



Demografie-  
Strategisches  
Forum  
Bad Säckingen e.V

# **IM NEBEL STOCHERN – ODER JETZT HANDELN?**

## **Perspektiven des Gesundheitswesens**

**19. Januar 2017**

**Konferenzraum im Kursaal Bad Säckingen**

**Hartmut Fricke (Dipl.-Gerontologe)**

**1. Vorsitzeder des DSF**



## Übersicht

- 1. Kernfragen und Zielsetzung**
- 2. Ausgangslage**
- 3. Perspektiven und Handlungsbedarf**



## 1. Kernfragen und Zielsetzung (I)

### Grundsatzfragen zur Zukunft des Gesundheitswesens

- Was geschieht, wenn die Finanzmittel der GKV/PKV nicht mehr ausreichen, um alle Leistungen im heutigen Umfang zu finanzieren?
- Wer soll zukünftig die Leistungen und damit die Deckung wachsenden Bedarfs an Fachkräften erbringen?



## 1. Kernfragen und Zielsetzung (II)

### Zielsetzung

- **Sicherstellung der notwendigen Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung**
- **Umsetzung des medizinischen Fortschritts für alle bei steigendem Versorgungsbedarf und abnehmenden finanziellen und personellen Ressourcen**
- **Förderung der Patientensicherheit und Patientenkompetenz**
- **Stärkung der integrativen Medizin**



## 1. Kernfragen und Zielsetzung (III)

### Was fehlt?

- **Öffentliche Bewusstseinsbildung für Reformbedarf**
- **Realisierbare Lösungsoptionen**
- **Offenheit für innovative Konzepte im Gesundheitssystem**
- **Gesundheitspolitisches Handeln**



## 2. Ausgangslage (allgemein)

### **Gesundheitssysteme unterliegen einem ständigen Wandel (Einflussfaktoren)**

- **politisch motiviert**
- **gesellschaftliche Veränderungen (v.a. demografischer Wandel)**
- **Fachkräftemangel**
- **medizinischer Fortschritt und steigende Kosten**
- **Krankheitshäufigkeit, steigender Versorgungsbedarf, Pflegebedürftigkeit**
- **Veränderungen in den Heilberufen und deren Ausübung (z.B. steigender Frauenanteil bei Arztberufen, sinkende Niederlassungsbereitschaft als Allgemeinmediziner)**



## 2. Ausgangslage (aktuell)

### Rückläufige Bevölkerungsentwicklung (Deutschland altert) bei gesteigerter Lebenserwartung

**2060 ⇒ 68 Millionen\***

**2016 ⇒ 81 Millionen\***

**Frauen 65 J.\*\* ⇒ 7 gesunde Lebensjahre  
⇒ 21,1 noch zu erwartende Lebensjahre insgesamt**

**Männer 65 J.\*\* ⇒ 7 gesunde Lebensjahre  
⇒ 18,2 noch zu erwartende Lebensjahre insgesamt**

\* Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2015

\*\* Deutsches Ärzteblatt Int. 111/2014



## 2. Ausgangslage - Krankheitshäufigkeit

### Krankheitshäufigkeit 2050 (Prävalenz und Inzidenz – Basisjahr 2007)\*

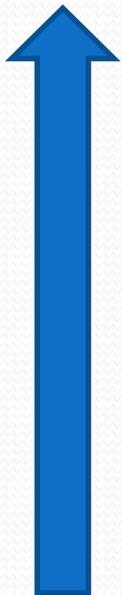
- höhere Lebenserwartung ⇒ steigendes Erkrankungsrisiko (v.a. Älterer)
- **AMD** von 710.000 ⇒ 1,6 Mio. (Zunahme: 125 %)
- **Diabetes mellitus** von 4,1 Mio. ⇒ 6,4 Mio. (Zunahme bis 22%)
- **Herzinfarkt** ⇒ Zunahme der jährl. Neuerkrankungen von 75%
- **Schlaganfall** ⇒ Zunahme der jährl. Neuerkrankungen von 62%
- **Krebs** ⇒ Zunahme der jährl. Neuerkrankungen von 27%
- **Demenz\*\*** ⇒ Zunahme der Erkrankten bis 2050 auf 2,5 Mio.  
⇒ Neuerkrankungen steigen von 290.000 auf 610.000  
⇒ Zunahme von 113%

\* Beske et.al.: Morbiditätsprognose 2050, Institut für Gesundheitssystemforschung, Bd. 114, Kiel 2009



## 2. Ausgangslage – Versorgungsbedarf

### Effekte steigender Lebenserwartung:

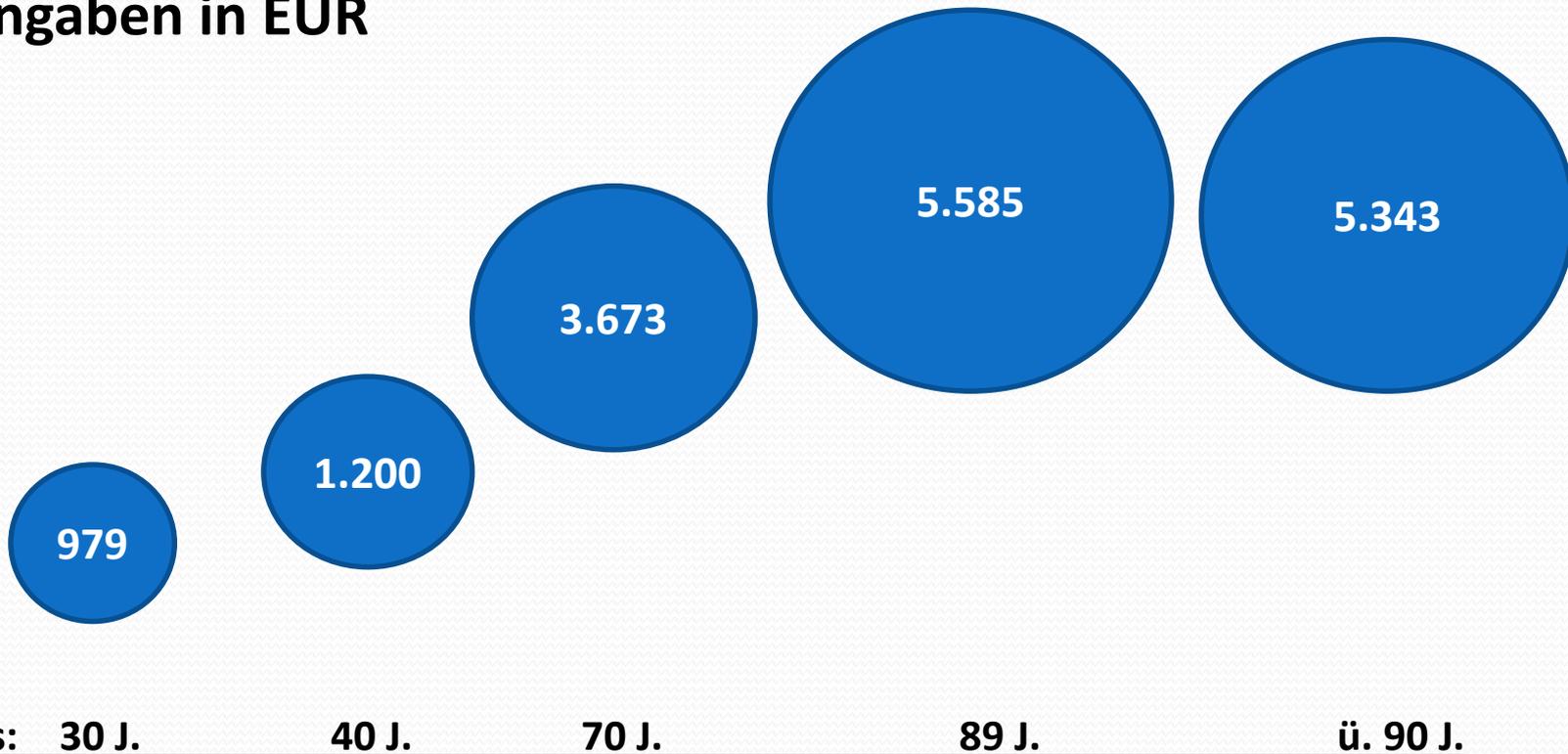


- Zunahme schwerer Erkrankungen
- Zunahme von Multimorbidität
- Zunahme (altersbedingter) chronischer Krankheiten
- höherer Versorgungsaufwand
- höhere Kosten



## 2. Ausgangslage – Ausgaben (GKV) pro Jahr nach Alter

Angaben in EUR



Berechnung nach Beske, Institut für Gesundheitssystemforschung, Kiel, 2016



## 2. Ausgangslage – Effekte für GKV

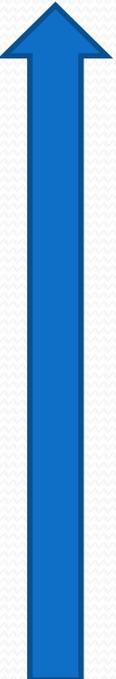


**Fazit: sinkende Überschüsse und sinkende Einnahmen stehen steigenden Ausgaben gegenüber**



## 2. Ausgangslage – Diskussion: Steuermittel für die GKV?

### Anforderungen an den Bundeshaushalt (Beispiele):

- 
- Rente (2014 = 61,4 Milliarden EUR)
  - Bildung
  - Eingliederungshilfe für Behinderte (50% d. SH)
  - Gundsicherung und Hartz IV (Entlastung d. Kommunen)
  - Pensionen für Beamte
  - Asylbewerber und Flüchtlinge
  - GKV
  - Verkehrsinfrastruktur
  - innere Sicherheit
  - äußere Sicherheit (Bundeswehr)
  - Schuldenabbau (2015 = 26,8 Milliarden EUR an Zinsen)

**Fazit: keine Defizitfinanzierung der GKV aus Steuermitteln zu erwarten**



## 2. Ausgangslage – Fachkräftemangel (Ärzte)

**2020** 52.000 Ärzte im ambulanten Bereich müssen ersetzt werden, davon ca. 24.000 Hausärzte\*

**2013** 6.000 Arztstellen in Krankenhäusern unbesetzt\*

**1990** 43,5% Hausärzte und 56,5% Fachärzte

**2013** 35,0% Hausärzte und 65,0% Fachärzte\*\*

(Grund: sich fortsetzende Spezialisierungen in den Arztberufen und veränderte Berufswünsche)

\* *Ärztezeitung vom 14.04.2014*

\*\* *Deutsches Ärzteblatt 112 (15); 2015*



## 2. Ausgangslage – Fachkräftemangel (Pflegekräfte)

**2025** fehlen in Krankenhäusern und in der  
Altenpflege ca. 132.000 Pflegekräfte

**2050** Bedarf von 1,4 Millionen Pflegekräften allein  
für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen



## 2. Ausgangslage – Versorgung Pflegebedürftiger

- 2011** ⇒ **2,5 Mio. Pflegebedürftige\***
- 2050** ⇒ **4,6 Mio. Pflegebedürftige\***
- Folge** ⇒ **zunehmender Bedarf an Pflegekräften in der ambulanten Pflege BW = 52%\*\***
- ⇒ **von der familienergänzenden zur familienersetzenden Pflege**
- ⇒ **zunehmender Bedarf an Pflegekräften in der stationären Pflege BW = 54%\*\***

\* *Statistisches Bundesamt; 2016*

\*\* *Statistisches Landesamt Baden-Württemberg; 2015*



## 2. Ausgangslage – Pflegeversicherung

**2010** ⇒ **21,5 Milliarden EUR Ausgaben\***

**2060** ⇒ **41,6 Milliarden EUR Ausgaben\***

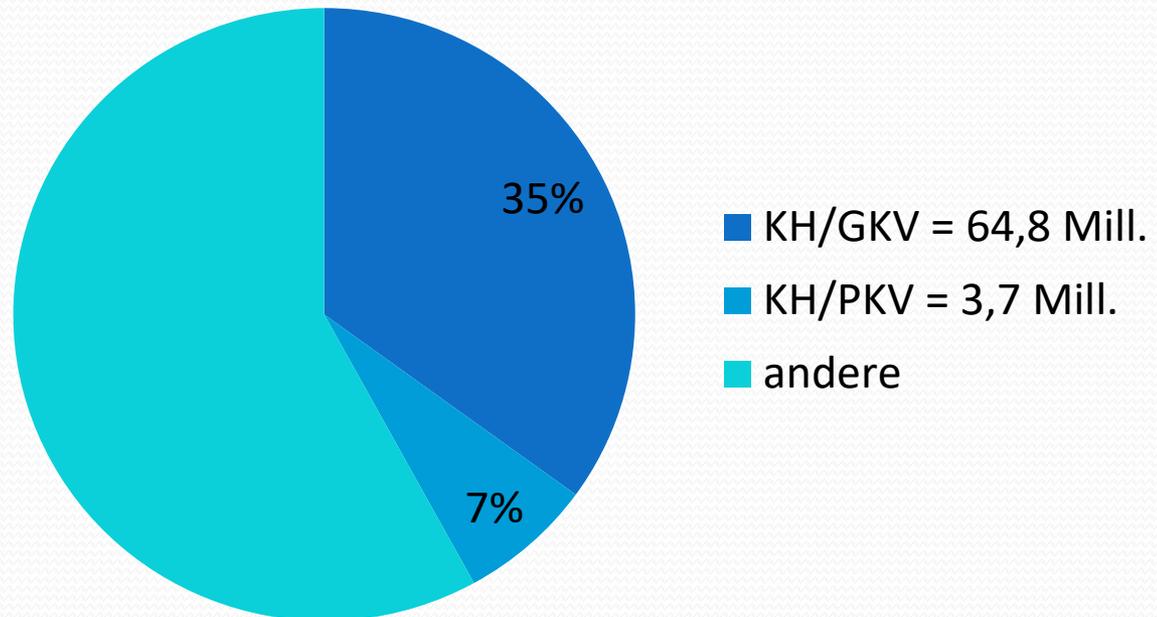
**Fazit: Nicht nur der Bedarf an Versorgungsleistungen und Pflegekräften, sondern auch die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung verdoppeln sich bis 2050/2060.**

\* *Berechnung nach Beske, Institut für Gesundheitssystemforschung, Kiel, 2013*



## 2. Ausgangslage – Krankenhausversorgung

### Ausgaben GKV 2013

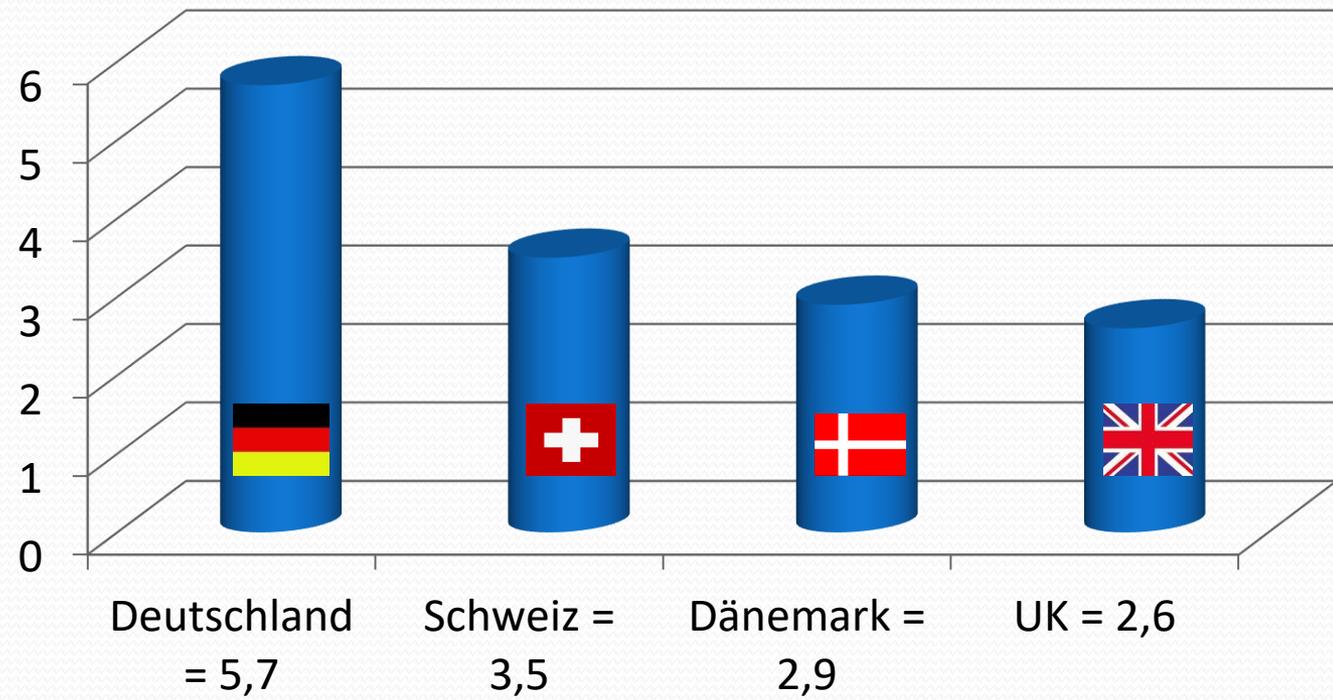


Quellen dieser u. folgender Folien: Prognos 2015 sowie Beske, F.: Gesundheitsversorgung von morgen; Kiel 2016



## 2. Ausgangslage – Krankenhausversorgung

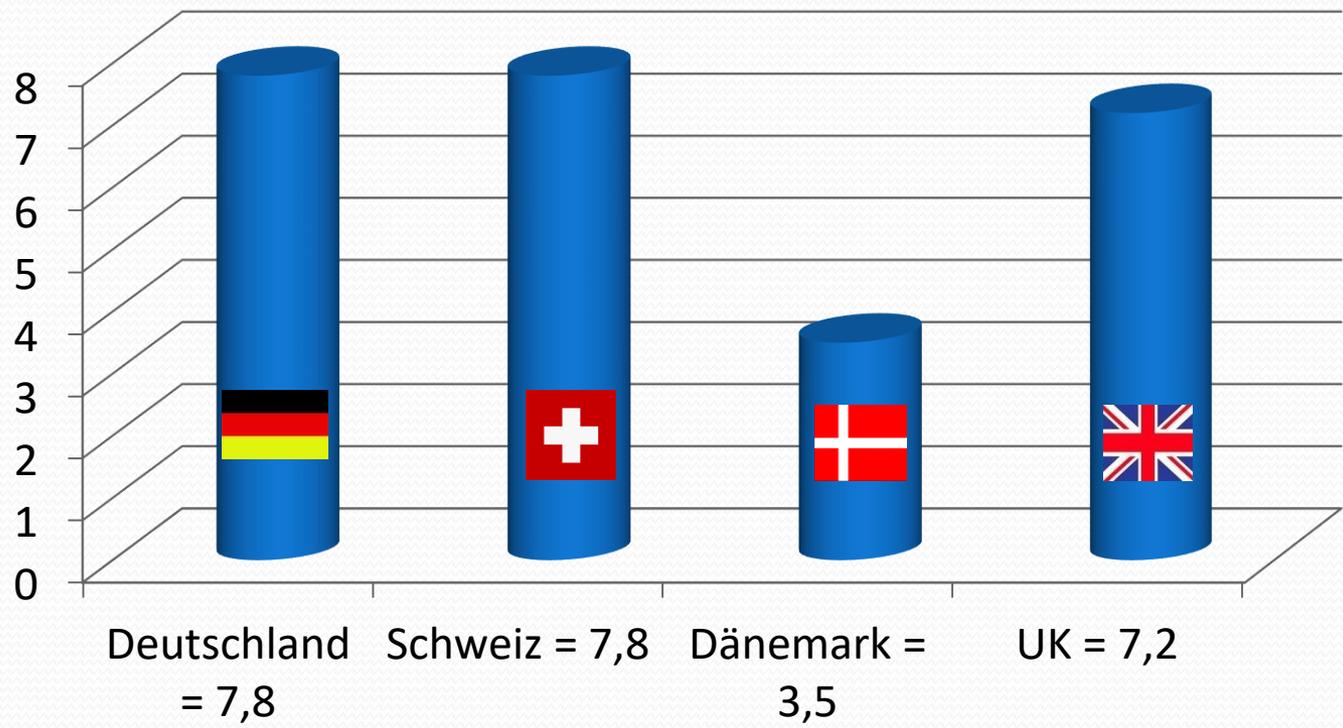
**Bettenziffer (KH-Betten je 1000 Einwohner)**





## 2. Ausgangslage – Krankenhausversorgung

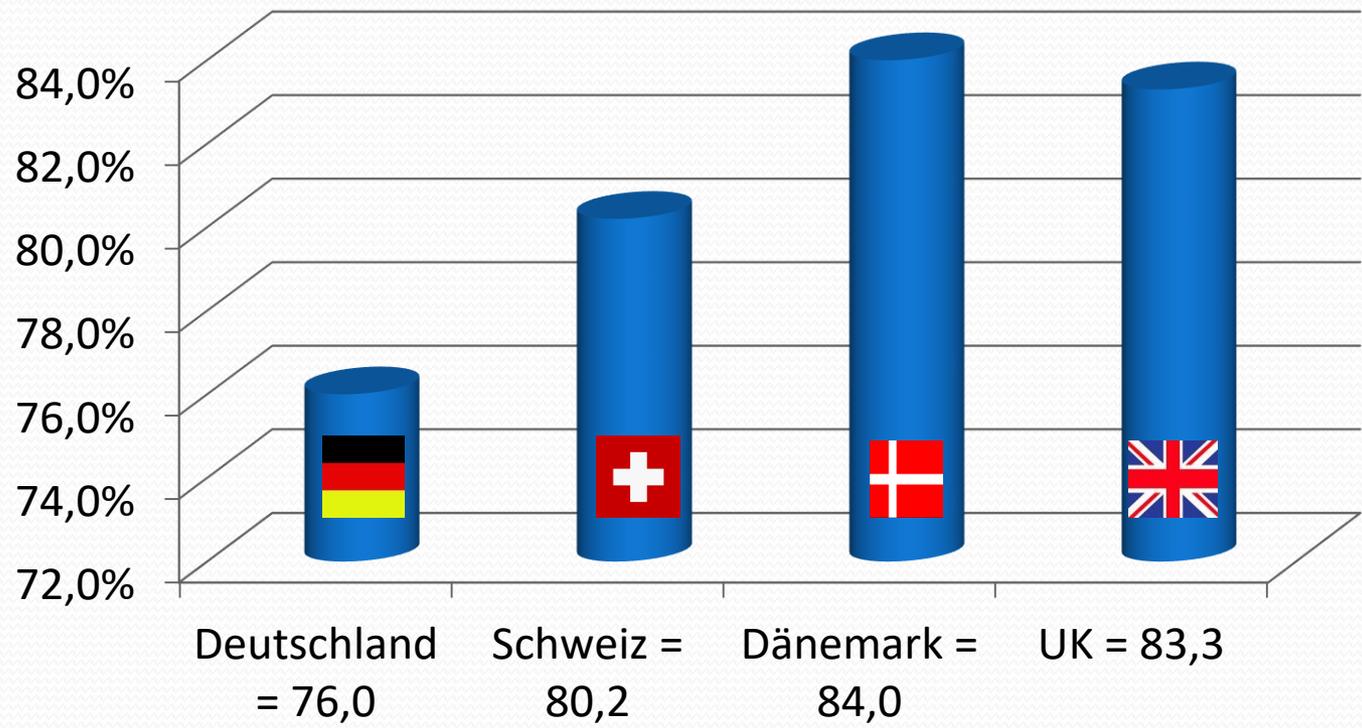
Ø Verweildauer im Krankenhaus in Tagen





## 2. Ausgangslage – Krankenhausversorgung

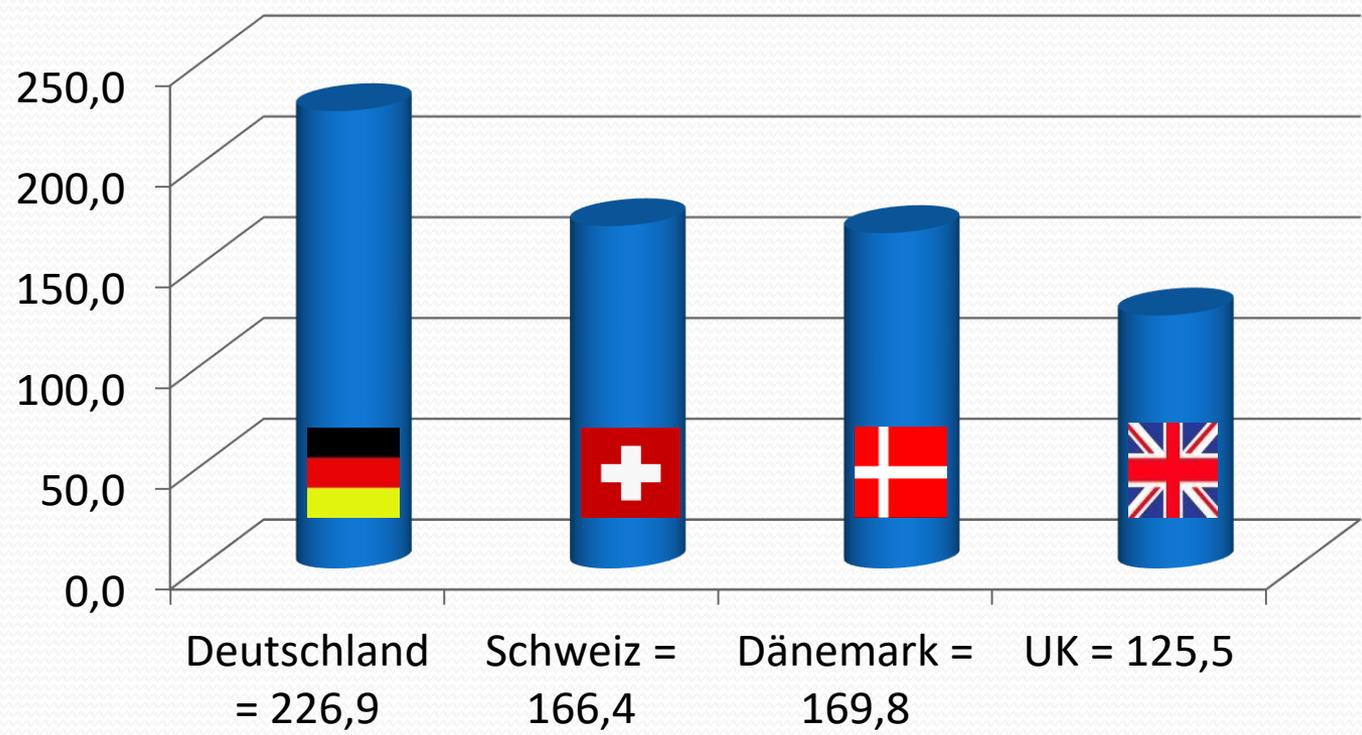
Ø Bettenauslastung in %





## 2. Ausgangslage – Krankenhausversorgung

### Krankenhausfälle je 1000 Einwohner





## 2. Ausgangslage – Krankenhausversorgung

### Faktenanalyse der vier Krankenhausindikatoren\*

- **Bettenziffer,**
- **Verweildauer,**
- **Bettenauslastung und**
- **Krankenhausfälle**

**deutet auf:**

- **überproportionale Zahl an Krankenhausbetten**
- **Potential für mehr ambulante Versorgung**

\* *Quellen: Prognos 2015 sowie Beske, F.: Gesundheitsversorgung von morgen; Kiel 2016.*



## 2. Ausgangslage – Krankenhausversorgung

### Krankenhausstruktur und –versorgung

- **Bestimmende Faktoren verändern Strukturen und stoßen auf unterschiedliche Interessen**
  - ⇒ **Wunsch nach Wohnortnähe (Bürger)**
  - ⇒ **Forderung hoher Versorgungsqualität (Politik, Bürger)**
  - ⇒ **Spezialisierung (KH, GKV, Politik)**
  - ⇒ **Weiterbildungswünsche junger Ärzte (Mediziner)**
  - ⇒ **Sinkende Einweisungen im ländlichen Raum (Struktur)**
  - ⇒ **begrenzte finanzielle Mittel (GKV, Politik)**

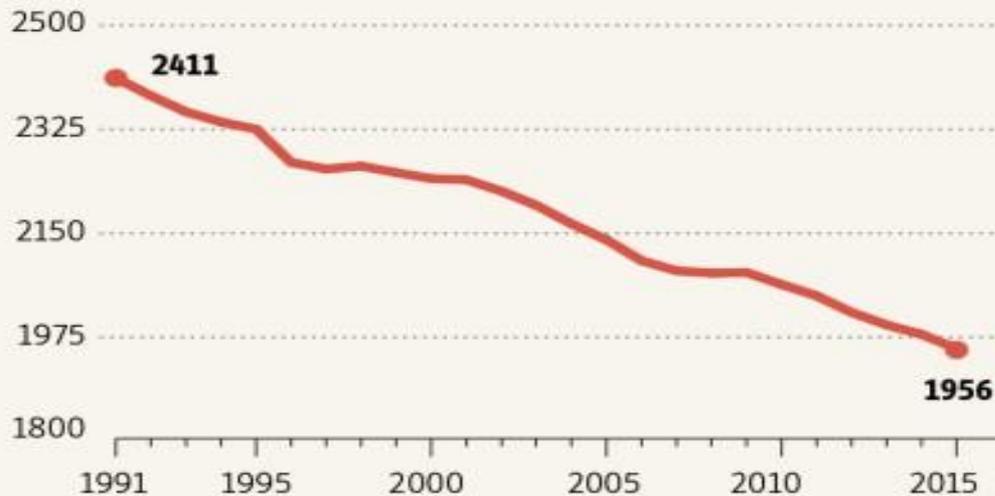


## 2. Ausgangslage – Krankenhausversorgung

### Kritischer Diskurs der Krankenhauspolitik:

#### Gesundgeschrumpft?

Anzahl der Krankenhäuser

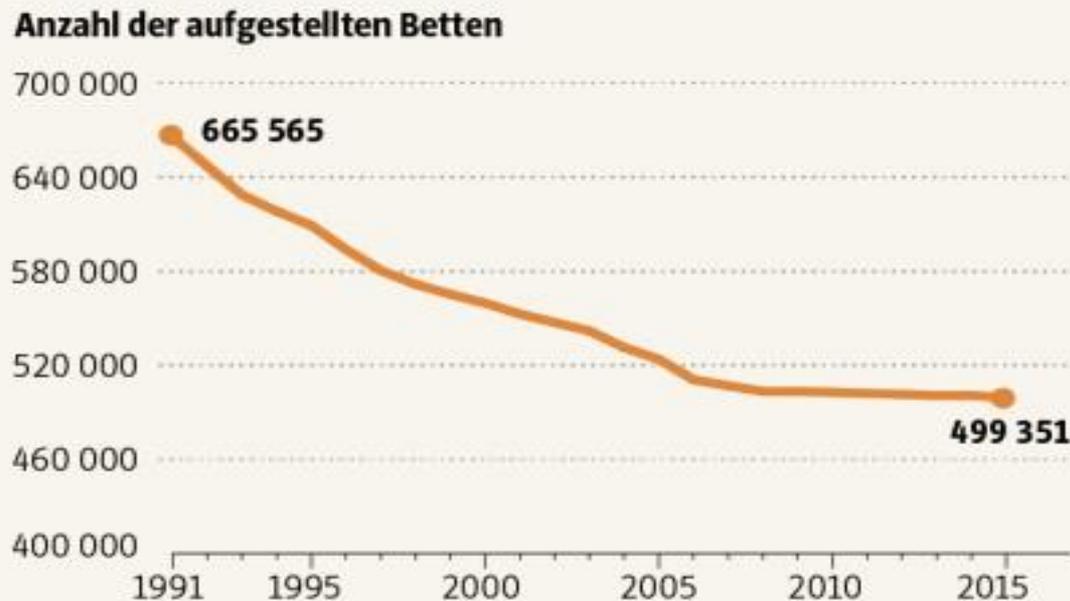


SZ Grafik 2016; Quelle: Statistisches Bundesamt



## 2. Ausgangslage – Krankenhausversorgung

### Kritischer Diskurs der Krankenhauspolitik



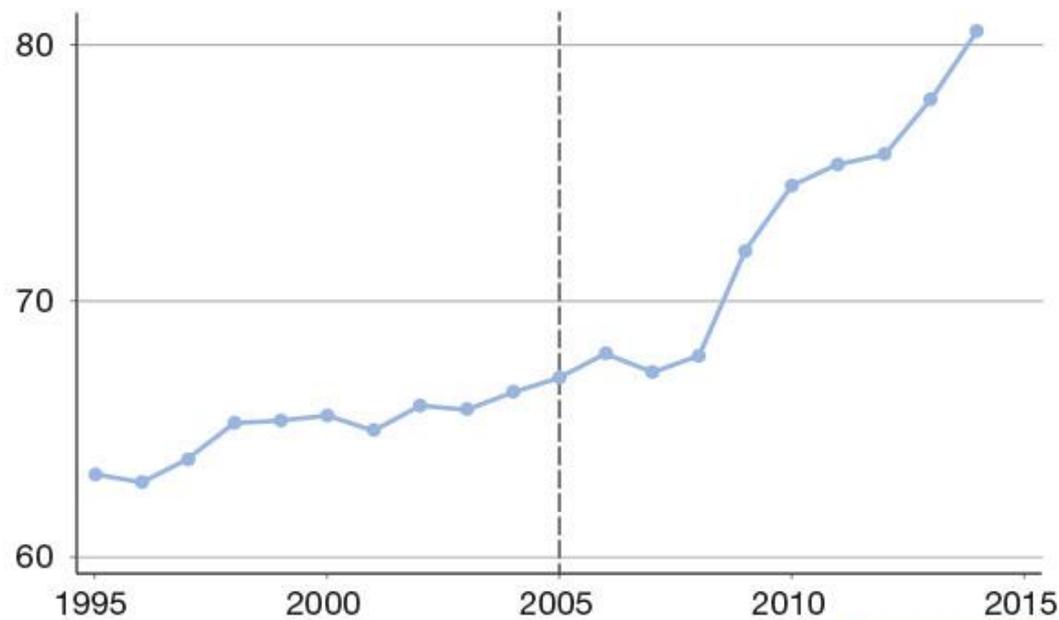
*SZ Grafik 2016; Quelle: Statistisches Bundesamt*



## 2. Ausgangslage – Krankenhausversorgung

### Kritischer Diskurs: Krankenhauskosten

in Mrd. Euro



Wirtschaftsdienst

Heft 12, 2016



## 2. Ausgangslage – Krankenhausversorgung

### Kritischer Diskurs: Gesund geschrumpft?

- Weniger Krankenhäuser
- Weniger Krankenhausbetten
- Höhere Kosten
- Gesetzlich vorgegebene Strukturen (KHSG) – enthält vielfach finanzielle Regelungen
- Verstärkung des Ökonomisierungsprozess
- Entmündigung ärztlicher und pflegerischer Kompetenz durch ökonomische Vorgaben
- Folge: Gesundheit (Krankheit) als Ware



### 3. Ausgangslage – Krankenhausversorgung

#### Kritischer Diskurs: Gesund geschrumpft?

- ⇒ Deutsche Kliniken arbeiten weder wirtschaftlich noch im Sinne der Patientengesundheit\*
- ⇒ 8,7% d. ü. 45jährigen mit Herzinfarkt verstarben auf Station (doppelt so viele wie z.B. in Schweden oder Australien)\*
- ⇒ Kern des Problems: „Strukturelle Verdünnung medizinischer Kompetenz durch zu viele Einrichtungen“\*
- ⇒ Beisp.: Berlin 80 KH, davon 41 kommunal
- ⇒ Vergleich MP: insgesamt 29 KH

\*SZ 26.10.2016; Quelle: Akademie der Wissenschaften Berlin 2016



### 3. Ausgangslage – Krankenhausversorgung

#### Kritischer Diskurs: Gesund geschrumpft?

- ⇒ In der Breite zu wenig KH mit zertifizierter Stroke-Unit\*
- ⇒ Zu oft landen Schlaganfallpatienten in KH ohne Spezialisierung\*
- ⇒ Krankenwagen fahren noch immer zu häufig die nächste Klinik an, anstatt die beste\*
- ⇒ Personalmangel in KH auch strukturelles Problem, weil es auf zu viele Häuser verteilt ist\*

*\*SZ 26.10.2016; Quelle: Akademie der Wissenschaften Berlin 2016*





## 2. Ausgangslage – Gesundheitswirtschaft

### Zusammenfassung

- ⇒ **Vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft**
- ⇒ **Bedeutung der Gesundheitswirtschaft als Faktor der deutschen Gesamtwirtschaft wächst**
- ⇒ **Wandel der Gesundheitsversorgung**
- ⇒ **Ökonomisierung des Gesundheitswesens**
- ⇒ **Verfehlte Krankenhauspolitik**
- ⇒ **Unterschätzung der Selbstheilungsmöglichkeiten und der Patientenkompetenz**



### 3. Perspektiven

#### Lösungsansatz GKV (Beispiele)

- ⇒ **Leistungskürzungen scheinen unvermeidlich**
- ⇒ **Leistungen der Zukunft müssen integrative Ansätze stärker berücksichtigen, z.B. Mind-Body-Medizin**
- ⇒ **Aufbau eines systematischen Versorgungsmanagements (Case-Management) für die Steuerung von Versorgungsabläufen**
- ⇒ **Anreize für Stärkung der Patientenkompetenz und Eigenverantwortlichkeit**



## 3. Perspektiven

### Lösungsansatz Krankenhausversorgung

- ⇒ Verringerung der Betten in Ballungsräumen
- ⇒ Bessere Nutzung der Ressourcen durch Bündelung, Spezialisierung, Zentralisierung
- ⇒ Kompetenzstärkung
- ⇒ Förderung des ländlichen Raums zur Sicherstellung der stationären Versorgung unter Berücksichtigung topografischer Besonderheiten



### 3. Perspektiven

#### **Lösungsansatz ärztliche Versorgung ländlicher Raum**

- ⇒ Bündelung, z.B. Regio-Praxen, Ambulante Zentren, Notfallpraxen
- ⇒ Verbesserung der Rettungsmedizin
- ⇒ Änderung der Niederlassungsvoraussetzungen (Landespolitik, KV)
- ⇒ Vernetzung mit stationärem Bereich
- ⇒ Mobile Kliniken
- ⇒ Telemedizin
- ⇒ E-Health



### 3. Perspektiven

#### Lösungsansatz Pflegebedürftigkeit

- ⇒ Vermeidung von Pflegebedürftigkeit durch Ausbau von Prävention und Rehabilitation (auch finanziell)
- ⇒ Barrierefreiheit
- ⇒ Ausbau von gezielter Beratung
- ⇒ Neue Wohnformen für alle Altersgruppen
- ⇒ Stärkung der Patientenkompetenz
- ⇒ Eigene Vorsorge
- ⇒ Nutzung neuer technischer Möglichkeiten (z.B. Fitness-Tracker, Ambient Assisted Living)



### 3. Perspektiven

#### Lösungsansatz Eigenverantwortlichkeit

- ⇒ Schaffung eines neuen Bewusstseins des gesunden Lebens
- ⇒ Stärkung der ganzheitlichen Medizin (Mind-Body-Medizin)
- ⇒ Prävention
- ⇒ Förderung der Selbstheilungsfähigkeiten
- ⇒ Vorsorge
- ⇒ Öffnung für gemeinschaftliche Konzepte (community care)



Demografie-  
Strategisches  
Forum  
Bad Säckingen e.V.

## 3. Perspektiven

### Lösungsansatz Eigenverantwortlichkeit

**„Es kommt nicht darauf an, wie alt wir werden,  
sondern wie wir alt werden.“**

***(WHO)***



### 3. Perspektiven

#### Lösungsansatz kommunale Steuerung

- ⇒ Stärkere Einbindung der Kommunen
- ⇒ Bessere Nutzung der Ressourcen durch Beteiligung, strategische Bündnisse
- ⇒ Schaffung des gesetzlichen Rahmens für notwendige Handlungsspielräume (über KGK)
- ⇒ Kompetenzstärkung durch Bereitstellung der finanziellen Mittel (Bund/Land)
- ⇒ Aufbau und Förderung sorgender Gemeinschaften



## 3. Perspektiven

### Lösungsansatz Gesundheitspolitik

- ⇒ Erneuerung der Krankenhauspolitik
- ⇒ Etablierung einer unabhängigen Versorgungsforschung
- ⇒ Kompetenzstärkung und finanzielle Ausstattung der Kommunen
- ⇒ Ermöglichung des Strukturaufbaus aufgrund regionaler Besonderheiten
- ⇒ Sensibilisierung für das, was auf das Gesundheitswesen zukommt



### 3. Perspektiven

- **Die Bevölkerung wird – zunehmend – eine qualifizierte hochwertige Gesundheitsversorgung und eine umfassende Versorgung bei Pflegebedarf einfordern.**
- **Soll vermieden werden, dass das Gesundheitssystem insgesamt und insbesondere die Gesundheitsversorgung von der demografischen Entwicklung überrollt werden, muss umgehend gehandelt werden – jetzt!**