

Hintergrundpapier

Gesundheit und Pflege im demografischen Wandel

Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten bei der Finanzierung und Erbringung von Gesundheits- und Pflegeleistungen im demografischen Wandel

Inhaltsverzeichnis

I. Einführung	3
1. Demografische Entwicklung	3
2. Herausforderungen des demografischen Wandels für die sozialen Sicherungssysteme.....	4
II. Tragfähigkeit der Sozialversicherungssysteme in den Bereichen Gesundheit und Pflege.....	5
1. Gesetzliche Krankenversicherung im demografischen Wandel	5
2. Soziale Pflegeversicherung im demografischen Wandel	8
III. Eckpunkte zur demografiefesten Ausgestaltung des Gesundheits- und Pflegesystems	10

1. Sozialethische Grundlagen	10
2. Wirtschafts- und sozialpolitische Gestaltungsoptionen zur Verbesserung der Tragfähigkeit	11
3. Reform der Finanzierungsstruktur der Sozialversicherungssysteme im Bereich Gesundheit und Pflege	13
Struktur der sozialen Sicherungssysteme im Bereich Gesundheit und Pflege – Übergang zu einem einheitlichen System.....	13
Heranziehung weiterer Einkommensarten zur Beitragsbemessung.....	14
Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	15
Einkommensabhängige oder pauschale Beitragserhebung mit einem Sozialausgleich	15
Kapitaldeckung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.....	16
Systemgerechte Finanzierung und Dynamisierung der Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung	17
4. Herausforderungen und Gestaltungsoptionen im Bereich der Leistungserbringung des Gesundheits- und Pflegesystems	18
Verbesserung der Versorgungsprozesse für ältere und unterstützungsbedürftige Menschen.....	18
Sicherung der Fachkräftebasis im Bereich Gesundheit und Pflege	19
Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung	20
Sicherung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen im Krankenhausbereich	20
Reduzierung der Anreize zur Mengenausweitung des DRG-Finanzierungssystems der Krankenhäuser.....	21
Kooperation und Flexibilisierung als Möglichkeit zur weiteren Optimierung im Krankenhausbereich.....	21
Längerer Verbleib in der häuslichen Umgebung durch eine Förderung des alters- und behindertengerechten Wohnraums	22
Bedarfsgerechte Pflege und Betreuung im eigenen Wohn- und Sozialraum.....	23
Rationierung und Priorisierung offen aushandeln.....	24
Gesundheitsförderung und Prävention ausbauen.....	24

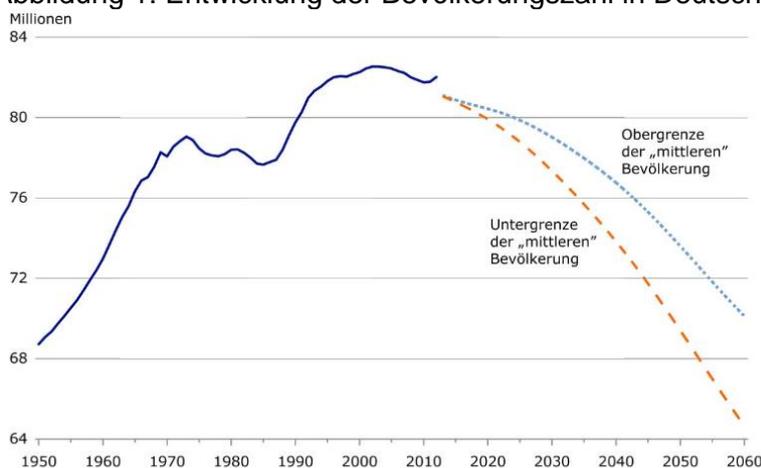
I. Einführung

Für die Zukunftsfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme ist die Bewältigung des demografischen Wandels entscheidend. Die Kommission „Sozialpolitik und Gesellschaft“ der Delegiertenversammlung des Deutschen Caritasverbandes will die zu erwartenden Entwicklungen in aller Kürze darstellen und die zukünftigen Herausforderungen für die sozialen Sicherungssysteme in den Bereichen Gesundheit und Pflege beschreiben. Dabei zeigt das vorliegende Papier Strategien auf, die zur Bewältigung des demografischen Wandels beitragen können. Neben übergreifenden Gestaltungsoptionen werden sozialpolitische Lösungsvorschläge und -optionen zur tragfähigen Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme in den Bereichen Gesundheit und Pflege unterbreitet. Auch die Seite der Leistungserbringung wird in den Blick genommen, um Rationalisierungspotenziale zu diskutieren und aufzuzeigen, wie die Versorgungsstrukturen an die Effekte des demografischen Wandels sowie die Bedürfnisse einer alternden Gesellschaft angepasst werden können. Die Nachhaltigkeit der Sicherungssysteme, die Interessen von Benachteiligten sowie sozialethische Kriterien wie Solidarität und Gerechtigkeit sind dabei eine durchlaufende Perspektive. Mit dem vorliegenden Papier soll ein Rahmen für die verbandliche und gesellschaftliche Diskussion sowie die politische Positionierung zur Zukunftsfähigkeit der Gesundheits- und Pflegesysteme geschaffen werden.

1. Demografische Entwicklung

Die demografische Entwicklung in Deutschland ist gekennzeichnet durch einen „doppelten Alterungsprozess“. Dieser ergibt sich einerseits durch eine steigende Lebenserwartung und andererseits durch eine sinkende bzw. auf niedrigem Niveau stagnierende Geburtenziffer. Hieraus ergibt sich ein steigendes Durchschnittsalter der Bevölkerung. Neben der Alterung ist auch das seit 2003 anhaltende Schrumpfen der Gesamtbevölkerung ein wesentliches Kennzeichen des durch diese Faktoren bedingten demografischen Wandels. Berücksichtigt man darüber hinaus unterschiedliche Annahmen zu jährlichen Wanderungssalden¹, so ist davon auszugehen, dass im Jahr 2060 zwischen 67,6 und 73,1 Millionen Menschen in Deutschland leben werden, während sich der Bevölkerungsstand Ende des Jahres 2013 noch auf rund 81 Millionen Menschen belief.²

Abbildung 1: Entwicklung der Bevölkerungszahl in Deutschland (1950-2060)



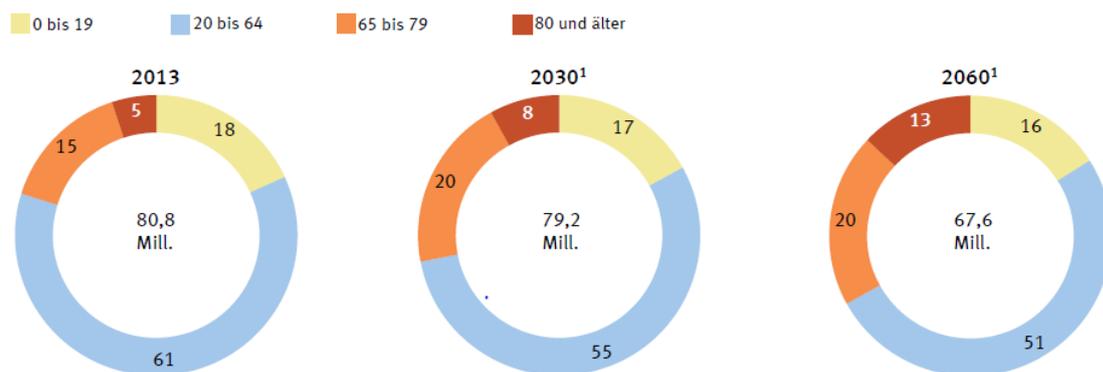
¹ Saldo aus den Wanderungsüberschüssen ausländischer Personen und dem Abwanderungsverlust deutscher Bürger

² Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, S. 6

Quelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2014³

Die abnehmende Zahl der Geburten und das Altern der gegenwärtig stark besetzten mittleren Jahrgänge führen darüber hinaus zu gravierenden Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung. Während die Personen im Erwerbsalter⁴ im Jahr 2013 noch 61% der Bevölkerung stellten, wird ihr Anteil bis ins Jahr 2060 auf voraussichtlich 51% schrumpfen. Dahingegen wird der Anteil der Menschen ab 65 Jahren, und dabei insbesondere der Anteil der hochbetagten Menschen, in den kommenden Jahren stark steigen, so dass im Jahr 2060 jeder Dritte (33%) mindestens 65 Jahre alt sein wird. Während heute 100 Personen im erwerbsfähigen Alter 34 Personen im Alter von über 65 Jahren gegenüberstehen, werden dies im Jahr 2060, je nach Entwicklung der Zuwanderung, mit 61 bis 65 Personen somit fast doppelt so viele sein. Bezieht man in die Betrachtung neben den älteren Personen zusätzlich Kinder und Jugendliche mit ein, die noch nicht im Erwerbsalter sind, so wird im Jahr 2060 einer Person im Erwerbsalter in etwa eine Person gegenüberstehen, die nicht im erwerbsfähigen Alter ist. Folglich werden sich die Bevölkerungsanteile in der Zukunft so verschieben, dass weniger Personen im Erwerbsalter mehr Menschen mitversorgen müssen, die noch nicht oder nicht mehr im Erwerbsalter sind.

Abbildung 2: Bevölkerung nach Altersgruppen 2013, Prognosen 2030 und 2060 in Prozent



Quelle: Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung

2. Herausforderungen des demografischen Wandels für die sozialen Sicherungssysteme

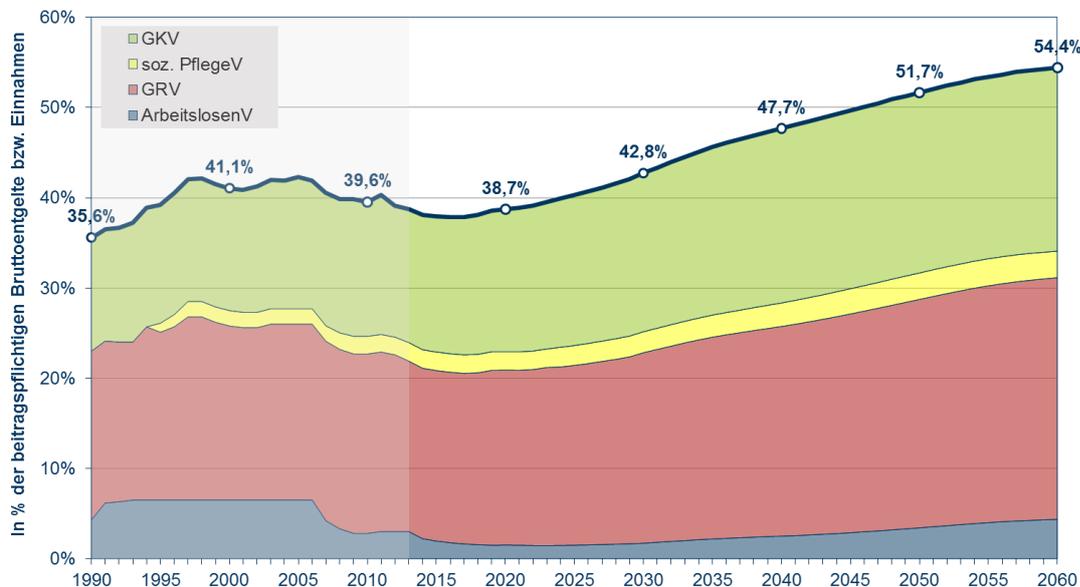
Der demografische Wandel stellt unsere Gesellschaft vor ökonomische und sozialpolitische Herausforderungen. Während unser gesamtwirtschaftlicher Wohlstand zukünftig durch die wirtschaftliche Leistung eines kleiner werdenden Anteils an Erwerbstätigen gesichert werden muss, werden die sozialen Sicherungssysteme durch einen wachsenden Anteil älterer Menschen in Anspruch genommen. Diese Entwicklungen werden eine zunehmende Spreizung von Einnahmen und Ausgaben zur Folge haben. Sowohl für die soziale Pflegeversicherung als auch für die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung werden zukünftig steigende Beitragssätze prognostiziert.

Die folgende Abbildung veranschaulicht die nach Werding prognostizierte Entwicklung der Sozialversicherungsbeiträge bis ins Jahr 2060.

³ Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2014): abgerufen am 26.01.15: http://www.bib-demografie.de/DE/ZahlenundFakten/02/Abbildungen/a_02_02_bevstand_d_1950_2060.html?nn=3074114

⁴ Der Anteil der Personen im Erwerbsalter wird an dieser Stelle, bezugnehmend auf die bisherigen Regelungen zum Renteneintrittsalter, als Anteil der 20 bis unter 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung gemessen.

Abbildung 3: Sozialbeiträge Referenzvariante (kumuliert, 1990-2060)



Quelle: Werding, M. (2014): Vortrag „Demografischer Wandel und soziale Sicherungssysteme“ beim Deutschen Caritasverband am 02.04.2014 in Hildesheim

Die dargestellten Beitragssatzsteigerungen spiegeln die stärkere Belastung zukünftiger Generationen wider. Im Sinne der Generationengerechtigkeit sollten jedoch zukünftige Generationen mindestens so große Chancen auf die Befriedigung ihrer eigenen Bedürfnisse haben wie die heutige Generation. Es stellt sich also die Frage, wie darauf hingewirkt werden kann, dass die Lasten zukünftiger Generationen in Anbetracht des demografischen Wandels reduziert werden können. Um diese Frage für den Bereich des Gesundheits- und Pflegesystems zu beantworten, soll zunächst die Nachhaltigkeit beider Systeme nochmals eingehender betrachtet werden. Der demografische Wandel bietet jedoch auch Gestaltungsoptionen für unsere Gesellschaft sowie die sozialen Sicherungssysteme. Diese sollen im Rahmen des vorliegenden Papiers in den Blick genommen werden, um unsere sozialen Sicherungssysteme zukunftsfest zu machen. Die aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes notwendigen Reformoptionen werden im Rahmen von Eckpunkten formuliert.

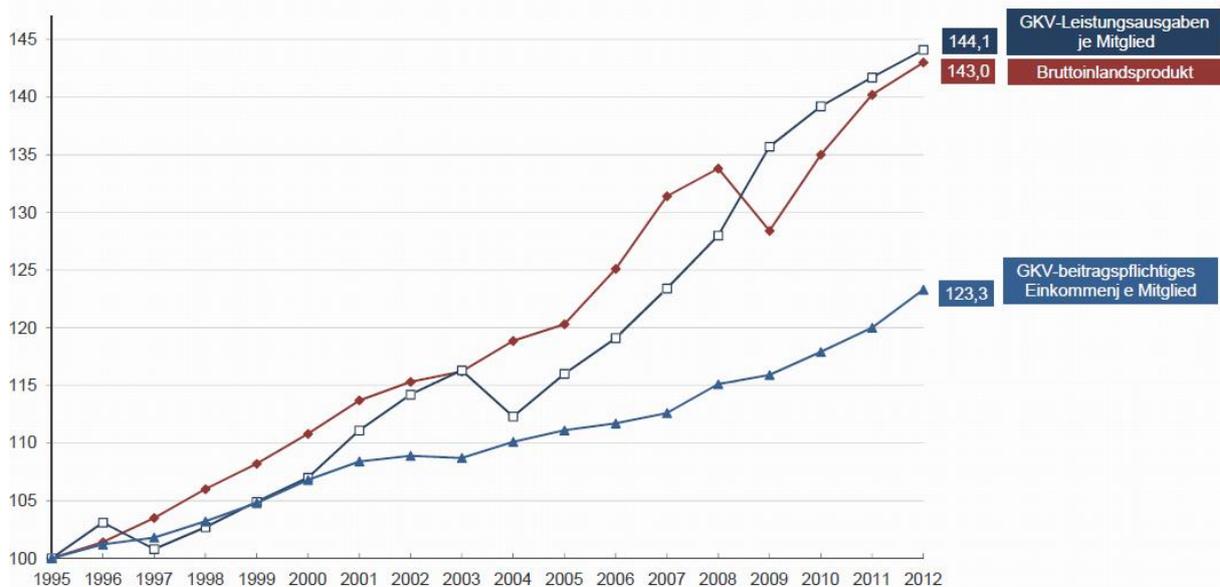
II. Tragfähigkeit der Sozialversicherungssysteme in den Bereichen Gesundheit und Pflege

1. Gesetzliche Krankenversicherung im demografischen Wandel

Die Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur setzen das Gesundheitssystem sowohl auf der Einnahmenseite als auch auf der Ausgabenseite unter Druck. Auf der Einnahmenseite leidet die GKV bereits seit Jahren unter einer strukturellen Einnahmeschwäche. Diese resultiert dar-

aus, dass die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkommen (Grundlohnsumme) in Anbetracht langsam wachsender Löhne, einer sinkenden Lohnquote sowie einer steigenden Rentnerzahl langsamer wächst als die Ausgaben der GKV, die sich fast parallel zum Bruttoinlandsprodukt entwickeln.⁵

Abbildung 4: Entwicklung von BIP, GKV-Ausgaben und beitragspflichtigem Einkommen 1995-2012



Quelle: Universität Duisburg-Essen: abgerufen am 12.01.15: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI52.pdf

Im demografischen Wandel wird sich diese Schere schon alleine durch den steigenden Rentneranteil einnahmeseitig weiter vergrößern, da die Renten niedriger sind als die Einkünfte der Erwerbstätigen. Da immer mehr Menschen ein höheres Lebensalter erreichen und ältere Menschen im Durchschnitt häufiger und schwerer erkranken als Jüngere, ist zudem mit einer zukünftig steigenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu rechnen. Die altersspezifischen Ausgabenprofile der gesetzlichen Krankenversicherung weisen ab dem 50. Lebensjahr deutlich steigende durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben auf. Dabei erfolgt die stärkste Zunahme im Alter zwischen 65 und 80 Jahren.⁶ Somit sind mit dem demografischen Wandel Ausgabensteigerungen im Bereich der Gesundheitsleistungen zu erwarten. Es besteht jedoch Unsicherheit über das zukünftige Ausmaß der Ausgabensteigerungen. Dieses wird neben der rein demografischen Alterung insbesondere von dem Gesundheitszustand beeinflusst, in dem die Menschen die zusätzlichen Lebensjahre verbringen werden. Empirische Studien weisen hinsichtlich dieser Fragestellungen unterschiedliche Ergebnisse aus. Jedoch überwiegen die Hinweise auf die Existenz einer Morbiditätskompression, die davon ausgeht, dass künftig hinzugewonnene Lebensjahre eher in Gesundheit verbracht werden.⁷ Wesentlichen Einfluss auf den zukünftigen Gesundheitszustand und somit auch das Ausgabenprofil werden die Wirkungen der Verhältnis- und Verhaltensprävention sowie die Effekte des medizinischen Fortschritts ha-

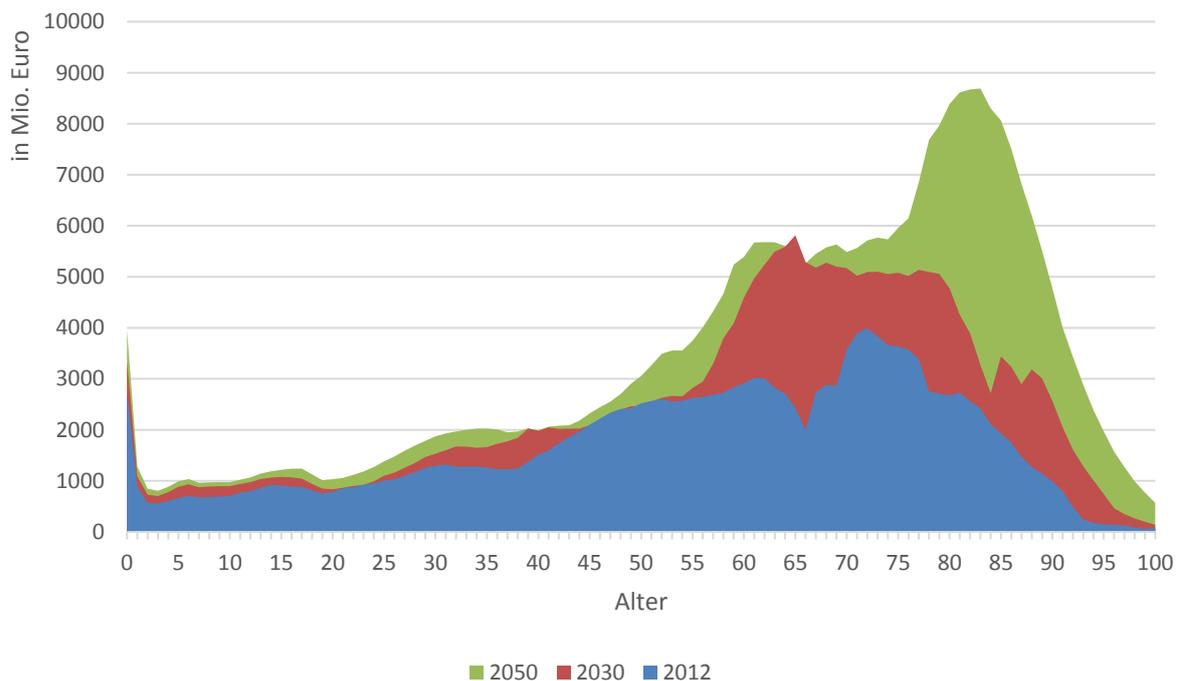
⁵ Deutscher Bundestag (2009): Schlussbericht der Enquetekommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, S. 189 f.

⁶ SVR zur Begutachten der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Jahresgutachten 2009, S. 67

⁷ SVR zur Begutachten der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Jahresgutachten 2009, S. 72

ben.⁸ In Anbetracht der Unsicherheiten über die zukünftige Entwicklung der Einflussfaktoren sowie deren Wirkungen wird für die Betrachtung der zukünftigen Ausgabenentwicklung häufig vereinfachend die Konstanz der altersbezogenen Krankheitswahrscheinlichkeit (Status-Quo-Hypothese) unterstellt. Dementsprechend veranschaulicht die folgende Abbildung die im demografischen Wandel prognostizierte Ausgabenentwicklung bis ins Jahr 2050 unter Annahme im Zeitablauf gleichbleibender altersbezogener Prävalenzraten.⁹

Abbildung 5: Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nach Alter, 2012 und Prognose für 2030, 2050



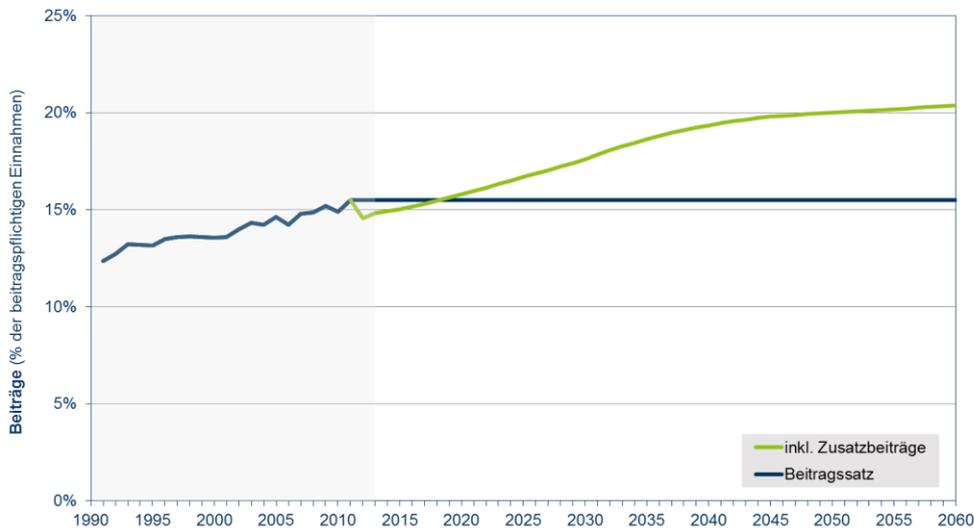
Quelle: Forschungszentrum Generationenverträge, 2014

In Anbetracht der demografischen Entwicklungen sowie der für die Zukunft erwarteten Ausgabenentwicklung ist mit zukünftig steigenden Beitragssätzen zu rechnen. Unter Annahme der Status-Quo-Hypothese zur altersbezogenen Prävalenzrate und den gegebenen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung stellt sich die prognostizierte Beitragssatzentwicklung nach Berechnungen von Werding (2014) folgendermaßen dar.

⁸ SVR zur Begutachten der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009), S. 72: „Im Sinne der Morbiditätskompression geht es darum, die vorhandenen Präventionspotenziale auszuschöpfen (Kruse et al. 2003) und dabei vor allem die vulnerablen Gruppen zu erreichen bzw. miteinzubeziehen (Kroll et al. 2008). Erfolgreiche Maßnahmen in transsektoralen Bereichen, wie Bildung, Umwelt, Verkehr, Wohnen, Arbeitsplatz sowie Einkommens und Vermögenspolitik können die Bemühungen der Gesundheitspolitik wirksam unterstützen. Andererseits sprechen künftige medizinisch-technische Innovationen tendenziell eher für die Expansion der Morbidität. Eine erfolgreiche tertiäre Prävention könnte allerdings bei einer gleichen Zeitspanne der Morbidität die Krankheitsschwere verringern.“

⁹ Weitere Annahme: reale Zunahme der Gesundheitskosten um 1,5% pro Jahr

Abbildung 6: Prognostizierte GKV-Beitragssatzentwicklung (1991-2060)



Quelle: Werding, M. (2014): Vortrag „Demografischer Wandel und soziale Sicherungssysteme“ beim Deutschen Caritasverband am 02.04.2014 in Hildesheim

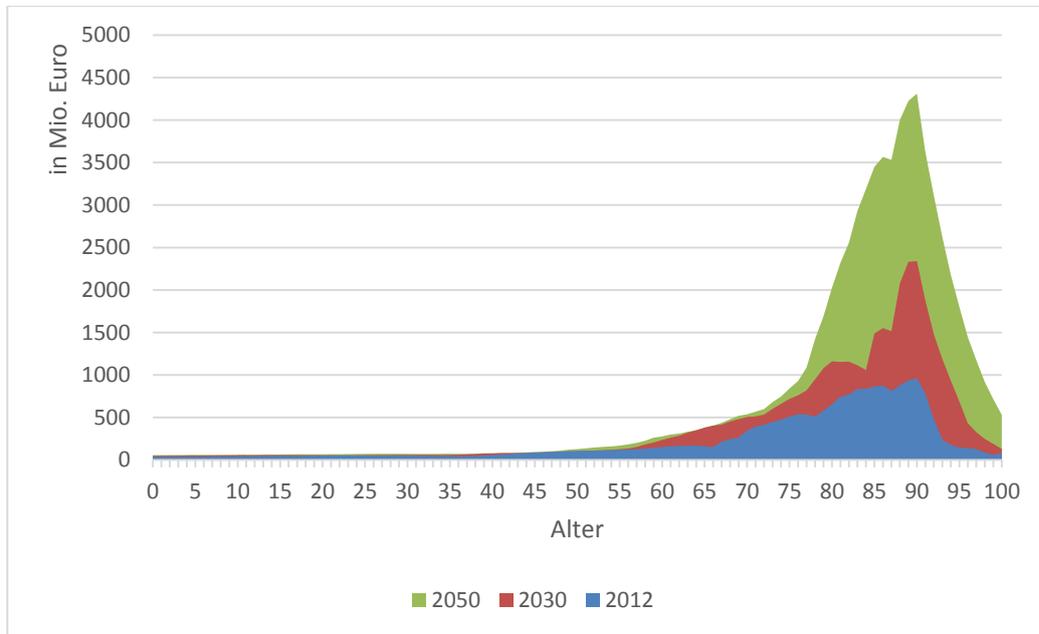
2. Soziale Pflegeversicherung im demografischen Wandel

Auch der Bereich der Pflege wird im demografischen Wandel vor besondere Herausforderungen gestellt. Durch die Verlängerung der Lebenszeit und die Zunahme des Anteils älterer Menschen im demografischen Wandel ist in den kommenden Jahren und Jahrzehnten mit einer stark steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen und einem entsprechenden Bedeutungszuwachs des Pflegesektors zu rechnen. In welchem Ausmaß sich die Zahl pflegebedürftiger Menschen erhöhen wird, hängt entscheidend davon ab, wie sich der Zugewinn an Lebenserwartung auf die altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeit auswirkt. Auch im Bereich der Pflege kommen empirische Untersuchungen zu unterschiedlichen Ergebnissen hinsichtlich der künftigen Entwicklung der altersbezogenen Prävalenzraten. Auf Basis des heutigen Forschungsstands ist jedoch für den Pflegesektor von der Status-Quo-Hypothese bzw. der „leichten“ Kompression des Pflegerisikos auszugehen.¹⁰ Jedoch wird auch hier, in Anbetracht von Unsicherheiten, häufig vereinfachend die Konstanz der altersbezogenen Pflegewahrscheinlichkeit (Status-Quo-Hypothese) unterstellt. Dementsprechend veranschaulicht die folgende Abbildung die im demografischen Wandel prognostizierte Ausgabenentwicklung der sozialen Pflegeversicherung bis ins Jahr 2050 unter Annahme im Zeitablauf gleichbleibender altersbezogener Prävalenzraten.¹¹

¹⁰ Häcker et al. (2011): Soziale Pflegeversicherung heute und morgen, S. 42

¹¹ Weitere Annahme: reale Zunahme der Gesundheitskosten um 1,5% pro Jahr

Abbildung 7: Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung nach Alter 2012 und Prognose 2030 und 2050:



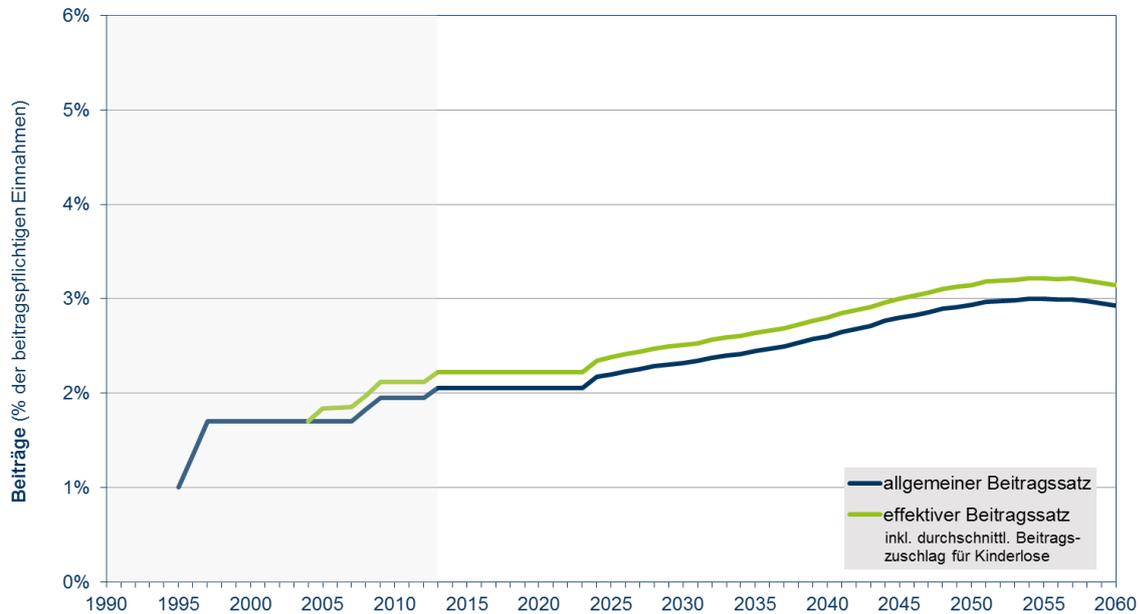
Quelle: Forschungszentrum Generationenverträge, 2014

Unter der Annahme eines gleichbleibendem altersbezogenen Pflegerisikos ist angesichts der demografischen Entwicklung damit zu rechnen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen in der sozialen Pflegeversicherung von heute rund 2,57 Millionen Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2050 um 70% auf 4,36 Millionen ansteigt.¹² Selbst wenn die Pflegewahrscheinlichkeit bspw. durch verbesserte Prävention komprimiert werden kann und nachfolgende Generationen erst in späteren Lebensjahren pflegebedürftig werden, wird die Zahl der Personen, die pflegerische Hilfe benötigen in Anbetracht der demografischen Entwicklungen bis ins Jahr 2050 auf etwa 3,5 Millionen ansteigen.¹³ Auch wenn die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit nur unter gewissen Annahmen prognostiziert werden kann und mit Unsicherheiten behaftet ist, weisen alle Szenarien auf die Dynamik einer im demografischen Wandel steigenden Pflegebedürftigkeit hin. Sie führt im Zusammenhang mit dem Rückgang des Anteils der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter in einem umlagefinanzierten System der sozialen Pflegeversicherung zu einer entsprechend stärkeren Belastung jüngerer und nachfolgender Generationen, die sich in steigenden Beitragssätzen widerspiegelt. Unter Annahme der Status-Quo-Hypothese stellt sich die prognostizierte Beitragssatzentwicklung bei den gegebenen Rahmenbedingungen der sozialen Pflegeversicherung nach Berechnungen von Werding (2014) folgendermaßen dar.

¹² BMG (2015): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung; abgerufen unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/150420_Zahlen_und_Fakten_Pflegeversicherung_03-2015.pdf

¹³ SVR-Gutachten zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Kurzversion, S.113

Abbildung 8: Prognostizierte SPV-Beitragssatzentwicklung (1991-2060)



Quelle: Werding, M. (2014): Vortrag „Demografischer Wandel und soziale Sicherungssysteme“ beim Deutschen Caritasverband am 02.04.2014 in Hildesheim

Im Sinne der langfristigen Tragfähigkeit sowie der Generationengerechtigkeit gilt es, die Gesundheits- und Pflegesysteme so auszugestalten, dass diese den demografischen Entwicklungen Stand halten können. Hierfür gilt es frühzeitig die Weichen zu stellen.

Die folgenden Eckpunkte stellen Lösungsvorschläge des Deutschen Caritasverbandes zur demografiefesten Ausgestaltung des Gesundheits- und Pflegesystems dar. Hiermit möchte der Deutsche Caritasverband einen Beitrag zur tragfähigen Gestaltung unserer gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung leisten.

III. Eckpunkte zur demografiefesten Ausgestaltung des Gesundheits- und Pflegesystems

1. Sozialethische Grundlagen

Um eine demografiefeste Absicherung der Versorgung im Bereich der Pflege und Gesundheit zu entwickeln, bringt der Deutsche Caritasverband sozialethische Kriterien ein, die sich aus der Tradition christlicher Anthropologie und Sozialethik speisen.

Jeder Mensch ist Person. Er hat Anspruch auf Achtung seiner Menschenwürde und dementsprechend bestimmte Grundrechte, die der Staat und alle Bürgerinnen und Bürger ohne jede Form der Diskriminierung respektieren, schützen und wo nötig positiv bereitstellen müssen. Besonders kranke und pflegebedürftige Menschen sind darauf angewiesen, dass ihre besonderen Bedarfe entsprechend diesem Grundsatz der Achtung der Menschenwürde befriedigt werden, und zwar so, dass ihr Recht auf Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe möglichst wenig eingeschränkt wird. Dem Prinzip der Subsidiarität entspricht es, dass alle sozialen

Leistungen, wo möglich, Hilfe zur Selbsthilfe sein sollen, die Eigenständigkeit sowie die soziale und gesellschaftliche Teilhabe der betroffenen Personen möglichst lange erhalten sollen. Auch sollten sie möglichst gut an unterschiedliche Lebensvorstellungen, religiöse Selbstverständnisse und kulturelle Muster angepasst sein. Die Finanzierung der dafür nötigen Leistungen kann nur teilweise privat, sondern muss überwiegend entsprechend dem Prinzip der Solidarität erfolgen: Diejenigen, die leistungsfähiger sind und über höhere Einkünfte verfügen, müssen die anderen mitfinanzieren, die aus welchen Gründen auch immer weniger leistungsfähig sind und über keine oder nur geringe Einkünfte verfügen. Insofern gleiche Leistungsfähigkeit auch zu gleicher Belastung und gleiche Bedarfe auch zu gleichen Leistungen führen müssen, spielt dabei auch das Prinzip der Gerechtigkeit eine wichtige Rolle. Auch dürfen aus Gerechtigkeitsgründen weder auf der Leistungs- noch auf der Finanzierungsseite Personen ausgeschlossen werden. Aus Gründen der intergenerationellen Gerechtigkeit ist insbesondere darauf zu achten, dass die entsprechenden Finanzierungssysteme auch nachhaltig sind, damit nicht zum Beispiel Personen, die zu einem früheren Zeitpunkt in das System einbezahlt haben, später unverhältnismäßige Leistungseinschränkungen hinnehmen müssen. Angesichts des demografischen Wandels ist freilich eine vollständige Gerechtigkeit nicht möglich. Denn in umlagefinanzierten Systemen können entweder die Beiträge oder die Leistungen nicht mehr über die Generationen hinweg das gleiche Niveau haben, wenn die Generationen zahlenmäßig sehr ungleich sind. In diesem Fall sind Kompromisse nötig, durch die notwendige Zumutungen (höhere Beiträge bzw. Leistungseinschränkungen) in fairer Weise auf die verschiedenen Generationen verteilt werden. Schließlich hat auch das ökonomische Prinzip der Effizienz eine ethische Dimension. Denn Verschwendung und Ineffizienz reduzieren die zur Verfügung stehenden Leistungen, so dass die vorhandenen Bedarfe nicht oder nur unzureichend befriedigt werden können.

Entscheidend in allem ist dem Deutschen Caritasverband, dass der Mensch in Gesundheit und Krankheit als einmaliges ganzheitliches Subjekt im Mittelpunkt steht und nicht zum Objekt funktionaler Behandlungsabläufe sowie ökonomischer Gewinnorientierung wird. Daran haben sich alle politischen Reformansätze zu orientieren.

2. Wirtschafts- und sozialpolitische Gestaltungsoptionen zur Verbesserung der Tragfähigkeit

Die aufgeführten Analysen zeigen auf, dass der demografische Wandel mit seinen Veränderungen im Bevölkerungsaufbau enorme Herausforderungen für die Finanzierung der Gesundheits- und Pflegeleistungen mit sich bringen wird. Die auf demografischen Szenarien beruhenden Prognosen zur Ausgaben- und Beitragsentwicklung im Gesundheits- und Pflegebereich sind jedoch keine Konstanten. Es stehen wirtschafts- und sozialpolitische Spielräume und Gestaltungsoptionen zur Verfügung, die genutzt werden können, um den demografischen Effekten entgegenzuwirken. So können **Produktivitätssteigerungen** durch Investitionen in Forschung und Entwicklung zur Verbesserung der wirtschaftlichen Leistungskraft beitragen und auf diese Weise die demografischen Effekte abfedern. Des Weiteren bestehen Gestaltungsoptionen insbesondere im Bereich der **verbesserten Teilhabe am Erwerbsleben**. Vor dem Hintergrund eines zunehmend spürbaren Fachkräftemangels kommt es verstärkt darauf an, das zur Verfügung stehende Erwerbspotenzial bestmöglich zur Entfaltung zu bringen. Bedient man sich dieser Stellschrauben, so kann dem demografiebedingten Rückgang des Arbeitskräftepotenzials entgegengewirkt werden. So ist es schon heute, nicht nur mit Blick auf den demografischen Wandel, eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe, die Teilnahme am Arbeitsmarkt für diejenigen Zielgruppen zu verbessern, die bislang nicht hinreichend integriert sind. Eine **zielgerichtete Bildungs- und Befähigungspolitik** kann dazu beitragen, bislang benachteiligte Menschen

besser in den Arbeitsmarkt zu integrieren und deren gesellschaftliche Teilhabe zu fördern.¹⁴ Diese sollte jedoch bereits im frühen Lebensalter ansetzen. In Zeiten, in denen sich die Halbwertszeit des Wissens verkürzt, sollte die Bildungspolitik weiterhin auf das lebenslange Lernen ausgerichtet sein. Somit wird es eine Zukunftsaufgabe sein, Bildungs- und Weiterbildungsangebote verstärkt auf alle Lebensphasen auszurichten.^{15,16} Verbesserte Rahmenbedingungen im Bereich der **Vereinbarkeit von Familie/Pflege und Beruf** können insbesondere die Teilhabe von Frauen am Arbeitsmarkt stärken und die demografischen Effekte abmildern.¹⁷ Positive Wirkungen können zudem durch eine **Steigerung der Erwerbstätigenquote der Älteren** sowie eine **Flexibilisierung des Renteneintrittsalters** erzielt werden. Die bereits beschlossene **Erhöhung des Renteneintrittsalters** auf 67 Jahre wirkt dem demografischen Rückgang der Personen im Erwerbsalter entgegen.¹⁸ So zeigen entsprechende Modellrechnungen, dass durch die Erhöhung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre der Anteil der Personen im Erwerbsalter im Jahr 2060 um 2,5 Prozentpunkte gesteigert werden kann. In Verbindung mit einem entsprechenden Rückgang der Personen im Rentenalter hat dies bis ins Jahr 2060 zur Folge, dass sich das Verhältnis von Personen im Erwerbsalter zu Personen im Rentenalter von 1,54 auf 1,75 und damit um 14% erhöht.¹⁹

Angesichts der in den letzten Jahren deutlich gestiegenen Zuwanderungsbewegungen gewinnt die auf einer Willkommenskultur basierenden **Integration von Menschen mit Migrationshintergrund** zunehmend an Bedeutung. Während sich der Wanderungssaldo im Zeitraum zwischen 1954 und 2013 auf durchschnittlich 186.000 Personen belief, stieg dieser im Jahr 2011 auf 279.000 Personen und im Jahr 2013 auf 429.000 Personen.²⁰ Im Jahr 2014 belief sich der Wanderungssaldo auf rund 550.000 Personen und im Jahr 2015 werden diese Nettozuwanderungszahlen durch die starke Flüchtlingszuwanderung nochmals kräftig zunehmen.²¹ Die in den letzten Jahren steigenden Nettozuwanderungszahlen können dazu beitragen, den negativen Trend des Potenzials an Erwerbspersonen zumindest zu bremsen. Studienergebnissen zufolge wäre aber im langjährigen Mittel eine Nettozuwanderung in Höhe von 533.000 Menschen notwendig, um das Potenzial an Erwerbspersonen in etwa auf dem heutigen Stand zu halten. Dennoch bliebe die Alterung der Gesellschaft in den demografischen Strukturen eingeschrieben. Angesichts einer zu erwartenden sinkenden Zuwanderung aus EU-Staaten wird die Bedeutung der Zuwanderung aus Nicht-EU-Staaten zukünftig steigen.²² Diese Daten und Prognosen zeigen auf, dass der erfolgreichen Integration und Qualifizierung von Menschen mit Migrationshintergrund in den Arbeitsmarkt in Kombination mit den weiteren oben aufgeführten wirtschafts- und sozialpolitischen Gestaltungsoptionen eine entscheidende Bedeutung zur Bewälti-

¹⁴ DCV (2014): DCV-Vorschläge zur Bekämpfung von Langzeitarbeitslosigkeit; online:

<http://www.caritas.de/fuerprofis/presse/stellungnahmen/05-11-2015-vorschlaege-zur-bekaempfung-der-langzeitarbeitslosigkeit>

¹⁵ Spermann, A. (2013): Die Demografiestrategie der Bundesregierung - ein Weg zu mehr Wohlstand?; In: Wirtschaftsdienst 2013/3, S. 165 ff.

¹⁶ DCV (2012): Für ein chancengerechtes und inklusives Bildungssystem – Bildungspolitische Position des Deutschen Caritasverbandes, neue caritas 3/2012, S. 32; online: http://www.caritas.de/cms/contents/caritasde/medien/dokumente/stellungnahmen/bildungspolitischepo/111128_bildungspolitische%20position_dcv.pdf

¹⁷ DCV (2013): Familie schaffen wir nur gemeinsam – Ziele, Positionen, Forderungen: Familienpolitische Positionen der Caritas zur Kampagne, online: <http://www.caritas.de/magazin/kampagne/familie/familiefoerdern/familien-brauchen-zeit>; Stellungnahme des DCV zum Familienpflegezeitgesetz, <http://www.caritas.de/fuerprofis/presse/pressemitteilungen/caritas-begruesst-rechtsanspruch-auf-fam>

¹⁸ Bomsdorf, E.; Winkelhausen, J. (2014): Deutschlands Bevölkerung in 2060: Das Geburtendefizit steigt dramatisch; In: Ifo Schnelldienst 22/2014 – 67. Jahrgang, S. 20 f.

¹⁹ Ende 2013 lag dieses Verhältnis bei der damaligen Regelaltersgrenze der Rentenversicherung bei knapp 3 (vgl. Fußnote 18)

²⁰ Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, S. 37 f.

²¹ https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/09/PD15_321_12711.html

²² BertelsmannStiftung (2015): Zuwanderungsbedarf aus Drittstaaten in Deutschland bis 2015 – Szenarien für ein konstantes Erwerbspersonenpotenzial – unter Berücksichtigung der zukünftigen inländischen Erwerbsbeteiligung und der EU-Binnenmobilität

gung des demografischen Wandels zukommt, jedoch weitere Maßnahmen notwendig sein werden, um die sozialen Sicherungssysteme zukunftsfest zu gestalten.

3. Reform der Finanzierungsstruktur der Sozialversicherungssysteme im Bereich Gesundheit und Pflege

Struktur der sozialen Sicherungssysteme im Bereich Gesundheit und Pflege – Übergang zu einem einheitlichen System

Deutschland weist, als einziges Land in Europa, ein zweigeteiltes Versicherungssystem für den Kern der Versicherungsleistungen auf.^{23,24} Dieses spaltet sich in eine gesetzliche und eine private Kranken- und Pflegeversicherung auf. Die Zuordnung der Versicherten zu einem System und die Verfügbarkeit von Wahlrechten werden von Erwerbsstatus und Einkommen bestimmt.

Das zweigliedrige Versicherungssystem hat eine Risikoselektion und einen verzerrten Systemwettbewerb zur Folge, da sich insbesondere Bezieher höherer Einkommen und „gute Risiken“ dem einkommens- und risikobezogenen Solidarausgleich in der Pflichtversicherung entziehen. Zudem führt die unterschiedliche Honorierung von Leistungen im Gesundheitsbereich zu dem Effekt, dass die Allokation ärztlicher Leistungen nicht nur nach medizinischen Kriterien, sondern auch nach der Zugehörigkeit zum Versichertenkreis erfolgt. Ein Wettbewerb unter gleichen Bedingungen ist auch vor diesem Hintergrund nicht gegeben. Unerwünschte Nebenwirkungen des zweigliedrigen Versicherungssystems zeigen sich z.B. in der Form von Wartezeiten für gesetzlich Versicherte. Aber auch für privat Versicherte kann die Zweiteilung des Versicherungsmarktes Nachteile mit sich bringen in Form von Versicherungslücken und der Gefahr der „Überbehandlung“, insbesondere mit teuren Screening-Methoden und Operationen. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass sich die wirtschaftliche Lage der im Kapitaldeckungsverfahren organisierten Privatversicherungen in Anbetracht von niedrigen Kapitalmarktzinsen sowie eines zunehmenden Alters der Versicherten zukünftig verschlechtern wird. Somit wird in den kommenden Jahren auch bei den Privatversicherungen mit weiter steigenden Beitragssätzen zu rechnen sein. Insgesamt stellt die Situation anhaltend niedriger Zinsen, der demografischen Entwicklung sowie steigender Gesundheitskosten ein generelles Unternehmensrisiko für das System der privaten Kranken- und Pflegeversicherung dar. Ein eingliedriges System beinhaltet somit auch für Privatversicherte positive Effekte.

Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes ist die derzeitige Zweiteilung des Versicherungssystems zu überwinden, um das Solidarprinzip und die Gerechtigkeit des sozialen Sicherungssystems zu stärken. Aber auch die Tragfähigkeit des Finanzierungssystems könnte verbessert werden, da die Risikoselektion zu Lasten der gesetzlichen Kranken- bzw. sozialen Pflegeversicherung überwunden wird.²⁵ Deshalb sollte eine schrittweise Zusammenlegung der beiden Versicherungssysteme im Bereich Gesundheit bzw. Pflege erfolgen. Mit einem Kontrahierungszwang in einem Versicherungssystem unter einheitlichen Rahmenbedingungen kann sichergestellt werden, dass alle Bürger einen Solidarbetrag zur Gesundheits- bzw. Pflegeversorgung leisten und umgekehrt Anspruch auf die Solidarität der Versichertengemeinschaft haben. Eine einheitliche Wettbewerbsordnung sollte Grundlage für einen fairen Wettbewerb zwischen gesetzlichen und privaten Versicherungsunternehmen sein. In neuen Pflichtversicherungen für die

²³ Walendzik (2009): Finanzierungsalternativen im Gesundheitswesen, S. 11

²⁴ Finkenstädt, V., Niehaus, F. (2013): Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen – Ein internationaler Überblick, S. 9 ff.

²⁵ Greß, S.; Rothgang, H. (2010): Finanzierungsreform der Krankenversicherung in Deutschland – Vorschläge für ein Maßnahmenbündel jenseits der Kopfpauschale, S. 11

Bereiche Gesundheit bzw. Pflege sollten Versicherte sowohl in gesetzlichen Kassen als auch in privaten Versicherungsunternehmen zu einheitlichen Konditionen und bei einer risikounabhängigen Prämienbemessung Gesundheits- und Pflegeleistungen erhalten. Darüber hinaus können Wahlleistungsverträge bei privaten Versicherungen abgeschlossen werden. Anpassungen der Vergütungssysteme von Gesundheitsleistungen müssen bei einem Transfer in ein integriertes Versicherungssystem erfolgen. Dabei darf die Überführung in ein einheitliches Versicherungssystem nicht zu einem Entzug von Ressourcen in den Versorgungsbereichen führen.

Der Übergang zu eingliedrigen Versicherungssystemen in den Bereichen Gesundheit bzw. Pflege wirft unterschiedliche verfassungsrechtliche Fragen auf. Dies betrifft neben dem im Artikel 12 des Grundgesetzes festgeschriebenen Recht auf den eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb insbesondere die Portabilität von Altersrückstellungen. Damit frühere Privatversicherte auch in fortgeschrittenem Alter einen Anspruch auf die Umverteilungsmechanismen der GKV erhalten, müssten diese ihre Altersrückstellungen in einem GKV-äquivalenten Leistungsumfang mitnehmen können.²⁶ Die verschiedenen verfassungsrechtlichen Fragen sind noch nicht abschließend geklärt. Die Umsetzbarkeit eines einheitlichen Versicherungssystems wurde jedoch in verschiedenen Gutachten diskutiert^{27,28} und unter Berücksichtigung unterschiedlichster Aspekte auch aus verfassungsrechtlicher Perspektive für rechtens empfunden.²⁹

Bis zur Zusammenführung der Versicherungssysteme sollte es einen Risikostrukturausgleich geben. Dieser kann den negativen Verteilungseffekten der Risikoselektion bis zum Übergang in ein integriertes Versicherungssystem entgegenwirken.

Heranziehung weiterer Einkommensarten zur Beitragsbemessung

Derzeit wird in der gesetzlichen Kranken- bzw. sozialen Pflegeversicherung nur das Arbeitseinkommen zur Bemessung der Beiträge zugrunde gelegt. Weitere Einkommen wie Erträge aus Vermögen oder Vermietung und Verpachtung bleiben unberücksichtigt. Die Anknüpfung an das Erwerbseinkommen ist der historischen Entstehung der Sozialversicherungssysteme geschuldet.

Die sich ausschließlich auf das Arbeitseinkommen beziehende Beitragsbemessung schwächt die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung in Anbetracht einer kontinuierlich sinkenden Lohnquote³⁰. Des Weiteren birgt die Bindung an das Einkommen aus abhängiger Beschäftigung Gerechtigkeitsdefizite. So kann es vorkommen, dass Menschen mit gleichem Gesamteinkommen, aber unterschiedlichen Anteilen des Erwerbseinkommens am Gesamteinkommen, unterschiedlich hohe Beiträge zahlen müssen. Im Sinne der horizontalen Gerechtigkeit sollten Haushalte mit gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit jedoch zu gleichen Beitragszahlungen herangezogen werden. Zudem sollte sich die Beitragszahlung im Sinne der vertikalen Gerechtigkeit an der Leistungsfähigkeit orientieren, die sich am Gesamteinkommen bemisst.

²⁶ Greß, S.; Bieback, K.-J. (2013): Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit, S. 27

²⁷ Bertelsmann Stiftung, Verbraucherzentrale Bundesverband (2013): gerecht, nachhaltig, effizient – Studie zur Finanzierung einer integrierten Krankenversicherung

²⁸ Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung : Jahresgutachten 2005/2006, S. 380 f.

²⁹ Fiesahn, A. (2013): Eine Bürgerversicherung ist rechtens - Eine Untersuchung zu den verfassungsrechtlichen und europarechtlichen Problemen bei der Einführung einer Bürgerversicherung in Deutschland

³⁰ Anteil der Einkommen aus unselbständiger Arbeit am Volkseinkommen

Der Deutsche Caritasverband setzt sich für eine Heranziehung sämtlicher Einkommensarten auf Basis des steuerlichen Einkommensbegriffs ein. Um den administrativen Aufwand möglichst gering zu halten, sollten die Finanzbehörden in die Bemessung der Beitragsschuld integriert werden.³¹ Die Einbeziehung weiterer Einkommensbestandteile fördert die Gerechtigkeit der Beitragsbemessung. Des Weiteren spricht der Aspekt der Tragfähigkeit des Finanzierungssystems für die erweiterte Bemessungsgrundlage. Beiträge werden dann auch auf weitere Einkommensbestandteile wie Einkünfte aus Kapitalvermögen oder aus Vermietung und Verpachtung erhoben, insoweit sie unter der Beitragsbemessungsgrenze liegen. Somit würde auch die Gleichbehandlung aller Versichertengruppen gestärkt werden, da sich das Beitragsrecht der GKV im Bereich der freiwillig Versicherten schon heute an der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit orientiert.³²

Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung liegt im Jahr 2015 mit 49.500 Euro pro Jahr 5.000 Euro unter der Versicherungspflichtgrenze. Hieraus ergibt sich eine regressive Verteilungswirkung im Anschluss an die Beitragsbemessungsgrenze, da Mitglieder mit höheren beitragspflichtigen Einnahmen einen geringeren Prozentsatz ihres Einkommens beitragen.

Der Deutsche Caritasverband spricht sich dafür aus, die Beitragsbemessungsgrenze bis auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung anzuheben.³³ In einem eingliedrigem Versicherungssystem würde dann die Versicherungspflichtgrenze wegfallen. In einem zweigliedrigem System müsste die Versicherungspflichtgrenze entsprechend angepasst werden. Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze verbessert den Finanzierungsspielraum sowie die distributive Gerechtigkeit. Dabei verstärkt sich die Nachhaltigkeit des Effekts in einem einheitlichen Versicherungssystem sowie mit der Einbeziehung weiterer Einkommensarten. Somit könnte die Stabilisierung der Beitragssätze unterstützt und die Tragfähigkeit des Systems gestärkt werden.

Einkommensabhängige oder pauschale Beitragserhebung mit einem Sozialausgleich

Derzeit werden die Kranken- sowie Pflegeversicherungsbeiträge einkommensabhängig berechnet. Somit beinhaltet der soziale Sicherungsmechanismus sowohl den Risiko- als auch den Einkommensausgleich. Während der Tarifverlauf bis zur Beitragsbemessungsgrenze im Wesentlichen proportional verläuft, entfaltet er ab der Beitragsbemessungsgrenze eine regressive Wirkung. Insgesamt verbleibt die Einkommenssolidarität innerhalb der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Die oben aufgeführten Reformelemente eines eingliedrigem Versicherungssystems, einer Erhöhung sowie Erweiterung der Bemessungsgrundlage sowie eines Risikoausgleichs bei Beibehaltung des zweigliedrigem Systems können dazu beitragen, die distributive Gerechtigkeit sowie die Tragfähigkeit eines Systems mit einkommensabhängigen Beiträgen zu verbessern.

Als Alternativmodell wird immer wieder auch die Finanzierung über einkommensunabhängige Pauschalen unter Anwendung eines Sozialausgleichs diskutiert. Dieses koppelt die Krankheits- und Pflegekosten von den Lohnnebenkosten ab und reduziert somit die Abgabenlast der Ar-

³¹ Greß, S.; Bieback, K.-J. (2013): Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit, S. 41 f.

³² Walendzik (2009): Finanzierungsalternativen im Gesundheitswesen, S. 15

³³ Beitragsbemessungsgrenze 2015 in der allgemeinen Rentenversicherung: West: 6.050 Euro/Monat; Ost: 5.200 Euro/Monat

beitkosten. Zudem wird die Beitragsgrundlage gegen Konjunktur- und Arbeitsmarktschwankungen stabilisiert. Des Weiteren stärkt eine Pauschalprämie das versicherungsimmanente Äquivalenzprinzip, da die Prämie die durchschnittlichen Ausgaben der Kasse je Erwachsenen und somit den vollständigen Risikoausgleich widerspiegelt. Die Einkommensumverteilung wird in dem System einer pauschalierten Beitragsbemessung in das Steuer-Transfer-System verlagert. Die distributive Wirkung der Transfers ist jedoch von der steuerlichen Gegenfinanzierung des Zuschusssystems abhängig. Eine Einkommensumverteilung im Steuer-Transfer-System bietet die Möglichkeit, den progressiven Charakter der Einkommensumverteilung zu stärken und diese insgesamt transparenter und zielgenauer zu gestalten. Die Fragen, welche Einkommensarten für die Bemessung der Beiträge herangezogen werden müssen und in welcher Höhe eine Beitragsbemessungsgrenze anzusetzen ist, würden entfallen. Jedoch stellt sich die Frage der politischen Umsetzbarkeit der angestrebten Umverteilungen. Mithin ist der Erhebungsaufwand nicht zu vernachlässigen, der bei der Bedürftigkeitsprüfung für den Sozialausgleich besteht.

Der Deutsche Caritasverband zeigt sich für beide Formen der Beitragsbemessung grundsätzlich offen. Bei einer Finanzierung über einkommensunabhängige Pauschalbeiträge muss jedoch ein echter Sozialausgleich sicherstellen, dass Menschen mit geringerem Einkommen durch die Beitragsentwicklung nicht unverhältnismäßig belastet werden. Zudem muss dieser regelhaft dynamisiert und vor politischer Einflussnahme geschützt werden. Nach Einschätzung des Deutschen Caritasverbands können beide Systeme insbesondere im Rahmen eines eingliedrigten Versicherungssystems dazu beitragen, die Verteilungsgerechtigkeit zu stärken und die Tragfähigkeit der Finanzierung zu verbessern.

Kapitaldeckung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Soziale Pflegeversicherung - Pflegevorsorgefond

In der sozialen Pflegeversicherung wurde mit dem 1. Pflegestärkungsgesetz eine kapitalgedeckte Säule in Form des Pflegevorsorgefonds in die soziale Pflegeversicherung implementiert. Diese soll dazu dienen, die Beitragsbelastung für nachfolgende Generationen in dem Zeitraum zu begrenzen, in dem geburtenstarke Jahrgänge das Pflegealter erreichen. Jährlich werden die Einnahmen aus 0,1 Beitragssatzpunkten (derzeit rd. 1,2 Mrd. Euro) in den Pflegevorsorgefonds eingezahlt. Ab dem Jahr 2035 soll jährlich über einen Zeitraum von mindestens 20 Jahren jeweils bis zu einem Zwanzigstel des angesammelten Kapitals zur Abfederung von Beitragssatzsteigerungen aufgelöst werden.

Nach Einschätzung des Deutschen Caritasverbandes wurde mit der Einführung der kapitalgedeckten Säule zwar ein erster dringend notwendiger Schritt getan, um das System langfristig auf eine tragfähige Finanzierungsbasis zu stellen. Die Einführung des kollektiven Kapitalstocks trägt zur Abfederung der Belastungen durch die Alterung geburtenstarker Jahrgänge und zu einer gleichmäßigeren Verteilung der Finanzierungslasten zwischen den Generationen bei. Empirische Berechnungen zeigen jedoch auf, dass der Pflegevorsorgefonds bislang nur einen geringen Effekt auf die Tragfähigkeit hat.

Die Summe der in den Kapitalstock eingezahlten Beiträge in Höhe von jährlich 0,1 Beitragssatzpunkten ist zu niedrig, um einen wirksamen Beitrag zur Bewältigung des demografischen Wandels in den Jahren nach 2035 leisten zu können. Zudem muss abgesichert werden, dass der Kapitalstock des Vorsorgefonds nicht zweckentfremdet wird, da die Deutsche Bundesbank als Verwalterin des Vorsorgefonds selbst keine Entscheidungskompetenzen über die Mittelver-

wendung des Vorsorgefonds hat und eine sachfremde Verwendung nicht verhindern könnte.³⁴ Da zum Zeitpunkt der zukünftigen Auflösung des Vorsorgefonds im Jahr 2055 nach derzeitigen Prognosen ein weiterhin ungünstiges Verhältnis zwischen Leistungsberechtigten und Beitragszahlern besteht, ist die Tragfähigkeit auf lange Frist noch nicht gesichert. Der Deutsche Caritasverband hält es deshalb für erforderlich, die Debatte darüber weiterzuführen, wie die Finanzierungsbasis der sozialen Pflegeversicherung nachhaltig verbessert und die Beitragssatzentwicklung langfristig stabilisiert werden kann.³⁵

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Einführung einer Teilkapitaldeckung in das System der gesetzlichen Krankenversicherung könnte in längerfristiger Perspektive dazu beitragen, die Effekte des demografischen Wandels sowie des medizinischen Fortschritts auf die Beitragslast abzufedern. Der Aufbau einer kapitalgedeckten Säule hätte jedoch eine Doppelbelastung der Generation zur Folge, die den Kapitalstock aufbaut, da diese sowohl die Last der derzeitigen Gesundheitsausgaben trägt als auch den Kapitalstock für ihr eigenes Alter aufbauen muss. Ein Kapitalstock müsste zudem vor den Risiken des Kapitalmarktes sowie dem Zugriff der Kapitalstockverwaltung geschützt werden. Andererseits würde eine Teilkapitaldeckung zur Risikodiversifikation, zur verbesserten Tragfähigkeit der Finanzierung sowie einer gleichmäßigeren intergenerativen Verteilung der Beitragslasten beitragen.

Nach Einschätzung des Deutschen Caritasverbands sollten zunächst die in diesem Papier vorgeschlagenen Reformschritte auf Seite der Finanzierung und Leistungserbringung umgesetzt werden, um die Beitragssatzentwicklung abzufedern. Die Wirkungen des medizinischen Fortschritts sowie des demografischen Wandels sollten jedoch weiter beobachtet werden, um die Tragfähigkeit des Systems gegebenenfalls rechtzeitig durch die Einführung einer Teilkapitaldeckung stützen zu können.

Systemgerechte Finanzierung und Dynamisierung der Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung

Mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz wurden die Leistungsbeiträge der Pflegeversicherung um 4 Prozent angehoben. Bei Leistungen, die erst durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz am 1. Januar 2013 eingeführt worden sind, erfolgte eine Leistungsanpassung um 2,67 Prozent. Die Gesetzeslage sieht für die Zukunft einen im dreijährigen Rhythmus erfolgenden Prüfauftrag hinsichtlich eines Ausgleichs des Kaufkraftverlusts der Leistungsbeträge vor. Hierbei sollen auch gesamtwirtschaftliche Rahmenbedingungen berücksichtigt werden. Zur Finanzierung der Leistungsausweitungen sowie des Pflegevorsorgefonds wurde der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung um 0,3 Prozentpunkte erhöht. Eine zweite Erhöhung des Beitragssatzes um 0,2 Prozentpunkte wird zur Finanzierung der Leistungsverbesserungen im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Rahmen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes erfolgen.

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Anhebung der Leistungsbeiträge nachdrücklich, wengleich die Höhe des Kaufkraftverlustes der letzten Jahre durch diesen Schritt nicht ausgeglichen werden kann. Nach derzeit geltendem Recht orientiert sich die Anpassung der Pfleges-

³⁴ Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 2014/15, S. 23

³⁵ DCV (2014): Stellungnahme zum Gesetzentwurf zur Reform der Pflegeversicherung; online: <http://www.caritas.de/fuerprofis/presse/stellungnahmen/04-16-2014-gesetzentwurf-zur-reform-der-pflegeversicherung>

ätze an der Inflationsrate. In Anbetracht der Personalintensität der Erbringung von Pflegeleistungen sollte sich die Anpassung jedoch an der Bruttolohnentwicklung ausrichten, da die Löhne die Entwicklung der Pflegekosten stärker prägen. Deshalb sollte ein festgesetzter Regelmechanismus mit Bezug auf die Bruttolohnentwicklung und unter Verzicht auf eine Öffnungsklausel die zukünftige Dynamisierung der Leistungsbeträge sicherstellen. Auf diese Weise kann einem langfristig abnehmenden Sicherungsniveau entgegengewirkt werden.³⁶ Des Weiteren sollte die systemgerechte Finanzierung von Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung gestärkt werden und eine hinreichende finanzielle Absicherung der Pflegeleistungen auch für Menschen mit Behinderung über die Pflegeversicherung sichergestellt sein. Die vorgenommenen Beitragssatzsteigerungen werden die Finanzierung der Pflegeleistungen nur kurzfristig sicherstellen. Eine tragfähige und dauerhafte Finanzierung wird durch die Reformschritte nicht gewährleistet, da die Ausgaben im demografischen Wandel weiter steigen werden. Weitere Verbesserungen der Finanzierungsbasis werden im Hinblick auf die Sicherung der Pflegeleistungen sowie die Gerechtigkeit zwischen den Generationen in absehbarer Frist erfolgen müssen.³⁷

4. Herausforderungen und Gestaltungsoptionen im Bereich der Leistungserbringung des Gesundheits- und Pflegesystems

Die aufgeführten Reformoptionen im Bereich der Finanzierung können zu einer verbesserten Tragfähigkeit und intergenerativen Gerechtigkeit des Gesundheits- und Pflegesystems beitragen. Jedoch gilt es auch, den Bereich der Leistungserbringung in den Blick zu nehmen. Strukturelle Probleme sowie Fehlanreize bei der Steuerung, die zu einer Unter-, Über- und Fehlversorgung führen, sollten unter Beibehaltung der Versorgungsqualität beseitigt werden. Darüber hinaus gilt es die Versorgungsstrukturen an die Bedürfnisse einer alternden Gesellschaft sowie die regionalen Effekte des demografischen Wandels anzupassen.

Verbesserung der Versorgungsprozesse für ältere und unterstützungsbedürftige Menschen

Die demografische Alterung der Gesellschaft bewirkt eine Veränderung des Krankheitsspektrums hin zu altersbedingten chronischen Erkrankungen sowie einer zunehmenden Bedeutung von Mehrfacherkrankungen in der Form physischer und neurodegenerativer Erkrankungen.³⁸ Diese Entwicklung stellt die medizinisch-therapeutische sowie pflegerische Versorgung vor Herausforderungen im Bereich der zukünftigen Ausgestaltung des Versorgungsmanagements.

In allen Versorgungsbereichen sollten die Hilfestrukturen so ausgerichtet werden, dass einer Vereinsamung im Alter entgegengewirkt wird. In Anbetracht der zunehmenden Alterung der Gesellschaft müssen die gesundheitlichen Versorgungsbereiche verstärkt entlang der Diagnosen und Bedürfnisstrukturen von Älteren und Menschen mit Behinderung weiterentwickelt werden. Dabei ist der niedrighschwellige und barrierefreie Zugang zum Versorgungs- und Hilfesystem weiter zu stärken. Im Sinne einer effizienten und effektiven Versorgung müssen Behandlungsprozesse insbesondere im Schnittstellenbereich von Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen bzw. zum häuslichen Umfeld verbessert werden. Durch medizinisch-pflegerische Kooperationen mit komplementären Leistungsanbietern entlang abgestimmter Behandlungsabläufe sollten Versorgungsprozesse verbessert, Angehörige entlastet und Drehtüreffekte ver-

³⁶ Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 2014/15, S. 22

³⁷ DCV (2014): Stellungnahme zum Gesetzentwurf zur Reform der Pflegeversicherung; online:

<http://www.caritas.de/fuerprofis/presse/stellungnahmen/04-16-2014-gesetzentwurf-zur-reform-der-pflegeversicherung>

³⁸ Krankenhausreport 2013: Demografie und Morbiditätsentwicklung, S. 69 ff.

mieden werden. Eine Delegation ärztlicher Leistungen an Pflegefachpersonen kann insbesondere im ländlichen Raum dazu beisteuern, Versorgungsprozesse sicherzustellen und Einsparpotenziale zu erschließen. Der wachsende Anteil der geriatrisch Erkrankten macht einen bedarfs- und bedürfnisgerechten Ausbau von Angeboten der geriatrischen Rehabilitation, eine verbesserte Qualifikation des Gesundheits- und Pflegepersonals sowie den Aufbau entsprechender Unterstützungsstrukturen für Angehörige notwendig. Angesichts der steigenden Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund muss deren bedarfsgerechte Versorgung durch eine interkulturelle Öffnung der Versorgungsprozesse verbessert werden.³⁹

Sicherung der Fachkräftebasis im Bereich Gesundheit und Pflege

Im demografischen Wandel wird die Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegedienstleistungen steigen, während gleichzeitig das zur Verfügung stehende Fachpersonal abnehmen wird. Bereits heute ist der Fachkräftemangel im Bereich der ärztlichen und pflegerischen Versorgung vielerorts und insbesondere in ländlichen Regionen spürbar.

Dem Fachkräftemangel sollte frühzeitig begegnet werden. Im Bereich der Pflege kann dies durch eine Verbesserung der Bildungs- und Weiterbildungschancen sowie die Einführung einer generalistischen Ausbildung erfolgen, die die bislang nach Kranken-, Alten- und Kinderkrankenpflege getrennten Ausbildungsgänge ersetzt. Ausbildungsinitiativen können eine Steigerung der Ausbildungsplatzkapazitäten bewirken. Auch durch eine längere Berufsverweildauer ist ein hoher Wirkungsgrad auf die zukünftig zur Verfügung stehende Anzahl an Pflegekräften zu erwarten.⁴⁰ Deshalb sollten insbesondere Maßnahmen forciert werden, die die Attraktivität des Pflegeberufs und die beruflichen Arbeitsbedingungen verbessern, wie die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie und eine Aufwertung der Pflegeberufe.^{41,42} Zudem kann eine strategische, zielgerichtete Zuwanderung und erfolgreiche Integration die Fachkräftesituation verbessern. Angesichts der gesellschaftlichen Veränderungen wird es des Weiteren darum gehen, einen echten Hilfe-Mix aus professionellen Pflegekräften, teilprofessionellen Hilfskräften und freiwilligem ehrenamtlichen Engagement zu gestalten. Auch die verbindliche Anerkennung der Tarifentlohnung in der häuslichen Krankenpflege kann die Sicherung des Fachkräftebedarfs unterstützen.

Auch im ärztlichen Bereich müssen kreative Lösungen zur Sicherung des Fachkräftebedarfs forciert werden. Ausbildungsinitiativen können auch hier dazu beitragen, den Fachkräftebedarf in Fachdisziplinen abzusichern, die einen besonderen Fachkräftemangel aufweisen. Angesichts der steigenden Zahl von Frauen, die den ärztlichen Beruf ergreifen, gewinnt die Vereinbarkeit von Beruf und Familie im ärztlichen Beruf zunehmend an Bedeutung. Familienfreundliche Arbeitsbedingungen, Gemeinschaftspraxen, medizinische Versorgungszentren oder auch Bereitschaftsdienstzentralen können dazu beitragen, die Attraktivität des ärztlichen Berufs zu verbessern. Darüber hinaus kann die Förderung der ländlichen Infrastruktur die Attraktivität einer Tätigkeit im ländlichen Raum erhöhen. Nicht zuletzt können finanzielle Anreize dazu beitragen, die Bereitschaft für eine ärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum zu erhöhen.

39 Kohls, Martin (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Forschungsbericht 12. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

40 Forschungszentrum Generationenverträge - ZFG (2014): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer

41 Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung - IAB (2015): Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient

42 BMWi (2012): Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft

Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung

Bislang erfolgt die Steuerung der Gesundheitsversorgung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor sowie der Rehabilitation und Pflege nicht hinreichend abgestimmt. Eine verbesserte sektorenübergreifende Versorgung birgt sowohl Qualitäts- als auch Effizienzpotenziale, indem sie dazu beitragen kann, Doppelstrukturen abzubauen und die Fehl-, Über- und Unterversorgung zu reduzieren.⁴³

In Anbetracht des demografischen Wandels und der damit einhergehenden Veränderung des Krankheitsspektrums hin zu chronischen Krankheiten sowie einer zunehmenden Multimorbidität ist die sektorenübergreifende Versorgung weiter zu stärken. Auf der Grundlage eines systematischen Aufnahme-, Entlass- und Übergangsmanagements sowie einer besseren Vernetzung der Leistungsbereiche können Versorgungsprozesse sektorenübergreifend gesteuert und stärker am Patienten ausgerichtet werden. Ein systematisches Case Management kann die Patientenorientierung und –partizipation im sektorübergreifenden Versorgungsgeschehen weiter stärken. Hierzu trägt im demografischen Wandel insbesondere auch die Vernetzung von stationären Einrichtungen und Sozialstationen bei. Darüber hinaus kann die sektorenübergreifende Versorgung zur Sicherstellung der Versorgung in strukturschwachen Gebieten beitragen.⁴⁴ Medizinische Versorgungszentren als fachübergreifende ambulante Versorgungseinrichtungen beinhalten den Aspekt der Vernetzung als strukturellen Kern ihres Versorgungsangebots und ermöglichen Kooperationen zwischen Allgemein- und Fachmedizin, dem ambulanten und stationären Bereich sowie weiteren komplementären Leistungsanbietern im Bereich der Pflege und Rehabilitation.

Sicherung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen im Krankenhausbereich

Im stationären Bereich ist eine zum Teil deutliche fachliche sowie regionale Über- und Unterversorgung festzustellen. Die Versorgungssituation gestaltet sich in den verschiedenen Regionen Deutschlands sehr unterschiedlich und der demografische Wandel wird diese Spaltung noch verschärfen. Zukünftige Versorgungsstrukturen müssen sich am tatsächlichen Bedarf in den Regionen orientieren. Dabei muss demografischen Entwicklungsprozessen und regionalen Versorgungsstrukturen Rechnung getragen werden. Kleine und wenig spezialisierte Krankenhäuser sind schon heute wirtschaftlich stärker gefährdet als größere und stärker spezialisierte Einrichtungen, da die Refinanzierung der Krankenhäuser insbesondere über die Fallzahl und Spezialisierung erfolgt. Diese Problematik verstärkt sich in Regionen mit rückgängigen Bevölkerungszahlen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels gilt es bedarfsnotwendige Krankenhäuser über eine adäquate Finanzierung sicherzustellen, aber auch Überkapazitäten zielgerichtet abzubauen.⁴⁵

Grundlage einer zukunftsorientierten Gestaltung der stationären Versorgungsstrukturen sollte eine bedarfsorientierte Krankenhausplanung sein, deren maßgebliche Kriterien eine gute Erreichbarkeit sowie hohe Qualität der Leistungserbringung sind. Diese sollte auch im demografischen Wandel zu erwartende soziodemografische und epidemiologische Veränderungen berücksichtigen.⁴⁶ Entscheidendes Kriterium für eine qualitativ hochwertige flächendeckende medizinische Versorgung sollte die zeitgerechte Erreichbarkeit einer indikationsgerechten medizinischen Infrastruktur sein. In diesem Zusammenhang sind Fachrichtungen festzulegen, die für

⁴³ Sachverständigenrat Gesundheit: Jahresgutachten 2009, S. 507-508

⁴⁴ Jacobs, K., Schulze, S. (2011): Sicherstellung der Gesundheitsversorgung, S. 155 f.

⁴⁵ SVR Gesundheit: Jahresgutachten 2014, Kurzfassung, S. 173

⁴⁶ http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-projektberichte/RWI_PB_Krankenhausplanung.pdf, S. 12

eine flächendeckende Grundversorgung unabdingbar sind. Gleichzeitig sollten Mindesterreichbarkeitskriterien anhand von Wegzeiten festgelegt werden, um definieren zu können, welche Krankenhäuser und Fachabteilungen für eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung unabdingbar sind. Auf Grundlage einer zukunfts- und bedarfsorientierten Krankenhausplanung ist der weit verbreitete Investitionsstau aufzulösen und eine hinreichende Finanzierung der Investitionen und laufenden Betriebskosten bedarfsnotwendiger Krankenhäuser und Leistungsbereiche sicherzustellen.⁴⁷

Reduzierung der Anreize zur Mengenausweitung des DRG-Finanzierungssystems der Krankenhäuser

Neben den Auswirkungen des demografischen Wandels, der Umsetzung und Wirkung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie dem medizinisch-technischen Fortschritt wird die Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich insbesondere auch durch den rechtlichen Finanzierungsrahmen beeinflusst. Das im Jahr 2003 eingeführte Krankenhausvergütungssystem „G-DRG-System“ beinhaltet sowohl kosten- als auch erlösorientierte Anreize zur Mengenausweitung, die die Ausgabensteigerung im Bereich der Krankenhausbehandlung in den vergangenen Jahren mitgeprägt hat.⁴⁸ Empirische Studien zeigen auf, dass Fallzahlsteigerungen, unabhängig von der zu erwartenden Morbiditätsentwicklung und dem medizinischen Fortschritt, insbesondere in den Indikationsbereichen festzustellen sind, die eine Erhöhung des Entgelts bzw. der Deckungsbeiträge zu verzeichnen haben.⁴⁹ Empirische Erhebungen zeigen auf, dass ein leistungsorientiertes Vergütungssystem starke Anreize zur Erbringung möglichst vieler (komplexer) Leistungen bewirkt. So gehen 39% der Chefarzte davon aus, dass in ihrem Fachgebiet teilweise zu viele Patienten behandelt werden. Chefarzte aus den Bereichen Kardiologie und Orthopädie nahmen mit 61% bzw. 48% die Problematik stärker wahr.⁵⁰ Eine aus betriebswirtschaftlichen Interessen motivierte Überversorgung ist aus ethischen Gründen abzulehnen.

Eine Reform der Krankenhausfinanzierung sollte den negativen Anreizmechanismen des DRG-Systems entgegenwirken. Wesentliche Steuerungselemente für die Weiterentwicklung der stationären Versorgung sollten neben der Qualität die Bedarfsnotwendigkeit und die wirtschaftliche Sicherung von Krankenhäusern sein, die ohne Mengenausweitungen eine Refinanzierung der notwendigen Leistungen gewährleistet.⁵¹

Kooperation und Flexibilisierung als Möglichkeit zur weiteren Optimierung im Krankenhausbereich

Die wirtschaftliche Situation der deutschen Krankenhäuser hat sich in den letzten Jahren verschlechtert und auch auf mittlere Sicht ist zu erwarten, dass die Lage weiter angespannt bleibt.⁵² So ist der Krankenhausmarkt durch eine Knappheit an Investitionsmitteln, einen hohen Effizienzdruck und einen anhaltenden Konsolidierungsprozess geprägt. Wirtschaftlicher Erfolg,

⁴⁷ SVR Gesundheit: Jahresgutachten 2014, Kurzfassung, S. 173 ff.

⁴⁸ WIdO (2013): Krankenhausreport 2013: Zehn Jahr DRG-System in Deutschland – Theoretische Anreizwirkungen und empirische Evidenz

⁴⁹ Hamburg Center for Health Economics - hche (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17 Abs. 9 KHG, S. 12 ff.; WIdO (2013): Krankenhausreport 2013 Die Mengenentwicklung in der stationären Versorgung und Erklärungsansätze, S. 95 ff..

⁵⁰ Reifferscheid A., Pomorin, N, Wasem, J (2015): Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung, In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2015; 140: e129-e135

⁵¹ Krankenhausreport 2013: Von der Mengenorientierung zur qualitätsorientierten Kapazitätssteuerung, S. 230

⁵² RWI Essen, abgerufen am 17.04.15 unter: <http://www.rwi-essen.de/presse/mitteilung/118/>

wirksame Ausgabenbegrenzungen und nachhaltige Qualitätssteigerungen der Krankenhäuser werden in Zukunft insbesondere durch Maßnahmen im Bereich der Kooperation sowie einer weiteren Flexibilisierung der Leistungsprozesse realisierbar sein.⁵³

Durch die Etablierung verbindlicher Kooperationen mit anderen Krankenhäusern im Rahmen von Krankenhausverbänden oder Kooperationen innerhalb medizinischer Schwerpunkte können insbesondere für kleinere Krankenhäuser Effizienzvorteile gesichert werden.⁵⁴ Nach Einschätzung von Experten können Krankenhäuser im Bereich des Wissenstransfers, der gemeinsamen Nutzung medizinischer Infrastrukturen im Rahmen einer koordinierten Investitionspolitik sowie durch gemeinsame Steuerungs- und Managementfunktionen von Kooperationsbeziehungen profitieren. Auf der Steuerungsebene einzelner Krankenhäuser kann eine Flexibilisierung der Leistungsprozesse - wie bspw. eine variable baulich-funktionelle Gestaltung, die Flexibilisierung der Infrastrukturnutzung durch interdisziplinäre Stationen oder auch die Rationalisierung des Dokumentations- und Administrationsaufwands - zu einer Ausgabensenkung beitragen.⁵⁵

Längerer Verbleib in der häuslichen Umgebung durch eine Förderung des alters- und behindertengerechten Wohnraums

Ein Verbleib in der eigenen Häuslichkeit entspricht sowohl den Präferenzen der Pflegebedürftigen als auch den Prioritäten der Politik, die den Grundsatz „ambulant vor stationär“ fördern will. Dabei wird der längere Verbleib im eigenen Wohnraum von Faktoren wie der Verfügbarkeit einer Pflegeperson, dem Gesundheitszustand sowie der Wohnsituation bedingt. Um Menschen mit eingeschränkter Mobilität ein möglichst langes selbstständiges Leben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen, bedarf es Investitionen in Wohnungsbestand, Wohnumfeld und Infrastruktur. Derzeit wohnen jedoch nur rund 8% der Seniorenhaushalte mit einem pflegebedürftigen Mitglied in altersgerechtem Wohnraum. Im demografischen Wandel wird deutlich mehr Wohnraum als bisher von Haushalten mit einer pflegebedürftigen Person bewohnt werden.

Der Deutsche Caritasverband setzt sich für eine Stärkung des alters- und behindertengerechten Umbaus sowie des barrierefreien Neubaus ein, da durch die Verfügbarkeit alters- und behindertengerechten Wohnraums der Umzug in stationäre Einrichtungen verhindert oder zumindest verzögert werden kann. Somit kann der Verbleib im heimischen Umfeld gefördert werden. Dies entspricht den Präferenzen älterer und behinderter Menschen und impliziert positive Effekte durch eine geringere Inanspruchnahme beruflichen Pflegepersonals in der häuslichen Pflege.⁵⁶ Empirische Studien weisen hohe Einspareffekte einer Förderung des altersgerechten Umbaus aus, die sowohl im Bereich der sozialen Pflegeversicherung als auch bei den Sozialhilfeträgern und den privaten Haushalten anfallen. Diese Einspareffekte werden in einer empirischen Studie zum altersgerechten Wohnen ohne Berücksichtigung der Umbaukosten auf 5,2 Mrd. Euro pro Jahr beziffert. Mit Fokus auf den demografischen Wandel werden die Entlastungspotenziale des altersgerechten Umbaus bis ins Jahr 2030 auf jährlich 7,5 Mrd. Euro ge-

⁵³ Sanden, U. (2014): Vortrag bei der Kommission „Sozialpolitik und Gesellschaft“ des Deutschen Caritasverbands am 16. Juli 2014 in Frankfurt

⁵⁴ Prognos (2012): Krankenhauslandschaft 2020 – im Verbund stärker!

⁵⁵ Sanden, U. (2014): Vortrag bei der Kommission „Sozialpolitik und Gesellschaft“ des Deutschen Caritasverbands am 16. Juli 2014 in Frankfurt

⁵⁶ Prognos (2014): Evaluation des KfW-Programms altersgerecht Umbauen:

http://www.prognos.com/uploads/tx_atwpubdb/140828_Prognos_Studie_Potenzialanalyse_altersgerechte_Wohnungsanpassung_BBSR_2.pdf; abgerufen am 04.02.15

schätzt.⁵⁷ Darüber hinaus sollten Konzepte und Technologien alters- bzw. behindertengerechter technische Assistenzsysteme (AAL) gefördert werden, da diese ein langes, gesundes und selbstbestimmtes Leben zuhause unterstützen.

Bedarfsgerechte Pflege und Betreuung im eigenen Wohn- und Sozialraum

Selbstbestimmung und Teilhabe sowie eine bedarfsgerechte, möglichst niedrigschwellige Versorgung im eigenen Wohn- und Sozialraum sollten Maßgaben sein, die die Leistungserbringung im Bereich der pflegerischen Versorgung prägen. Diese entsprechen nicht nur den Präferenzen der Bürger, sondern auch der politischen Maßgabe „ambulant vor stationär“. Zudem kann eine niedrigschwellige Versorgung im eigenen Wohn- und Sozialraum zur finanziellen Entlastung beitragen.

Auf regionaler bzw. kommunaler Ebene sollten verstärkt Anreizstrukturen geschaffen werden, die die Etablierung von gut koordinierten niedrigschwelligen, bedarfsgerechten, innovativen und sozialraumnahen Versorgungsstrukturen fördern, ohne dass der individuelle Rechtsanspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung sowie die Wahlmöglichkeiten und die Trägerpluralität eingeschränkt werden. Dies kann gelingen, wenn die Gestaltungsmöglichkeiten der Kommunen gestärkt werden, bspw. im Rahmen eines regionalen Pflegebudgets. Das Budget verbindet die Leistungsmittel der Pflegeversicherung mit der kommunalen Gestaltungsverantwortung und trägt auf diese Weise dazu bei, niedrigschwellige Pflegeangebote im Sozialraum und mithin die pflegerische Infrastruktur in der häuslichen Umgebung zu verbessern.⁵⁸ Während die Stärkung einer sozialraumbezogenen, niedrigschwelligen ambulanten Pflegeinfrastruktur schon an sich wünschenswert ist, kann diese auch dazu beitragen, dass die Pflegeleistung verstärkt durch nicht-berufliches Pflegepersonal oder eine Kombinationspflege aus nicht-beruflichem und beruflichem Hilfesystem geleistet werden kann. Auf diesem Weg könnte somit auch ein Beitrag zur Reduzierung der Fachkräftelücke geleistet werden. Dabei kann es nicht nur um ein Zusammenwirken von Haupt- und Ehrenamt gehen, vielmehr müssen weitere Gruppen des nicht-beruflichen Hilfesystems wie Angehörige, Nachbarn, Freunde in den Blick genommen werden. Dabei müssen auch klassische Aufgaben in der Altenhilfe - sofern sie nicht Vorbehaltsaufgaben sind - unter Umständen dem nichtberuflichen Hilfesystem überlassen werden. Fachkräfte sind darauf vorzubereiten, wie sie effektiv und vor allem auf Augenhöhe mit dem nichtberuflichen Hilfesystem zusammenarbeiten können. Darüber hinaus sollte die Beratungsstruktur der Kommunen verbessert werden. Modelle wie die Pflegestützpunkte in Rheinland-Pfalz können hierfür ein gelungenes Beispiel sein. Durch eine frühzeitige Beratung können noch im vorpflegerischen Bereich Maßnahmen erörtert und ergriffen werden, welche zu einem späteren Eintritt in die Pflegebedürftigkeit bzw. zu einem Erhalt der Selbständigkeit beitragen können. Aufsuchende Zugangsformen und Modelle wie der präventive Hausbesuch zeigen einen Weg in die richtige Richtung. Damit „Gesundheit vor Ort“ gelingen kann, ist es notwendig, dass sich die Akteure im Sozialraum miteinander vernetzen. Caritas kann hier ein wichtiger Impulsgeber sein. Insbesondere in ländlichen Regionen sollten aufsuchende, mobile Beratungsstrukturen ausgebaut und die Information durch Kommunikationsmedien erweitert werden. Aufgabe der Caritas sollte es sein, Teil einer Sozialbewegung vor Ort zu sein, Änderungsprozesse anzustoßen und die Menschen vor Ort zu befähigen, wieder soziale Verantwortung füreinander zu übernehmen.

⁵⁷ Prognos AG (2014): Evaluation des KfW-Programms altersgerecht Umbauen: http://www.prognos.com/uploads/tx_atwpubdb/140828_Prognos_Studie_Potenzialanalyse_altersgerechte_Wohnungsanpassung_BBSR_2.pdf; abgerufen am 04.02.15

⁵⁸ Bertelsmann Stiftung (2014): Pflege vor Ort gestalten und verantworten – Konzept für ein regionales Pflegebudget

Rationierung und Priorisierung offen aushandeln

Wir verfügen in Deutschland über ein leistungsfähiges Gesundheitssystem mit niedrigen sozialen Zugangshürden. Es ist Konsens in Deutschland, dass gesundheitliche Chancengleichheit ein Menschenrecht ist. Dennoch ist festzustellen, dass Menschen mit niedrigem Bildungsstand, geringem Einkommen und in prekären Beschäftigungsverhältnissen ein höheres Krankheitsrisiko und eine wesentlich geringere Lebenserwartung haben. Der Gesundheitszustand darf jedoch nicht von unterschiedlichen Lebensbedingungen abhängen, sondern Gesundheitschancen sollten sozial gerecht verteilt sein. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels sowie des medizinischen Fortschritts wird es in Zukunft noch bedeutender werden, die begrenzten Mitteln in unserem Gesundheitssystem so einzusetzen, dass die gesundheitliche Versorgung für alle Mitglieder der Gesellschaft gesichert ist. Rationierungen und Priorisierungen sollten deshalb transparent sein und nicht verdeckt durch eine implizite Rationierung erfolgen. Denn eine verdeckte Rationierung trifft Benachteiligte mehr, sie kann in eine Zwei-Klassen-Medizin münden und ist deshalb aus sozialem ethischer Sicht zu begrenzen.⁵⁹

Sollten Leistungsbeschränkungen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels sowie des medizinischen Fortschritts unumgänglich sein, so sollte zumindest eine öffentliche Diskussion und transparente Festlegung von sich daraus ergebenden Versorgungsprioritäten erfolgen. Zielsetzung sollte es sein, nachvollziehbare Verfahren und Kriterien zu entwickeln, die eine gerechte Prioritätensetzung im Gesundheitswesen ermöglichen. Priorisierungs- und Rationierungsentscheidungen sollten durch wissenschaftliche Sachverständigengremien in beratender Funktion vorbereitet werden. Entscheidungen über Priorisierungen und Rationierungen können dahingegen nur von demokratisch legitimierten Organen getroffen werden.

Gesundheitsförderung und Prävention ausbauen

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention haben für alle Alters- und Bevölkerungsgruppen eine hohe Bedeutung und können dazu beitragen, zukünftige Gesundheits- und Pflegekosten zu reduzieren. Im Hinblick auf den demografischen Wandel und die zunehmende Alterung der Gesellschaft gewinnen Themen der Gesundheitsförderung und Prävention im hohen Alter sowie der Prävention von und bei Pflegebedürftigkeit zunehmend an Bedeutung. Diese sind jedoch in der Präventionsforschung bislang nicht hinreichend berücksichtigt.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sollten in allen Alters- und Bevölkerungsgruppen gestärkt werden, um die Gesundheit und Lebensqualität zu fördern und einen Beitrag zur Tragfähigkeit des Systems zu leisten. Dabei ist es wichtig, zunächst die Befähigung und Motivation der Menschen im Hinblick auf ein gesundheitsförderndes Verhalten zu verbessern und so die Eigenverantwortung zu stärken. Neben verhaltensorientierten Ansätzen sollten insbesondere auch verhältnisorientierte Ansätze („Setting-Ansatz“) der Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt werden, um den größeren gesundheitlichen Risiken von Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen gerecht zu werden und die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern. Ein besonderes Augenmerk sollte den lebensweltorientierten Ansätzen in strukturell schwachen ländlichen Regionen sowie der älteren ländlichen Bevölkerung gelten.^{60,61} Den Kommunen kommt hierbei eine wichtige Steuerungsfunktion zu. Des Weiteren sollte die Präventionsforschung zu Fragen der Gesundheit im hohen Alter sowie zur Prävention von und bei Pflegebedürftigkeit intensiviert werden, um die empirischen Grundlagen zu erwei-

⁵⁹ Huster, Stefan (2012): Soziale Gesundheitsgerechtigkeit, S. 49 f.

⁶⁰ SVR Gesundheit: Jahresgutachten 2014, Kurzfassung, S. 149

⁶¹ DCV(2015): Stellungnahme zum Gesetzentwurf Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention; online: <http://www.caritas.de/fuerprofis/presse/stellungnahmen/04-14-2015-praevention-und-gesundheitsfoerderung-staerken?searchterm=Pr%c3%a4vention>

tern und auf dieser Basis geeignete Konzepte zur Gesundheitsförderung und Prävention ableiten zu können.

Kommission Sozialpolitik und Gesellschaft, 15.10.2015