Kiel 1999. 67 S. ISBN 3-87825-079-7
- 68 Beske, F.; A. O. Kern: Symposium „Leitlinien und Standards in der Medizin - auf dem Weg in die Einheitsbehandlung? Hannover, 13. Mai 1998. Kiel 1999. 53 S. ISBN 3-87825-080-0
- 69 Beske, F.; S. Kiauka; C. Michel: Diagnostik und Therapie der Claudicatio intermittens unter besonderer Berücksichtigung von Vasoaktiva. Ergebnisse einer Erhebung unter Angiologen und Gefäßchirurgen. Kiel 1999. 61 S. u. Anhang. ISBN 3-87825-081-9
- 70 Langhein, S.; A. O. Kern; F. Beske: Anforderungen und Rahmenbedingungen zur Erstellung einer Liste verordnungsfähiger Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung - Positivliste. Tagungsbericht Eltville VII, 22./23. Januar 1999. Kiel 1999. 39 S. ISBN 3-87825-082-7
- 71 Beske, F.; O. Shepin; A. O. Kern; A. Lindenbraten: Stand und Zukunft der Krankenversicherung in der Russischen Föderation. Tagungsbericht. Moskau, 22./23. September 1998. Kiel 1999. 80 S. ISBN 3-87825-083-5
- 74 Kupsch, S.; A. O. Kern; C. Klas; B. K. W. Kressin; M. Viononen; F. Beske: Health Service Provision on a Microcosmic Level - An International Comparison. Leistungskatalog der Mikroebene - Ein internationaler Vergleich. Results of a WHO/IGSF Survey in 15 European Countries. Kiel 2000. 337 S. ISBN 3-87825-086-X
- 75 Hallauer, J. F.: Erwartungen an die Gesundheitssystemforschung zum Jahr 2000. Festschrift zum 75. Geburtstag von Professor Dr. med. Fritz Beske, MPH. Kiel 1997. 179 S. ISBN 3-87825-072-X

- 76 Beske, F.; A. O. Kern; S. Kiauka; N. Pfau: Meinungsumfrage zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung. Ergebnis einer Meinungsumfrage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Kiel 1999. 192 S. ISBN 3-87825-087-8
- 78 Kern, A. O.; C. J. Troche; F. Beske: Beteiligungsrechte - Der Patient im Mittelpunkt. Tagungsbericht Eltville VIII, 13./14. August 1999. Kiel 2000. 47 S. ISBN 3-87825-089-4
- 79 Michel, C.; B. Kressin; S. Kiauka; F. Beske: Periphere Arterielle Verschlusskrankheit (pAVK). Epidemiologische und gesundheitspolitische Bedeutung. Kiel 1999. 170 S. ISBN 3-87825-090-8
- 80 Tätigkeitsbericht 1999. Kiel 2000. 51 S. ISBN 3-87825-091-6
- 81 Beske, F.; A. O. Kern: Zum Stand der Fremdleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung 1997. Kiel 2000. 48 S. ISBN 3-87825-092-4
- 82 Kern, A. O.; F. Beske: Medizinische Versorgung des älteren Menschen. Tagungsbericht Eltville IX, 10./11. Dezember 1999. Kiel 2000. 41 S. ISBN 3-87825-093-2
- 83 Kern, A. O.; F. Beske: Leichte kognitive Störungen. Definition, Früherkennung und Frühbehandlung. Symposium. Karlsruhe, 19. März 1999. Kiel 2000. 133 S. ISBN 3-87825-094-0
- 84 Pfau, N.; S. Kupsch; A. O. Kern; F. Beske: Epidemiologie und sozioökonomische Bedeutung von Blindheit und hochgradiger Sehbehinderung in Deutschland. Kiel 2000. 161 S. ISBN 3-87825-095-9
- 85 Tätigkeitsbericht 2000. Jubiläumsband. Kiel 2001. 48 S. ISBN 3-88312-275-0
- 86 Beske, F.; A. O. Kern: Der ältere Mensch in unserer Gesellschaft. Tagungsbericht Eltville X, 19./20. Mai 2000. Kiel 2001. 28 S. ISBN 3-88312-271-8
- 87 25 Jahre Institut für Gesundheitssystem-Forschung Kiel in Bildern. Jubiläumsband. Kiel 2001. 112 S. ISBN 3-88312-272-6
- 88 Beske, F.: Der Hausarzt als Partner des Versicherten. Leistungsbegrenzung in der gesetzlichen Krankenversicherung und Konkretisierung sinnvoller Individualangebote. Tagungsbericht Eltville XI, 03./04. November 2000. Kiel 2001. 57 S. ISBN 3-88312-273-4
- 89 Beske, F.: Einstellung von Versicherten und Kranken zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Tagungsbericht Eltville XII, 06./07. April 2001. Kiel 2001. 40 S. ISBN 3-88312-274-2
- 90 25 Jahre Institut für Gesundheitssystem-Forschung Kiel. Jubiläumsveranstaltung 9. März 2001. Kiel 2001. 72 S. ISBN 3-88312-280-7
- 91 Beske, F.; T. Drabinski; C. Michel: Politische Entscheidungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Finanzielle Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung /Finanzielle Entlastung anderer Zweige der Sozialversicherung und des Staates. - Kieler Kritik -. Kiel 2002. 66 S. ISBN 3-88312-281-5
- 92 Tätigkeitsbericht 2001. Kiel 2002. 44 S. ISBN 3-88312-282-3

- | | | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 93 | Beske, F.: Berliner Konzept einer Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Kiel 2002. 166 S. ISBN 3-88312-283-1 | 102 | Beske, F.; T. Drabinski: Veränderungsoptionen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bürgerversicherung, Kopfpauschale und andere Optionen im Test. Kiel 2004. 233 S. ISBN 3-88312-292-0 |
| 94 | Beske, F.; T. Drabinski; J. H. Wolf: Sicherstellungsauftrag in der vertragsärztlichen Versorgung. Standpunkte und Perspektiven. Kiel 2002. 90 S. ISBN 3-88312-284-X | 103 | Beske, F.: Prävention. Ein anderes Konzept. Kiel 2005. 88 S. ISBN 3-88312-293-9 |
| 95* | Hegger, U.; F. Beske: Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Gesetzgebung der Bundesländer. Kiel 2003. 97 S. ISBN 3-88312-285-8 | 104 | Beske, F.; T. Drabinski; U. Golbach: Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. Eine Analyse von 14 Ländern. Kiel 2005
Bd. I: Struktur, Finanzierung und Gesundheitsleistungen. 274 S. ISBN 3-88312-330-7
ISBN 978-3-88312-330-1
Bd. II: Geldleistungen. 205 S. ISBN 3-88312-331-5
ISBN 978-3-88312-331-8
Preis: beide Bände zus. 15,00 € zzgl. Versandkosten |
| 96 | Beske, F.: Das Gesundheitswesen zukunftsfähig machen. Kieler Alternative. Kiel 2003. 144 S. ISBN 3-88312-286-6 | 105 | Beske, F.; T. Drabinski: Finanzierungsdefizite in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Prognose 2005 – 2050. Kiel 2005. 66 S. ISBN 3-88312-332-3 |
| 97 | Drabinski, T.; F. Beske: Der Einfluss der Wiedervereinigung auf die Entwicklung des Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung. Kiel 2003. 56 S. ISBN 3-88312-287-4 | 106 | Beske, F.: Das GKV-Modernisierungsgesetz – GMG und seine Auswirkungen. Eine kritische Analyse. Kiel 2006. 131 S. ISBN 3-88312-333-1 |
| 98 | Beske, F.; D. Ralfs: Die aktive Schutzimpfung in Deutschland. Stand – Defizite – Möglichkeiten. Kiel 2003. 160 S. ISBN 3-88312-288-2 | 107 | Beske, F.: Neubestimmung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Handlungskonzept. Kiel 2006. 167 S. ISBN 3-88312-334-X
ISBN 978-3-88312-334-9 |
| 99 | Tätigkeitsbericht 2002/2003. Kiel 2004. 50 S. ISBN 3-88312-289-0 | 108* | Beske, F.; E. Becker; Ch. Krauss; A. Katalinic; R. Pritzkeleit: Gesundheitsversorgung 2050. Prognose für Deutschland und Schleswig-Holstein. Kiel 2007. 146 S. ISBN 978-3-88312-335-6 |
| 100 | Beske, F.; T. Drabinski; H. Zöllner: Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Eine Antwort auf die Kritik. Kiel 2004. 159 S. ISBN 3-88312-290-4 | | |
| 101 | Beske, F.; T. Drabinski: Zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Politische Entscheidungen 1977 – 2004 und andere Tatbestände. Kiel 2004. 69 S. ISBN 3-88312-291-2 | | |

- 109 Beske, F.; M. Witton: Integration von Sozialer Pflegeversicherung und medizinischer Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung in die Gesetzliche Krankenversicherung. Ein Rationalisierungskonzept. Kiel 2008. 88 S. ISBN 978-3-88312-336-3
- 110 Beske, F.; M. Baumgärtner: Zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen politischer Entscheidungen auf die Finanzsituation der Gesetzlichen Krankenversicherung. Kiel 2008. 63 S. ISBN 978-3-88312-337-0
- 111 Beske, F.; U. Golbach: Zuzahlungen im Gesundheitswesen. Grundlagen, internationaler Vergleich und Konzept für die Gesetzliche Krankenversicherung. Kiel 2009. 142 S. ISBN 978-3-88312-338-7
- 112 Beske, F.; F.-J. Bartmann; R. W. Büchner; P. Froese; P. Knüpper; U. Thamer: Gesundheitspolitische Agenda 2009. Für ein verlässliches, solidarisches und gerechtes Gesundheitswesen. Ein Handlungskonzept. Kiel 2009. 150 S. ISBN 978-3-88312-339-4
- 113 Beske, F.; H. Rebscher (Hrsg.): Alter und Gesellschaft. Eine Umfrage bei Mitgliedern der DAK zu Schwierigkeiten mit der Umwelt im Alltag. Kiel 2009. 80 S. ISBN 978-3-88312-450-6
- 114 Beske, F.; A. Katalinic; E. Peters; R. Pritzkeleit: Morbiditätsprognose 2050. Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig-Holstein. Kiel 2009. 136 S. ISBN 978-3-88312-451-3
- 115 Beske, F.: 50 Kommentare und Aufsätze zur Gesundheitspolitik 2007 bis 2009. Kiel 2009. 219 S. ISBN 978-3-88312-452-0
- 116 Beske, F.; M. Budzyn; U. Golbach; R. Hess; M. Reinicke; Ch. Weber: Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln – Situationsanalyse, internationaler Vergleich, Handlungsoptionen. Kiel 2010. 248 S. ISBN 978-3-88312-453-7
- 117 Beske, F.: Handlungsoptionen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln. Kiel 2010. 67 S. ISBN 978-3-88312-454-4
- 118 Beske, F.; C. Krauss: Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Kiel 2010. 69 S. ISBN 978-3-88312-455-1