

# Stellungnahme

Nichtöffentliches Sachverständigengespräch  
der Enquetekommission  
„Bewertung der Tragfähigkeit der öffentlichen Haushalte  
in Nordrhein–Westfalen unter den Bedingungen der  
Schuldenbremse und des demografischen Wandels in der  
Dekade 2020 bis 2030“ (Enquetekommission III)  
des Landtags Nordrhein–Westfalen  
am 30. Oktober 2014

## EINLEITUNG

Der demografische Wandel stellt neue Herausforderungen an alle Bereiche der Gesellschaft. Dabei vollziehen sich unterschiedliche Entwicklungen. Der Anteil der Älteren steigt, insbesondere der Hochbetagten. Gleichzeitig nimmt der Anteil der jüngeren Bevölkerung durch tendenziell sinkende Geburtenzahlen sowie durch die länger werdende Lebensdauer der Menschen ab. Insbesondere wird der Anteil der Erwerbstätigen zwischen 20 und 65 Jahren sinken.

Die Folgen des demografischen Wandels werden sich in vielfältiger Weise auf das Gesundheitswesen auswirken, so auch auf die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der größte Teil der deutschen Bevölkerung, ca. 86,5 Prozent, ist in der GKV und etwa 11 Prozent der Bevölkerung in der privaten Krankenversicherung (PKV) versichert. 2,5 Prozent der Bevölkerung sind über die freie Heilfürsorge abgesichert (z. B. Bundeswehrangehörige, Zivildienstleistende, Sozialhilfeempfänger). Nur ca. 0,1 bis 0,3 Prozent der Bevölkerung sind ohne Krankenversicherungsschutz. Für die beiden zuletzt genannten Gruppen trägt der Staat die Kosten. Darüber hinaus wird die GKV über **Bundeszuschüsse** aus Steuermitteln für versicherungsfremde Leistungen unterstützt (z. B. beitragsfreie Familienversicherung von Kindern und Ehegatten oder Leistungen für Mutterschaft und Schwangerschaft). In 2012 betrug der Bundeszuschuss 14 Milliarden Euro. Im Jahr 2013 wurde er zur Konsolidierung des Bundeshaushalts auf 11,5 Milliarden Euro abgesenkt. Nach dem Haushaltsbegleitgesetz 2014 wird der Bundeszuschuss 2014 auf 10,5 Milliarden abgesenkt. Auch der PKV fließen öffentliche Mittel zu. Beamte und ihre nicht berufstätigen Familienangehörigen sind in der Krankenversicherung beihilfeberechtigt, d. h. sie erhalten eine **Beihilfe** vom jeweiligen Dienstherrn (Bund, Länder oder Kommunen). Beamte sind von der Versicherungspflicht befreit. Die Höhe der Beihilfe macht für den Beamten in der Regel 50 Prozent, für den nicht berufstätigen Ehegatten 70 Prozent und die Kinder 80 Prozent aus.

Infolge des demografischen Wandels werden immer weniger Beitragszahler die Kosten des Gesundheitswesens tragen. Da der Anteil der Erwerbstätigen sinken wird, werden die Versicherungsbeiträge, die die Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen, aus dieser Bevölkerungsgruppen abnehmen.

Darüber hinaus folgen aus der größer werdenden Gruppe älterer Menschen sowie des steigenden Durchschnittsalters der Bevölkerung höhere Kosten und Umstrukturierungen im Gesundheitswesen. Gleichzeitig belegen Studien, wie etwa des Robert-Koch-Instituts, dass Ältere länger gesund bleiben als früher. Auch die Zahl der mehrfachen chronischen Erkrankungen ist rückläufig. Deshalb kann insgesamt nach Auffassung der Ersatzkassen die GKV die finanziellen Herausforderungen durch die älter werdende Bevölkerung bewältigen.

Im Bereich der Pflege ergibt sich durch den demografischen Wandel folgende konkrete Entwicklung. Die Zahl der pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürger wird – ausgehend vom Jahr 2010 – von ca. 540.000 auf ca. 740.000 im Jahr 2030 anwachsen, die Zahl der Menschen mit Demenz von ca. 280.000 auf ca. 420.000.

Wegen der Teilkaskoausrprägung der Pflegeversicherung werden mit der steigenden Zahl von Leistungsempfängern auch die Ausgaben der Kommunen im Bereich der Hilfe zur Pflege deutlich steigen. Sofern die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung nicht mit der Preisentwicklung in der Pflege Schritt hält, wird die Belastung der kommunalen Haushalte noch zusätzlich ansteigen.

Die GKV und die soziale Pflegeversicherung stellen sich bereits auf Umstrukturierungen im Gesundheits- und Pflegebereich ein und passen ihr Angebot auf die Entwicklungen im Rahmen des demografischen Wandels an.

Gleichwohl werden die künftigen Herausforderungen auch von der öffentlichen Hand finanziell unterstützt werden müssen. Dies gilt insbesondere für den öffentlichen Gesundheitsdienst, der stärker als bislang bei der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung eingebunden werden sollte. Dafür muss er finanziell und personell besser ausgestattet werden.

Darüber hinaus sind Umstrukturierungen im Wohnungs- und Städtebau notwendig, in denen die Bedürfnisse älterer Menschen einbezogen werden müssen. Die Umstrukturierungen werden aber auch Rückwirkungen im Bildungsbereich nach sich ziehen müssen, beispielsweise, um in Schulen Ernährungsberatung zu etablieren und Pflegepersonal auf die Rehabilitation älterer Menschen stärker vorzubereiten. Dies sind staatliche Aufgaben.

Um die Erwerbstätigkeit der Menschen zu erhalten, müssen sich auch Unternehmen umstellen und stärker in die Pflicht genommen werden. Nur wenn es gelingt, die Erwerbsfähigkeit der Menschen, die die Sozialsysteme finanzieren, zu erhalten, können die Auswirkungen des demografischen Wandels bewältigt werden. Die Politik ist hier in der Pflicht, die finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen festzulegen und für eine nachhaltige Stabilisierung des Gesundheits- und Pflegesystems zu sorgen.

## Fragen zur Situation der Pflege:

### Zu 6. Welche Prognose kann man für die Kosten der Pflege in NRW bis 2030 stellen?

Die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung in NRW sind in den vergangenen zehn Jahren von rund 3,3 auf 4,6 Milliarden Euro gestiegen. Bei einer kontinuierlichen Fortschreibung dieser Entwicklung ist bis 2030 von einer Ausgabesteigerung von weiteren rund 2 Milliarden Euro auszugehen. Bedingt durch die demografische Entwicklung, steigende Antragszahlen und eine weitere Ausweitung des Leistungsangebotes ist tendenziell noch von höheren Steigerungsraten auszugehen. Mit der nächsten Stufe der Pflegereform und der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden die Anspruchsvoraussetzungen für die Ermittlung von Pflegebedürftigkeit auf eine neue Grundlage gestellt. Mögliche Prognosen und Kostenschätzungen für die Pflegeversicherung werden dadurch zusätzlich erschwert.

Der Anstieg des Pflegebedarfs wird auch die öffentlichen Haushalte künftig weiter belasten. Schwerpunkt sind dabei die Hilfen zur Pflege nach dem SGB XII. Dies führte für die örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger bereits zu einer Steigerung um über 25 Prozent seit 2006 bis 2013 auf 904 Millionen Euro und wird bis 2030 zu Ausgaben in Höhe von voraussichtlich 1.550 Milliarden Euro führen. Darüber hinaus wird die kontinuierlich zunehmende Zahl von Pflegediensten den Aufwand für die Investitionskostenförderung der ambulanten Pflegeeinrichtungen durch die Kommunen weiter steigen lassen.

### Zu 7. Wie werden sich ambulante und stationäre Pflege in Zukunft entwickeln? Welche neuen Projekte und Ideen gibt es in diesem Bereich? Ergeben sich neue Anforderungen an die Hospiz- und Palliativversorgung durch die demografische Entwicklung?

- a) Die weiter steigende Zahl von Pflegeleistungsempfängern erfordert insgesamt eine steigende Zahl von Pflegeangeboten. Der Versorgungsschwerpunkt wird sich dabei zugunsten der ambulanten Pflege, betreuter Wohnformen und teilstationärer Pflege entwickeln. Die vollstationäre Pflege wird weitestgehend auf dem heutigen Niveau verharren. Maßgeblich ist ein vermehrter Verbleib bis zum Lebensende in ambulanten Versorgungsformen bzw. die weitere Verkürzung der Aufenthaltsdauer in vollstationärer Pflege. Ein Entlastungseffekt für die Ausgaben der Kommunen im Bereich der Hilfen zur Pflege bei ambulanter Versorgung wird sich möglicherweise durch die zum 1. Januar 2015 zu erwartenden neuen Betreuungs- und Entlastungsleistungen ergeben, wenn diese zu Lasten des Pflegesachleistungsbudgets in Anspruch genommen werden und zu einem Rückgang der Inanspruchnahme der teureren professionellen Pflegedienste führen.

- b) Die ambulanten Wohnformen werden sich – auch durch die Förderung nach § 38a SGB XI – weiter am Markt etablieren. Weitere Anreize hierzu bestehen für die Leistungserbringer auch durch eine stärkere Nutzung der Entgeltmöglichkeiten, z. B. im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege.
- c) Die Hospiz- und Palliativversorgung ist durch die demografische Entwicklung, insbesondere bis 2030, berührt, da hier die verändernde Alterspyramide auf die Entwicklung der Sterbefälle einwirken wird. Sie sinken mit der rückläufigen Bevölkerungszahl in NRW erst in den darauffolgenden Jahren und Jahrzehnten. Wegen der weiteren Bemühungen um eine Vermeidung der Krankenhausbehandlung in den letzten Lebensmonaten und -wochen ist ein weiterer Ausbau der ambulanten Palliativversorgung erforderlich. Hier ist NRW mit dem besonderen Modell der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung – neben der spezialisierten – und eines inzwischen erreichten flächendeckenden Angebots an spezialisierten Leistungserbringern gut aufgestellt. NRW verfügt mit inzwischen 67 stationären Hospizen und einer durchschnittlichen Auslastung von ca. 88 Prozent über entsprechende Kapazitätsreserven. Anzumerken ist, dass die öffentlichen Haushalte im Bereich der stationären Hospize nicht belastet sind, da die Kosten – auch im Bereich der Investitionskosten – vollständig von der GKV getragen werden.

**Zu 8. Welche Qualitätsverbesserungen in der Pflege sind in Zukunft notwendig und wie wirkt sich das auf die Kosten des Landes und der Kommunen in NRW aus?**

Pflegebedürftige mit somatischen Einschränkungen haben einen zunehmenden Bedarf an Betreuungs- und Entlastungsleistungen, ohne dass hierzu bislang ein Leistungsanspruch besteht. Mit der geplanten Pflegereform können ab dem 1. Januar 2015 in begrenztem Umfang auch Betreuungs- und Entlastungsleistungen zu Lasten der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden. Hierdurch entstehen keine zusätzlichen Kosten für das Land und die Kommunen.

Entsprechend der Prognose zum Anstieg der Zahl der Pflegeleistungsempfänger ist ein weiterer Anstieg der jährlich auszubildenden Altenpflegefachkräfte von derzeit ca. 14.000 auf 19.000 notwendig. Unter Berücksichtigung der derzeitigen Höhe der Kostenbeteiligung des Landes an der Finanzierung des Schulgeldes würden die Ausgaben von ca. 50 Millionen Euro auf 65 Millionen Euro jährlich steigen.

Der steigenden Zahl von Leistungsempfängern muss in gleichem Umfang ein steigendes Angebot an qualifizierten Pflegekräften gegenüberstehen.

Die Anforderungen an die Qualifikation der Pflegekräfte wachsen weiter an. Künftig muss daher ein zunehmender Anteil an akademischen Qualifikationen zur Verfügung stehen. Das Land wird deshalb ein wachsendes Angebot an Studienplätzen finanzieren müssen.

Ab 2018 müssen die stationären Pflegeeinrichtungen eine Einzelzimmerquote von mindestens 80 Prozent realisieren. Die Zahl der Bewohner wird in der Regel rückläufig sein. Die Investitionskostenbelastung je Bewohner wird damit erheblich ansteigen, was zu einer weiteren Belastung der öffentlichen Haushalte im Bereich der Pflegegeldaufwendungen führen wird.

**Zu 9. Welche Bedarfe ergeben sich hinsichtlich der Pflege alter Menschen mit Migrationshintergrund?**

Die Zahl der Migranten, insbesondere mit türkischem Hintergrund, die in Deutschland und NRW ihr Lebensende verbringen, steigt an, ebenso wie die Gesamtzahl der Migranten. Der Bedarf an kultursensibler Pflege steigt damit ebenfalls. Die Beratungsangebote sind künftig breiter in Richtung der Migranten mit ihren unterschiedlichen kulturellen Bedürfnissen aufzustellen. Die bestehenden Angebote sollten dies in ihrer Angebotsstruktur künftig stärker berücksichtigen. Die spezifischen Versorgungsangebote sollten im Sinne der erforderlichen Integrationsbemühungen in bestehende Angebote, insbesondere in der stationären Pflege, integriert werden. Isolierte Angebote, ausschließlich für bestimmte Bevölkerungsgruppen sind nach den bisherigen Erfahrungen nicht zukunftsfähig.

**Zu 10. Welche Anforderungen werden sich in Zukunft für die Pflege dementer Menschen ergeben? Gibt es erfolgreiche Pilotprojekte, die landesweit umgesetzt werden können?**

Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen benötigen zum einen ein weiter zunehmendes Angebot an Betreuungs- und Entlastungsleistungen. Dies wird wegen der mit dem 5. SGB XI-Änderungsgesetz vorgesehenen Leistungsausweitung in diesem Bereich und den sich damit für künftige Angebote verbessernden Rahmenbedingungen zu einem weiter zunehmenden Angebot führen. Dem steigenden Bedarf wird aller Voraussicht nach ein ausreichendes Angebot gegenüberstehen, allerdings sind hier noch Rahmenbedingungen für die notwendige Qualifikation der Mitarbeitenden in den Angeboten durch die Bundes- und begleitend durch die Landesebene zu entwickeln.

Zum anderen ist insbesondere für die notwendige Entlastung der pflegenden Angehörigen ein weiter steigendes Angebot an Tages- und Nachtpflegeangeboten erforderlich. Das bereits durch gesetzliche Verbesserungen seit 2008 gestiegene Angebot wird sich durch weitere Verbesserungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen ab 1. Januar 2015 weiter erhöhen und zu einer Verbesserung der Angebotssituation führen.

NRW hat mit der Landesinitiative Demenz und den ihr zugehörigen Angeboten an Demenz-Servicezentren, spezifischen Wohnberatungsangeboten und einer breit angelegten regionalen Beratungsstruktur bereits eine gute Beratungs- und Unterstützungslandschaft entwickelt. Die 13 regionalen Demenz-Servicezentren mit lediglich 26 Mitarbeiterstellen sollten ggf. weiter ausgebaut werden.

Wichtig wird es sein, pflegende Angehörige stärker als bisher zu erreichen und ihnen mit den vorhandenen und ggf. weiteren Unterstützungsangeboten (z. B. Pflegebegleiter, Bürgerschaftliches Engagement, Ausbau der Selbsthilfe) die Pflege und Betreuung der pflegebedürftigen Angehörigen zu erleichtern. Hier ist weiterhin ein starkes landes- und kommunalpolitisches Engagement erforderlich. Insbesondere wird eine Anhebung des seit Jahren unveränderten Haushaltsansatzes der Landesregierung im Bereich der Modellfördermaßnahmen für erforderlich erachtet.

Im Bereich der ärztlichen Versorgung sowie der stationären Krankenhausversorgung ist in den letzten Jahren zunehmend deutlich geworden, dass die spezifischen Belange von Menschen mit Demenz nicht ausreichend berücksichtigt werden. Hier sind verstärkte Anstrengungen aller Beteiligten anzustoßen, um eine weitere Verbesserung der Versorgung zu erreichen.

### Fragen zur Situation der Gesundheit:

**Zu 11. Wie verändert sich das Gesundheitswesen bis 2030 und welchen Einfluss hat das auf die Kosten? Welche Bedeutung gewinnt die Prävention im Gesundheitswesen auch unter Hinsicht der Kosten?**

- a) Das Gesundheitswesen wird sich zukünftig mit einer alternden Bevölkerungsstruktur auseinandersetzen müssen. Es ist zu erwarten, dass sich infolge des demografischen Wandels die Ausgaben der GKV für medizinische Leistungen erhöhen und gleichzeitig die Einnahmen sinken werden. Allerdings sind die Auswirkungen auf die Kosten aufgrund der Demografieeffekte beherrschbar.

Die **Bevölkerung** in Deutschland **altert**, die Lebenserwartung steigt. Die demografische Entwicklung hat zweifelsohne Auswirkungen auf die finanzielle Belastung in der GKV. Auch wenn Ausgabensteigerungen in der GKV nicht, wie gern behauptet, im Wesentlichen auf demografische Entwicklungen zurückzuführen sind, sind doch die zu erwartenden Rahmendaten eindeutig. Voraussagen lässt sich auch, dass die Lebenserwartung aufgrund besserer medizinischer Versorgung, besserer Umweltbedingungen, zum Teil auch gesünderer Lebensführung, steigen wird. Gleichzeitig war die Zahl der Geburten in Deutschland über die letzten 50 Jahre rückläufig. Das zu korrigieren ist in den letzten Jahren nicht gelungen. Zukünftig wird es demnach mehr alte Menschen als Kinder und Jugendliche geben.

Evident ist auch, dass Krankheitskosten und die **Ausgaben** für die Gesundheitsversorgung mit zunehmendem Alter stetig **ansteigen**. Dies schlägt sich natürlich auch in der Entwicklung des Ausgabenvolumens der GKV nieder. Häufig wird der demografische Wandel als entscheidender Einflussfaktor für die Steigerung der Ausgabenentwicklung genannt.

Allerdings erklärt die Wirkung demografischer Faktoren nur einen (geringeren) Teil der Ausgaben für Gesundheit. Zur Beurteilung der Situation müsste der zunehmende Anteil gesunder Lebensjahre berücksichtigt werden. Auch die hohe angebotsseitige Dynamik bei den Behandlungsmöglichkeiten von Krankheiten durch den wissenschaftlich-technischen Fortschritt ist zu beachten.

Nach Berechnung des vdek lassen sich für die Zeitspanne 1950 bis 2008 und für die Zeitspanne bis 2060 (prognostiziert) folgende zentrale Schlüsse für die Ausgabenentwicklung der GKV ableiten:

- Auch in der Vergangenheit gab es nennenswerte demografische Veränderungen, also Veränderungen in der Alters-/Geschlechtsstruktur der Versicherten, die die Ausgabenentwicklung beeinflussten.
- Isoliert betrachtet haben sich die Ausgaben 1950 bis 2008 durch demografische Effekte um +17 Prozentpunkte erhöht.
- Dieser Effekt wird in Zukunft etwas mehr ausgeprägt sein. Nach der mittleren Variante der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes könnte der isolierte demografische Effekt bis 2060 bei +28 Prozentpunkten liegen.
- Der demografische Effekt ist aber insgesamt nur einer der weniger bedeutenden Faktoren für die Ausgabenentwicklung in der GKV. In dem Zeitraum von 1977 bis 2008 haben sich die tatsächlichen Ausgaben um +30 Prozentpunkte erhöht; dabei liegt der Anteil des isolierten demografischen Effekts für diesen Zeitraum bei nur +12 Prozentpunkte.

Es wird sehr deutlich, dass der demografische Wandel zwar einen relevanten Einfluss auf die Ausgabenentwicklung für Gesundheit hat, dass aber zum einen Faktoren wie das Versorgungsangebot, die Behandlungsmöglichkeiten und politische Eingriffe wie zusätzliche Honorarsteigerungen, zum anderen aber auch verhaltensabhängige Faktoren für den Gesundheitszustand und der Leistungsanspruchnahme wesentlich bedeutsamer sind.

Ein sehr bedeutsamer Faktor für die Ausgabenentwicklung für Gesundheit ist die Frage, wie sich der Gesundheitszustand der Älteren und Hochbetagten entwickelt. Es gibt zwei konkurrierende Hypothesen.

1. (Kompressionsthese): Höhe und Entwicklung der Kosten kurz vor dem Tod sind ausschlaggebend für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Die zusätzlich gewonnenen Lebensjahre werden hingegen überwiegend in Gesundheit verbracht. Die Auswirkungen einer Erhöhung der Lebenserwartung auf die Ausgaben wären dann eher geringer.



2. (Medikalisierungsthese): Die zusätzlich gewonnenen Lebensjahre sind durch eine erhöhte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gekennzeichnet, da wachsenden Einschränkungen im Gesundheitszustand und der Zunahme chronischer Erkrankungen mit laufend verbesserten Behandlungsmöglichkeiten begegnet werden kann. Die Auswirkungen auf die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen sind deutlich.

Die Erfahrung deutet darauf hin, dass in beiden Thesen ein Teil Wahrheit steckt und im Zusammenspiel beider Effekte die Ausgabenentwicklung bestimmt wird.

Für die Finanzbelastung in der GKV sind aber auch die Wirtschaftskraft und die Entwicklung der **Einnahmehasis** von großer Bedeutung. Durch Veränderung der Altersstruktur steigen die Ausgaben der GKV, während gleichzeitig die Einnahmehasis der GKV, die Lohn- und Gehaltssumme bei einer rückläufigen Zahl von Personen im erwerbsfähigen Alter und auch der Erwerbstätigen abnimmt. Das Ausmaß der zukünftigen Belastung ist beherrschbar, wenn frühzeitig Maßnahmen ergriffen werden, mit denen die Gesundheitsversorgung an zukünftige Bevölkerungsstrukturen angepasst und die Einnahmehasis der GKV auch künftig stabilisiert und ausgebaut wird.

Zur Sicherung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Sozialsysteme ist daher einem Rückgang der Anzahl der Erwerbspersonen entgegenzuwirken. Dies kann durch eine Erhöhung der Beschäftigung (Vollbeschäftigung), der Erwerbsquote der Frauen, der Verlängerung der Beschäftigungsphase durch gesundheitliche Prävention und durch eine Verbesserung der Einstiegschancen für Jugendliche gelingen. Auch höhere Einwanderungszahlen könnten für Entlastung sorgen.

Eine der zentralen Stellschrauben für die Zukunft wird auch weiterhin die Einkommensentwicklung und vor allem die Produktivität der Erwerbstätigen sein.

Die Höhe des **Beitragssatzes** der GKV und die Beitragssatzentwicklung der letzten Jahrzehnte wurde weitgehend durch politische Entscheidungen bestimmt. Das ändert sich auch durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitätserweiterungsgesetz nicht entscheidend. Es können daher weder die Struktur noch die Finanzierung der GKV für die Finanzsituation der GKV verantwortlich gemacht werden. Gelingt es nicht, die Einnahmen- und Ausgaben in einer Balance zu halten, wäre eine Reduzierung des Leistungsangebots eine mögliche Folge.

In welchen Bereichen sich das Gesundheitswesen bis 2030 wandeln muss, ist den einzelnen Antworten des Fragenkatalogs zu entnehmen. Generell ist zu erwarten, dass altersbedingte Krankheiten, wie Diabetes, Demenz und Krebserkrankungen in ihrer Häufigkeit zunehmen und die medizinische Behandlungs- und Reha-Leistungen erhöht werden müssen.

Um Engpässen in der medizinischen Versorgung im **ländlichen Raum** entgegenzuwirken, müssen jetzt neue Versorgungskonzepte etabliert werden. Beispielsweise könnte die Kassenärztliche Vereinigung verstärkt Vertragsarztsitze in ländlichen Regionen führen und die tätigen Ärzte im Angestelltenverhältnis beschäftigen. Für die dort tätigen Ärzte entfällt somit das unternehmerische Risiko. Zudem sollte eine Verringerung der Zahl der Arztsitze in überversorgten (vor allem städtischen) Regionen stattfinden. Demnach müssten Ärzte, die sich niederlassen wollen, auf ländliche Regionen ausweichen. Häufig ist auch die Tätigkeit in ländlichen Regionen für junge Ärzte wenig interessant. Dem könnte entgegengewirkt werden, indem bei der Vergabe von Studienplätzen mehr Wert auf den regionalen Bezug der Bewerber gelegt würde. Zudem sind an dieser Stelle die Kommunen gefordert, den Lebensraum in ländlichen Gemeinden attraktiv zu gestalten. Auch mit den Möglichkeiten, welche die Telemedizin und E-Health bietet, kann die Versorgung in ländlichen Regionen sichergestellt werden.

- b) Bei der Gesundheitsprävention müssen verschiedene Altersgruppen berücksichtigt werden. Bei den Erwerbstätigen sollten der Erhalt der Arbeitsfähigkeit und die Vorbeugung berufsbedingter Krankheiten im Mittelpunkt stehen. Dabei können durch eine stärkere Prävention im mittleren Alter Erkrankungen im hohen Lebensalter vermieden bzw. herausgezögert werden (etwa Hypertonus, Herzinsuffizienz, Durchblutungsstörungen des Gehirns). Bei über 65-Jährigen wiederum können präventive (oder Reha-) Angebote (wie Kraft-, Bewegungs-, Gangtraining) die körperlichen und geistigen Fähigkeiten erhalten bzw. steigern. Beides führt dazu, dass das Angebot an Präventionskursen steigen wird. Dazu wird auch das geplante Präventionsgesetz auf Bundesebene beitragen. Wie hoch die Ausgaben künftig für die gesetzlichen Krankenkassen sein werden, ist schwer abzuschätzen.

Im Jahr 2012 gab die GKV 3,41 Euro pro Versicherten an Prävention aus. Durch das geplante Präventionsgesetz werden dies voraussichtlich 7,17 Euro pro Versicherter sein. Eine Kosten-Nutzen-Analyse ist kaum möglich, da die Ursachen für Gesundheit nicht allein an der Prävention festzumachen sind.

Generell bleibt allerdings auch festzuhalten, dass die Krankenkassen zwar Angebote zur gesundheitlichen Prävention ausbauen können, dies aber nur ein Teil der Vorsorgemaßnahmen ausmachen kann. Gesundheitsvorsorge und -förderung sollte im Kindesalter beginnen, somit fester Bestandteil der Erziehung in Kindergärten und Kitas sein und auch Eingang in den Schulplänen finden. Dazu müssen Erzieher und Lehrer ausgebildet werden. Im Berufsleben trägt auch der Arbeitgeber mit seinen Strukturen am Arbeitsplatz erheblich zur gesundheitlichen Situation seiner Angestellten bei. Diesen Aspekten bei der Organisation des Arbeitsablaufs Rechnung zu tragen, ist Aufgabe der Unternehmen.

Diese Themen werden aber auch zunehmend bei der Deutschen Rentenversicherung in den Focus genommen, wobei diese mit den gesetzlichen Krankenkassen kooperiert. Darüber hinaus sollten neben den bereits bestehenden, von den Versicherten selbst zu organisierenden Präventionskursen Arbeitgeber in der Zukunft solche Kurse im Betrieb anbieten oder die Kosten von Präventionskursen (anteilig) übernehmen. Zudem sollte der Bundesgesetzgeber finanzielle Anreize schaffen, damit Versicherte stärker Präventionskurse annehmen. Damit könnten auch diejenigen Versicherten erreicht werden, die bislang die Angebote nicht oder kaum wahrnehmen. Bei den Älteren bzw. Hochbetagten sollten auch Pflegeheime bzw. ambulante Pflegedienste dazu animiert werden, gesundheitsfördernde Maßnahmen anzubieten. Auch das wird eine Qualifizierung des Pflegepersonals zur Folge haben bzw. sollte in deren Ausbildung einfließen.

**Zu 12. Welche Herausforderungen kommen auf das Gesundheitswesen durch die längere Lebenserwartung zu? Welche Kosten werden sich in NRW für Land und Kommunen zwischen 2020 und 2030 ergeben?**

- a) Das **Gesundheitswesen** muss sich im Rahmen einer längeren Lebenserwartung und einer alternden Bevölkerung stärker auf die Bedürfnisse älterer Menschen einstellen. Damit verbunden ist eine stärkere Ausrichtung der ambulanten und stationären Versorgung auf diese größer werdende Patientengruppe. Zudem ist die Kooperation und Koordination zwischen den einzelnen Leistungserbringern im Gesundheitswesen von entscheidender Bedeutung.

Auch wenn empirische Ergebnisse immer stärker darauf hinweisen, dass die gewonnenen Lebensjahre überwiegend in Gesundheit verbracht werden, so muss man doch mit Ausgabensteigerungen über rein demografische Effekte hinaus rechnen, weil die Zahl chronischer Erkrankungen und Multimorbidität mit steigendem Lebensalter zunehmen. Eine alternde Gesellschaft benötigt ein adäquates Versorgungsspektrum.

Zudem wird das Gesundheitswesen zukünftig mit mehr **altersassoziierten Erkrankungen**, wie etwa Hypertonie, Diabetes oder Parkinson, konfrontiert sein. Das erfordert eine stärker geriatrisch ausgerichtete Versorgung. Auf der anderen Seite muss abgewogen werden, ob und inwieweit die Versorgung in anderen ärztlichen Fachrichtungen, wie beispielsweise im kinderärztlichen Bereich, in einer alternden Gesellschaft reduziert werden kann. Neue Versorgungskonzepte sollten rechtzeitig entwickelt und an die Versorgungsstrukturen angepasst werden.

Um die Versorgung insbesondere für chronisch kranke und multimorbide Patienten zu verbessern, müssen die stationäre und ambulante Versorgung besser verbunden und auf einander abgestimmt werden.

Derzeit gibt es in diesen Sektoren jeweils vollkommen unterschiedliche Bedingungen, etwa bei der Honorierung von Leistungen, der Bedarfsplanung, der Investitionsfinanzierung, der Qualitätssicherung und der Dokumentation. Das Gleiche gilt für die Kooperation von niedergelassenen Ärzten untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern. Wenn es gelänge, die **Kommunikation** und **Kooperation** zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen zu verbessern, wäre dies ein Fortschritt für die Patienten. Auf diese Weise können Informationen zwischen den Gesundheitsberufen und Expertisen zusammenfließen, Doppeluntersuchungen vermieden und die Behandlungsschritte aufeinander abgestimmt werden. Dadurch ist ein besseres Therapieergebnis zu erwarten.

In den nächsten Jahren wird der Anteil der alleinstehenden älteren Bevölkerung zunehmen. Das gilt besonders für Frauen, da sie eine längere Lebenserwartung haben. Damit einhergehen neben den genannten Erkrankungen auch **psychische Erkrankungen** (z. B. Depression) aufgrund von Vereinsamung und Isolation der Menschen. Das steht häufig in Zusammenhang mit einer abnehmenden Mobilität. Hier sind alle Beteiligten (Staat und Krankenversicherung) gefordert, dem entgegenzuwirken. Einerseits kann das über die altersentsprechende Anpassung des Lebensraums geschehen (z. B. altersgerechter Ausbau des öffentlichen Raums). Andererseits könnte ein entsprechendes Freizeitangebot bereitgestellt werden. Nicht zuletzt wären auch die psychotherapeutischen Angebote auf die sich ändernden Rahmenbedingungen einzustellen.

Die Alterung der Bevölkerung schreitet in **ländlichen Regionen** vor allem durch den Wegzug der jüngeren Bevölkerungsanteile schneller voran als in den städtischen Zentren. Da gleichzeitig viele junge Mediziner, trotz teilweise besserer Verdienstmöglichkeiten, eine Niederlassung auf dem Land ablehnen, wird die Aufrechterhaltung eines flächendeckenden (haus-)ärztlichen Versorgungsangebotes zukünftig von allen Beteiligten besondere Anstrengungen verlangen. Da sich finanzielle Anreize bislang als wenig wirksam erwiesen haben, brauchen Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen, als Partner der Bedarfsplanung, zukünftig deutliche stärkere Eingriffsrechte in die Niederlassungsentscheidungen der Ärzte als bisher.

Solange es für niederlassungswillige Ärzte möglich ist, sich im Wege der Nachfolgebesezung in überversorgten städtischen Planungsbereichen niederzulassen, wird die hausärztliche Versorgung auf dem Land perspektivisch ausgedünnt. Die Niederlassung von Ärzten sollte zukünftig insofern nur noch da möglich sein, wo Ärzte auch tatsächlich gebraucht werden. Nicht mehr benötigte Arztsitze müssen zudem durch die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtend aufgekauft und anschließend stillgelegt werden. Darüber hinaus ist es auch wichtig, die Aus- und Weiterbildung von Allgemeinmedizinern zu verbessern, indem das Lehrangebot ausgeweitet und die Fort- und Weiterbildungsvorschriften verbessert werden.

Dazu gehört auch, über öffentliche Stipendienprogramme junge Mediziner für die ärztliche Versorgung in ländlichen Regionen zu gewinnen. Ein weiterer wichtiger Versorgungsbaustein für den ländlichen Raum stellt zudem die Telemedizin dar. Durch die Anwendung der sich bietenden Möglichkeiten ließe sich die ländliche Versorgung verbessern.

Abschließend ist noch zu erwähnen, dass die dargestellten Maßnahmen zwingend durch eine gute kommunale Infrastrukturpolitik flankiert werden müssen. Hierzu gehören Arbeitsmöglichkeiten, Kinderbetreuung, kulturelle Angebote und ausreichende Verkehrswege. Die Kommunen müssen daher mit dazu beitragen, dass auch die ländlichen Regionen attraktiv bleiben.

- b) Eine Prognose über die Entwicklung der Kosten für das Land und die Kommunen ist aus Sicht der Krankenkassen kaum möglich. **Nennenswerte öffentliche Haushaltsmittel** werden in den Bereichen zahnmedizinische Gruppenprophylaxe für Kinder und bei der Interdisziplinären Frühförderung sowie bei der Krankenhausfinanzierung eingesetzt.

### Krankenhaus

Die Bundesländer fördern die Investitionskosten der Krankenhäuser insbesondere für die Errichtung von Krankenhäusern und die Wiederbeschaffung von Anlagegütern. In den meisten Bundesländern wird noch zwischen der sogenannten Einzelförderung und der Pauschalförderung unterschieden. In Nordrhein-Westfalen gibt es eine „Baupauschale“ pro Fall. Die Förderung von Einzelmaßnahmen ist entfallen. Würden die Länder und auch Kommunen ihren gesetzlichen Auftrag in der Krankenhausförderung tatsächlich ernst nehmen, ergäbe sich in der angesprochenen Dekade eine erhebliche Mehrbelastung für die jeweiligen Haushalte. Diesen konkret zu beziffern, ist an dieser Stelle jedoch nicht möglich, da er ganz wesentlich auch von politischen Entscheidungen abhängig ist.

### Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe für Kinder bis zum 16. Lebensjahr

In den Bereichen Gruppenprophylaxe und der Interdisziplinären Frühförderung erfolgt eine vertraglich vereinbarte Kostenteilung.

Für die gruppenprophylaktischen Leistungen sind in NRW folgende Ausgaben entstanden:

Jahr	Krankenkassenanteil in NRW	Geschätzter Anteil der Kommunen
2009	7.708 Millionen Euro	ca. 3,4 Millionen Euro
2013	9.131 Millionen Euro	ca. 4,0 Millionen Euro

Bisher konzentrierten sich die gruppenprophylaktischen Aktivitäten im Wesentlichen auf die Altersphase von 3 bis 12 Jahren. Gruppenprophylaktische Ansätze für die Altersphase der 3-Jährigen befinden sich in Kindertagesstätten derzeit erst im Aufbau. Die Flächendeckung für NRW ist noch nicht erreicht.

Die Ausgaben für Leistungen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe werden in den kommenden Jahren daher eher ansteigen, auch wenn der Anteil der leistungsberechtigten Kinder rückläufig sein dürfte.

Gründe hierfür sind:

- die jährlich steigenden Personalkosten der Prophylaxe-Fachkräfte
- selbst bei kleiner werdenden Gruppen verringert sich nicht der Personalbedarf
- Flächendeckung von gruppenprophylaktischen Ansätzen für unter 3-Jährige
- prognostizierte Zunahme der Kariesprävalenz, insbesondere im Milchzahngebiss und der Aufbau von Intensivprophylaxe-Programmen.

### **Interdisziplinäre Frühförderung (IFF)**

Die Krankenkassen und Kommunen finanzieren für behinderte und von Behinderung bedrohter Kinder von der Geburt bis zum Schuleintritt anteilig die Komplexleistung. Die Komplexleistung umfasst die aufeinander abgestimmte medizinisch-therapeutische Leistung und die heilpädagogische Leistung und wird in NRW seit 2007 systematisch ausgebaut. Die Kostenteilung liegt durchschnittlich bei 40 Prozent für die GKV und 60 Prozent für die Kommune.

	Anzahl der Kinder	Krankenkassenanteil in NRW	Geschätzter Anteil der Kommunen
2009	5926	10,6 Millionen Euro	ca. 15,9 Millionen Euro
2011	11515	ca. 16,0 Millionen Euro	ca. 24 Millionen Euro

Bisher gibt es 66 Einrichtungen in 30 Kreisen. Die flächendeckende Versorgung ist noch nicht erreicht, deshalb werden die Ausgaben steigen. Die Anzahl der förderungsbedürftigen Kinder wird auch in Zukunft konstant bleiben oder zunehmen. Dies erklärt sich durch die medizinische Entwicklung – und hier insbesondere die gute Versorgung der Frühgeborenen – sowie mit der Zunahme der Eltern, die überfordert sind und/oder selbst Verhaltensprobleme haben. In diesem Zusammenhang steht auch die Zunahme allein erziehender Mütter.

### **Rettungsdienst**

Die Kommunen haben den Sicherstellungsauftrag. Der Hauptkostenträger ist jedoch die GKV. Im geringen Umfang sind auch die Berufsgenossenschaften und die PKV beteiligt. Die Kommunen sind nur innerhalb der Sozialhilfe zuständig.

Die Ausgaben der GKV steigen stetig an, teilweise mit zweistelligen Zuwachsraten. 2013 beliefen sich die Kosten der gesetzlichen Krankenkassen im Bundesgebiet auf 4,4 Milliarden Euro. Nach einem aktuellen Bericht des Bundesrechnungshofs entfielen auf Transporte mit dem Rettungswagen 1,5 Milliarden Euro und auf Fahrten mit dem Notarztwagen 800 Millionen Euro.

Da der Anteil der Älteren steigt und das Risiko der Erkrankungen im Alter wächst, ist davon auszugehen, dass die Zahl der Krankentransporte steigen wird. Die Veränderungen im Krankenhausbereich, etwa dass nicht mehr jede Klinik vor Ort jede Behandlung vornehmen wird, werden die Wege der Krankentransporte verlängern und damit Ausgaben erhöhen.

Um die Kosten in den Griff zu bekommen und den Rettungsdienst effizienter zu gestalten, setzen sich die Ersatzkassen für eine Umstrukturierung ein. Die Zuständigkeiten im Rettungsdienst durch den Sicherstellungsauftrag der Kommune verhindern derzeit Synergien, etwa bei Ausschreibungen. Die Kooperationen über die Grenzen der Kommunen und Städte hinaus muss deshalb verstärkt werden. Dasselbe gilt für die Bedarfsplanung über kommunale Grenzen hinweg. Dies würde eine bessere Kooperation und Nutzung der Rettungswagen zur Folge haben. Auch sollte lediglich eine Leitstelle für das gesamte Bundesland die Einsätze koordinieren, so dass die Krankentransporte auch über kommunale Grenzen hinweg effektiver genutzt werden können. Erfahrungen aus anderen Bundesländern, wie Berlin und Schleswig-Holstein, zeigen, dass eine überregionale Ausrichtung wirtschaftlich sinnvoll und ohne Qualitätseinbußen möglich ist. Da der Rettungsdienst zudem zur Daseinsvorsorge zählt und diese Aufgabe der Länder ist, sollte sich das Land an den Kosten beteiligen. Zudem setzen sich die Krankenkassen für Mitspracherechte bei der Planung und Gebührenfestsetzungen ein.

**Zu 13. Wie werden sich die Kosten bei Rehabilitationsmaßnahmen für Land und Kommunen entwickeln?**

Der Bedarf an Rehabilitationsmaßnahmen wird sich zukünftig nicht nur bei einer Erkrankung, sondern auch für komplexe Erkrankungsbilder und aufgrund der Alterssteigerung im geriatrischen Bereich erhöhen. Da sich Multimorbidität in allen Sektoren wiederfindet, ist auch hier von einer Kostensteigerung auszugehen. Die genaue Höhe ist allerdings nicht zu ermitteln. Darüber hinaus steigt die Nachfrage nach Rehabilitationssport und Funktionstraining, so dass entsprechende Plätze in den Sportvereinen nachgehalten werden sollten.

Für die Rehabilitation ist aufgrund des historisch gewachsenen Systems der sozialen Sicherung in Deutschland nicht ein einheitlicher Träger zuständig. Jeder Träger hat neben seinen sonstigen Aufgaben seinen spezifischen Bereich der Rehabilitation.

<b>Leistung</b>	<b>Träger</b>
Leistungen der medizinischen Rehabilitation (z. B. ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung, Arzneien, ambulante und stationäre Behandlung)	GKV/Rentenversicherung/ Sozialhilfe/Versorgungsämter
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes, berufliche Ausbildung, Überbrückungsgeld, Kostenerstattung für Wiedereingliederung)	Rentenversicherung/Sozialhilfe/ Unfallversicherung
Unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen (z. B. Krankengeld, Übergangsgeld, Fahrt-, Reisekosten, Kfz-Hilfe, nachgehende Leistungen zur Sicherung des Heilerfolges)	GKV/Rentenversicherung/Sozialhilfe/ Versorgungsämter
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (z. B. heilpädagogische Leistungen, Hilfen bei der Beschaffung einer Wohnung, Hilfen zur Verständigung mit der Umwelt)	Rentenversicherung/Sozialhilfe/ Unfallversicherung

Der Gesetzgeber hat in den letzten Gesetzesänderungen versucht, die Rehabilitation zu verbessern und auszubauen:

- Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz:  
Stärkung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“, Beratungsanspruch von Pflegebedürftigen und Angehörigen durch die Pflegekassen
- Infektionsschutzgesetz:  
Schiedsstellenverfahren für Versorgungsverträge in der stationären medizinischen Rehabilitation
- GKV-Versorgungsstrukturgesetz:  
Konkretisierung des Entlass-Managements als Teil der Krankenhausbehandlung
- Transplantationsgesetz:  
Absicherung von Organspendern verbessert; Leistungsanspruch auch auf medizinische Rehabilitation
- Neue Fassung der Begutachtungsempfehlungen für Mutter-Vater-Kind-Kuren nach anhaltender Kritik über die zögerliche Bewilligungspraxis durch die Krankenkassen



Alle diese Punkte lassen darauf schließen, dass auch von Seiten der Gesetzgebung die Rehabilitation einen besonderen Stellenwert hat, der zu Kostensteigerungen führen wird.

Nach einem Rückgang im Jahr 2008 ist die Zahl der bewilligten ambulanten und stationären Reha-Fälle in der GKV auf 738 000 im Jahr 2011 gestiegen. In den ersten neun Monaten 2012 hat es einen weiteren Anstieg um 2,2 Prozent gegeben. Bei Mutter-Kind-Kuren gab es sogar einen Anstieg um 13 Prozent. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen betragen 2012 2,4 Milliarden Euro im Bundesgebiet. Die Ausgaben der Kommunen können durch die unterschiedlichen Aufgaben nicht beziffert werden.

Darüber hinaus sollte auch der Wirtschaftsfaktor Rehabilitation beachtet werden. Die Branche beschäftigt insgesamt 120.000 Arbeitskräfte in ca. 1.233 Einrichtungen überwiegend in ländlichen Regionen. Der Gesamtumsatz beträgt rund 8 Milliarden Euro, mit steigender Tendenz. Knapp 2 Millionen Patienten erhielten im Jahr 2011 Reha-Leistungen.

**Zu 14. Welche Herausforderungen kommen auf die Kommunen und ihre Haushalte durch die längere Lebenserwartung zu?**

Bei einem steigenden Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung wird die Bedeutung der Versorgung Älterer auch für die Kommunen zunehmen. Dabei sollte auch zur Erhaltung der Gesundheit in den Kommunen die Prävention stärker in den Focus rücken.

Die Gebiete, welche von den Auswirkungen der alternden Bevölkerung betroffen sind, sind vielfältig. Im Bereich der Pflege wird ein höherer Versorgungsaufwand anfallen. Die öffentlichen Haushalte werden davon belastet, sofern die Leistungen der Pflegeversicherung und die Eigenleistungsfähigkeit überschritten werden.

Zudem müsste die Infrastruktur auf den ansteigenden Anteil der älteren Bevölkerung angepasst werden. Das betrifft beispielsweise den öffentlichen Personennahverkehr, den Wohnraum (barrierefreies Wohnen) oder die Freizeitgestaltung. Zudem sollten auch Beratungsstellen geschaffen bzw. erweitert werden, welche für die Betroffenen von Alterserkrankungen Hilfestellung leisten. Nicht zuletzt sind die bereits dargelegten Herausforderungen bei der Versorgung ländlicher Regionen eine Aufgabe für den Staat sowie die Krankenversicherung.

Auch der **öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD)** muss seine Aufgabe im Gesundheitswesen wahrnehmen. Geregelt wird dies im „Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen“.

Zum Aufgabenkatalog gehören präventive und betreuende Gesundheitsleistungen. So beobachtet der ÖGD:

- die gesundheitlichen Verhältnisse und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung,
- wirkt mit an der Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten,
- überwacht Hygienevorschriften und die Herstellung und den Handel mit Arzneimitteln, Medizinprodukten, Betäubungsmitteln und Gefahrstoffen.

Der ÖGD wird überwiegend aus öffentlichen Haushaltsmitteln finanziert. Die Länder und Kommunen tragen die Kosten der Gesundheitsämter und somit auch des ÖGD. Die Ausgabenentwicklung für den ÖGD ist in den letzten Jahren deutlich geringer gestiegen als die gesamten Gesundheitsausgaben. Die daraus folgende mangelhafte finanzielle und personelle Ausstattung führt dazu, dass er seine Aufgaben in der Daseinsvorsorge nur unzureichend wahrnimmt. Ursprünglich sollte der ÖGD eine tragende Rolle im Gesundheitswesen wahrnehmen. Davon ist er allerdings weit entfernt. Um seinen Aufgaben in geeigneter Weise nachkommen zu können, sollten das Land und die Kommunen in Nordrhein-Westfalen die Mittel des ÖGD an den tatsächlichen Bedarf anpassen.

**Zu 15.    Ergeben sich durch Fortentwicklungen in der Medizin (z. B. minimalinvasive Techniken etc.) Einsparungsmöglichkeiten bei der medizinischen Versorgung? Welche Auswirkung hat die demografische Entwicklung auf die Krankenhausversorgung?**

- a) Es ist davon auszugehen, dass – wie in der Vergangenheit – der medizinisch-technische Fortschritt zu einem Wandel der künftigen Gesundheitsversorgung beiträgt. Ob infolge des Fortschritts **Kosteneinsparungen** in der medizinischen Versorgung erreicht werden können, ist nicht pauschal zu beantworten. Das hängt von der jeweiligen Gestaltung der künftigen Versorgung ab. Der medizinische Fortschritt verändert das Spektrum der verfügbaren Verfahren und kann zu Kosteneinsparungen führen. Auch können die Kosten durch den verstärkten Einsatz, etwa von Home-Care und Telemedizin, reduziert werden.

Gleichzeitig zeigen die Erfahrungen, dass mit neuen medizinischen Verfahren auch steigende Fallzahlen und die Nutzung teurerer Geräte verbunden sind, wodurch die Ausgaben steigen. Laut einer Kleinen Anfrage der SPD aus dem Jahr 2012 hat die Bundesregierung den medizinisch-technischen **Fortschritt als Hauptkostentreiber** im Gesundheitswesen ausgemacht. Demnach entfällt ca. ein Viertel bis die Hälfte des gesamten Ausgabenanstiegs seit 1960 auf den medizinisch-technischen Fortschritt. Vor allem die Kosten im stationären Bereich und für Arzneimittel entwickelten sich in den letzten zehn Jahren sehr dynamisch. Das liegt insbesondere an den hochpreisigen Innovationen in diesen Bereichen. Demnach wird der medizinisch-technische Fortschritt das System zukünftig finanziell mehr be- als entlasten.

Die Einführung von medizinischen Innovationen in den Leistungskatalog der GKV erfolgt in der Regel über die Krankenhäuser. Gegenwärtig werden viele Innovationen flächendeckend in die GKV-Versorgung eingeführt, ohne dass ihr Nutzen- und Schadenspotenzial zuvor ausreichend überprüft wurde. Manchmal mit katastrophalem Ergebnis: Beispielsweise wurden tausende Patienten mit dem „**Robodoc**“ behandelt. Erst im Nachhinein wurde bekannt, dass die Anwendung dieser Techniken mit erheblichen Risiken für die Patienten verbunden war. Es erschien schlüssig, dass ein bei der Implantation einer Hüftprothese eingesetzter Operationsroboter, der auf fünf Hundertstel Millimeter genau arbeitet – und damit viel genauer als der freihändig operierende Operateur –, eine höhere Passgenauigkeit und bessere Einheilung der Prothese, somit eine kürzere Nachbehandlungsphase und eine höhere und schnellerer Belastbarkeit der Prothese erzielt. Für die Anwendung in Deutschland genügte 1996 eine Überprüfung auf technische Sicherheit durch den TÜV Rheinland. Aussagefähige klinische Studien waren für den Marktzugang nicht notwendig und wurden auch nicht durchgeführt. Mit der Zeit zeigte sich jedoch, dass mit der sogenannten Robodoc-Methode operierte Patienten bis zu 25 Prozent häufiger schwerwiegende Nebenwirkungen hatten. Der Nutzen blieb aus. Es zeigte sich keine bessere Belastbarkeit oder längere Haltbarkeit. Weiterhin besitzt die Robodoc-Methode den Charakter eines experimentellen Verfahrens.

Es ist entscheidend, dass der medizinische Fortschritt zu einer besseren Versorgung der Patienten führt. Zudem ist ein wirtschaftlicherer Umgang mit den eingesetzten Ressourcen ein weiteres Ziel. Der patientenrelevante Nutzen der Innovationen muss vor der flächendeckenden Einführung belegt sein, denn die Sicherheit der Patienten hat absoluten Vorrang. Und nur dann ist die Finanzierung durch die Solidargemeinschaft gerechtfertigt. Um das zu gewährleisten, kann die **evidenzbasierte Medizin** (kurz EbM) dazu beitragen, die Flut an Informationen zum aktuellen Wissensstand zu bewältigen und zu strukturieren, um so den Transfer von gesichertem medizinischem Wissen in die Praxis zu verbessern. Ziel ist es, die persönliche Erfahrung von Ärztinnen und Ärzten unter Berücksichtigung der jeweiligen Patientenwünsche mit den aussagekräftigsten Ergebnissen medizinischer Forschung zu verbinden. Somit schafft die evidenzbasierte Medizin die Grundlage für eine auf den jeweiligen Patienten zugeschnittene beste diagnostische und/oder therapeutische Entscheidung.

Um medizinische Innovationen so schnell wie möglich allen Versicherten zur Verfügung zu stellen und medizinische Innovationen zu untersuchen, könnten **Innovationszentren** diese Aufgabe übernehmen. Diese bündeln Erfahrung mit der neuen medizinischen Leistung und könnten aussagekräftige klinische Studien durchführen.

- b) Die Krankenhausversorgung wird sich den gleichen Herausforderungen stellen müssen, denen der übrige Gesundheitssektor auch gegenübersteht. Das bedeutet, dass sich die Versorgung auf Krankheiten und Gebrechen einstellen muss, welche mit der älter werdenden Bevölkerung zunehmen. Auch die Krankenhausversorgung wird der Zunahme von Multimorbidität und chronischen Erkrankungen Rechnung tragen müssen.

Als Folge eines wachsenden Anteils der Bevölkerung im hohen Lebensalter wird u. a. ein Anstieg der Neuerkrankungen im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems, der Demenzen und der onkologischen Diagnosen erwartet. Daher ist mit mehr Patienten in der Inneren Medizin zu rechnen. Auch für die Chirurgie/Orthopädie und Geriatrie sind aufgrund dieser demografisch bedingten Entwicklungen mehr Patientinnen und Patienten zu erwarten. Dies gilt im Speziellen für den Bereich der Gerontopsychiatrie. Zudem sind auch an dieser Stelle die sektorübergreifende Versorgung sowie die Vernetzung der medizinischen Leistungserbringer zu forcieren. Die Versorgung psychiatrisch erkrankter älterer Menschen muss ein besonderes Augenmerk darauf richten, Hospitalisierung zu vermeiden. Hier nehmen die Kommunen eine zentrale Stellung ein, da sich die Anforderungen an die häusliche Umgebung nachhaltig ändern werden (Single-Haushalte, Wohngemeinschaften, betreutes Wohnen). Dafür müssen entsprechende Voraussetzungen geschaffen werden.

Zentrale Themen der kommenden Dekade werden neben der voranschreitenden Ökonomisierung der Krankenhauslandschaft die Sicherstellung und weitere Verbesserung der Qualität der Krankenhausleistungen sein. Durch die Akteure des Gesundheitswesens gesteuerte Zentralisierungsprozesse müssen verhindern, dass jedes Krankenhaus Leistungen erbringt, die den Spezialisten vorbehalten sein sollten. Dennoch muss auf Dauer ebenfalls gewährleistet sein, dass gerade für ältere Patientinnen und Patienten ein qualifiziertes Versorgungsnetz wohnortnah zur Verfügung steht. Schon heute ist ein deutliches Stadt-/Landgefälle zu resümieren. Auch die Schnittstelle zwischen ambulanter fachärztlicher Versorgung und Krankenhausversorgung wird neu zu definieren sein. Die Telemedizin wird in diesem Zusammenhang an Bedeutung gewinnen.

Sowohl an den Landeshaushalt wie an die Finanzen der Kommunen werden neue Anforderungen gestellt. Vor dem Hintergrund der bereits bestehenden Restriktionen der öffentlichen Haushalte (Schuldenbremse) wird dies Begehrlichkeiten gegenüber der GKV wecken, noch stärker als bisher Finanzierungslasten zu übernehmen. So nimmt die Deckungslücke zwischen Finanzierungsbedarf und öffentlicher Investitionsförderung im Krankenhausbereich ständig zu. Eine real sinkende Förderung durch das Land in Höhe von rund 500 Millionen Euro steht ein Investitionsbedarf von mindestens 2 Milliarden Euro mit steigender Tendenz gegenüber. Dies führt dazu, dass Mittel für die Versorgung der Patienten, für die die Krankenkassen aufkommen, für investive Maßnahmen der Krankenhäuser zweckentfremdet werden.

**Zu 16. Können durch den Einsatz von e-Health-Innovationen eine Versorgungs- und Angebotssicherung auch in ländlichen Gebieten sichergestellt werden?**

Unter E-Health werden Diagnostiken und Therapien verstanden, bei denen die Akteure mit Hilfe von elektronischen Telekommunikations- und Informationstechnologien zeitliche und räumliche Distanzen überbrücken. Gegenwärtig gibt es im Bereich E-Health zwar Ansätze, insgesamt werden die Möglichkeiten aber noch nicht ausreichend genutzt. Insbesondere für die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Räumen wird erhebliches Potenzial vermutet. Zudem soll mit den eröffneten Möglichkeiten eine kontinuierliche Verbesserung der Qualität und der Effizienz der Versorgung erreicht werden.

Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsverbesserung sollen durch den Einsatz von Telemedizin notwendige medizinische Interventionen frühzeitiger und gezielter ermöglicht werden. Damit können Krankenhausaufenthalte vermieden bzw. die Anzahl der Krankenhaustage reduziert werden. Telemedizin ist zudem dann eine wirtschaftliche Alternative zu der vergleichbaren Versorgung ohne telemedizinische Unterstützung, wenn infolge eines effizienteren Mitteleinsatzes Doppel- und Mehrfachuntersuchungen vermieden werden können.

Die beteiligten Akteure aus Politik, Industrie und Kassen müssen gemeinsam die Integration von erfolversprechenden E-Health-Innovationen in das Gesundheitswesen forcieren. Gegenwärtig ist der Markt für telemedizinische Anwendungen klein. Über Selektivverträge haben die Kassen die Möglichkeit, vielversprechende Projekte – etwa Telemonitoring für Patienten mit chronischen Krankheiten oder mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen – zu erproben.

Eine Einführung von telemedizinischen Leistungen in die Regelversorgung ohne einen nachweisbaren Nutzen für die medizinische Versorgung erscheint nicht sinnvoll. An telemedizinische Leistungen müssen dieselben Anforderungen gestellt werden, wie dies bei Einführung von anderen Leistungen der Fall ist. Es müssen die Kriterien der Evidenzbasierten Medizin erfüllt sein, d. h. objektive Belege zum medizinischen Nutzen der Verfahren vorliegen, um Qualitätsstandards einzuhalten. Telemedizinische Leistungen stellen grundsätzlich keine neuen Leistungen dar. Bereits im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) verankerte Leistungen werden hierbei nur mit telemedizinischer Unterstützung erbracht. Neue telemedizinische Leistungsangebote müssen dabei einen erkennbaren Nutzen für die Patienten nachweisen und im Ergebnis mit dazu beitragen, dass vorhandene Versorgungsdefizite behoben werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen finanzieren den Aufbau der Telematikinfrastruktur (TI). Diese bildet die Grundlage für einen sicheren Austausch medizinischer Daten und Informationen im Gesundheitswesen. Für die Erbringung telemedizinischer Leistungen benötigt der Arzt ebenfalls eine technische Infrastruktur. Die verwendeten Komponenten müssen kompatibel sein und dürfen nicht zu einer Doppelvergütung durch die gesetzlichen Krankenkassen führen.

Bei der Versorgung ländlicher Gebiete kann die Telemedizin zukünftig noch stärker beitragen. Auch wenn die diesbezüglichen Leistungsangebote noch nicht durchgängig ihren Patientennutzen nachgewiesen haben, so gibt es sicherlich auch heute schon interessante Innovationen, wie beispielsweise die Teleintensivmedizin. Durch die Vernetzung kann es gelingen, die Qualität und Effizienz in der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu verbessern und die Versorgung insbesondere von älteren Menschen in ländlichen Regionen, in denen Versorgungsdefizite identifiziert wurden, weiter auf hohem Niveau zu ermöglichen.

Gegenwärtig entwickelt das ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH, gefördert durch die Landesinitiative „eGesundheit.nrw“, telemedizinische Strukturen in der Modellregion Ostwestfalen-Lippe. Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte können sich an die ZTG GmbH wenden und erhalten kostenlose Beratung zu telemedizinischen Vorhaben und Konzepten.

**Zu 17. Wie wird sich das Zusammenspiel zwischen medizinischen und nichtmedizinischen Berufsgruppen entwickeln? Welche Potentiale können gehoben werden?**

- a) Das Zusammenspiel zwischen medizinischen und nichtmedizinischen Berufsgruppen ist ausbaufähig. Insbesondere die Vernetzung dieser Berufsgruppen wird wichtiger, um über Kommunikation und Kooperation verbesserte Behandlungserfolge zu erreichen und die Effizienz zu steigern. Ein stärkerer Fokus auf die Vernetzung der unterschiedlichen Berufsgruppen wäre mit Blick auf die Qualitätssicherung medizinischer Leistungen zu befürworten.

Dies spiegelt sich beispielsweise auch in den jüngsten Honorarverhandlungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der GKV wider. Im Rahmen der Honorarverhandlungen 2015 einigten sich die Verhandlungspartner, neben einer allgemeinen Preis- und Mengenanpassung, die hausärztliche Versorgung zusätzlich mit einem Betrag von 132 Millionen Euro zu verbessern. Dieser extrabudgetär von den Krankenkassen zu zahlende Betrag dient der Finanzierung von Leistungen (z. B. Langzeitblutdruckmessungen, Testverfahren bei Demenzverdacht oder Beobachtung der Arzneimittelverträglichkeit bei Patienten), die durch besonders qualifizierte Praxisassistentinnen erbracht werden. Diese nichtärztlichen Mitarbeiterinnen unterstützen die Arbeit der Hausärzte durch die Durchführung von Hausbesuchen.

- b) Grundsätzlich zielt der verstärkte Einsatz von nichtärztlichem Fachpersonal nicht darauf ab, die ärztliche Versorgung kostengünstiger zu gestalten. Vielmehr handelt es sich hierbei um eine gezielte Maßnahme zur Verbesserung der ambulanten hausärztlichen Versorgungsqualität. Nichtärztliche Berufsgruppen können da zum Einsatz kommen, wo die ärztliche Versorgung derzeit Schwächen aufweist. Das gilt für anfallende Hausbesuche im Rahmen der Versorgung von betreuungsintensiven oder nicht transportfähigen Patienten.

Darüber hinaus hilft der Einsatz von nichtärztlichen Berufsgruppen auch, das derzeit in Nordrhein-Westfalen vorhandene flächendeckende hausärztliche Leistungsangebot auch für zukünftige Zeiträume zu erhalten.

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen, die zusammen rund 5,6 Millionen Menschen in Nordrhein-Westfalen versichern und damit landesweit größte Kassenart sind.

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- Handelskrankenkasse (hkk)