
1 Bedarfsgerechte Steuerung – eine Chance für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung?

1.1 Optimum an Gesundheit durch Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung

1. Viele Menschen bezeichnen Gesundheit als „das höchste Gut“, und in der Tat sind wir auch in Deutschland bereit, erhebliche finanzielle Mittel für die gesundheitliche Versorgung aufzuwenden. Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beliefen sich im Jahr 2017 auf knapp 231 Milliarden Euro (BMG 2018), insgesamt betragen die Gesundheitsausgaben sogar rund 374 Milliarden Euro und damit etwa 11,5 % des Bruttoinlandsproduktes (Destatis 2018a, 2018b).

2. Auch wenn damit viel Geld für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung steht: Jeder Euro kann nur einmal ausgegeben werden, und eventuell unnötig verausgabte Mittel, etwa für nicht indizierte Wirbelkörperoperationen oder Linksherzkatheter („Übersorgung“), fehlen möglicherweise dort, wo sie für eine gute medizinische Versorgung an anderer Stelle notwendig sind, z. B. bei der zum Teil unzureichenden pflegerischen oder palliativmedizinischen Betreuung schwerkranker Menschen („Unterversorgung“).¹ Es ist daher, vor allem im Rahmen eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems, letztlich im Interesse aller Beteiligten, dass aus jedem im Gesundheitswesen eingesetzten Euro ein Optimum an Gesundheit bzw. an Patientenwohl resultiert.²

3. Genau dieser Grundgedanke liegt dem gesetzlichen Auftrag des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) zugrunde. Er soll laut § 142 SGB V „unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden

¹ Als weitere Kategorie unzweckmäßiger Mittelverwendung hat der Rat die „Fehlversorgung“ benannt (vgl. SVR 2001).

² Darüber hinaus können Ressourcen, deren Verwendung für das Patientenwohl nicht nötig ist, nutzenstiftend in anderen Lebensbereichen eingesetzt werden.

Überversorgungen und [...] Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens“ aufzeigen.

4. In seiner Stellungnahme zur Krankenhausversorgung hat der Deutsche Ethikrat „das Patientenwohl“ als ethisches Leitprinzip der Sorge um den kranken Menschen herausgearbeitet. Diese Sorge soll die Selbstbestimmung des Patienten achten und ermöglichen, eine hohe Behandlungsqualität sichern sowie Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit gewährleisten (Deutscher Ethikrat 2016, Seite 37 ff.). Die Frage, wie das Wohl der Patienten am besten erreicht und nachhaltig finanziert werden kann, beschäftigt den SVR unter medizinischen und gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten. Sie zieht sich wie ein roter Faden durch die bisherigen Gutachten und wird wohl auch die zukünftigen prägen.

5. Manchen mag dieser Ansatz technokratisch erscheinen, doch steht er zu der gesundheitsbezogenen Sorge um den Einzelnen nicht im Gegensatz, sondern in einem notwendigerweise komplementären Verhältnis: Damit der einzelne Mensch und sein Wohl im Mittelpunkt des konkreten ärztlichen, pflegerischen und sonstigen gesundheitsbezogenen Bemühens stehen kann, muss in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem darauf geachtet werden, dass die vorhandenen Ressourcen (Personal, Strukturen und technische Möglichkeiten ebenso wie finanzielle Mittel) effektiv und effizient genutzt werden. Fehlentwicklungen ist daher gegenzusteuern.

6. Allein schon angesichts des fortschreitenden medizinisch-technischen Fortschritts, des demografischen Wandels, der Ausweitung mancher Angebotsstrukturen sowie der Vielzahl der beteiligten Menschen und Interessen wird das Gesundheitssystem auch in Zukunft der ständigen kritischen Analyse sowie der Weiterentwicklung bzw. Adaptation durch Politik und Selbstverwaltung bedürfen.

1.2 Bedarfsgerechte Steuerung – eine Chance zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung und zur Sicherung des Patientenwohls

7. Das vorliegende Gutachten nimmt wesentliche „Stellschrauben“ jetziger und vor allem auch zukünftiger Entwicklungen in den Blick und folgt dem Grundgedanken einer bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung mit dem Ziel, ein Optimum an Gesundheit zu erreichen.

8. Für den aktuellen Weiterentwicklungsbedarf der Gesundheitsversorgung sieht der Rat das Konzept der – mehr oder weniger aktiven – Steuerung der Inanspruchnahme und auch des Angebots als bedeutsam an. Steuerung lässt sich allgemein verstehen als „Hinführung zu einem bestimmten Ziel“. Im Falle des Gesundheitswesens könnte dieses Ziel allgemein mit dem oben erläuterten Begriff Patientenwohl bezeichnet werden.

9. Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht können auf der Angebotsseite grundsätzlich drei verschiedene Koordinationsmechanismen, die alle bereits im deutschen Gesundheitswesen genutzt werden, eine mehr oder weniger zielorientierte Steuerungsfunktion übernehmen: Neben Markt- und Preismechanismen (Beispiel: Arzneimittel-Rabattverträge) können korporative Ko-

ordination (Beispiel: Selbstverwaltung durch Körperschaften des öffentlichen Rechts) oder öffentliche Planung bzw. budgetäre Willensbildung (Beispiel: Krankenhausplanung und -finanzierung) eine allokativen Funktion übernehmen und damit eine Steuerungswirkung zur Optimierung der Versorgungsstrukturen ausüben. Im Hinblick auf das jeweils für den und vom einzelnen Menschen angesteuerte Patientenwohl könnten je nach Situation des oder der Betroffenen folgende fünf Wege der Zielerreichung unterschieden werden:

- Prävention und Gesundheitsförderung (Verhaltens- und Verhältnisprävention) als Erhaltung und Stärkung der Gesundheit³,
- Therapie (aufgrund vorhergehender Diagnose) im Sinne der Wiederherstellung der physischen und/oder psychischen Gesundheit⁴,
- Rehabilitation als Wieder- oder Neuaneignung von Fähigkeiten des Körpers oder der Psyche nach bzw. aufgrund einer Erkrankung,
- Pflege als professionelle Betreuung und Unterstützung eines Menschen in seiner Genesung sowie
- palliative Versorgung als professionelle Betreuung und Begleitung eines Menschen in seiner letzten Lebensphase.

10. Die nachstehenden Analysen lassen erkennen, dass es in unserem Gesundheitswesen weiterhin Über-, Unter- und Fehlversorgung gibt und insofern „Steuerungsdefizite“ bestehen. Solche Defizite müssen nicht notwendig durch *mehr*, sondern können auch durch *gezieltere* Steuerung ausgeglichen werden. Auch weil die Strukturen des Gesundheitssystems sehr komplex und schwer überschaubar sind, hält der Rat an der ein oder anderen Stelle eine entschlossenere bedarfsorientierte Steuerung für notwendig: Zum einen müssen Ausbau und Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen zukünftig zum Teil effektiver und effizienter gesteuert werden. Dies gilt insbesondere für die Krankenhausplanung und -finanzierung sowie für die noch immer viel zu hohe Mauer zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Zum anderen müssen zum Teil auch die Patienten und deren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems besser „gesteuert“ werden. Auf dieser Steuerung von Patientenwegen im komplexen Versorgungssystem liegt ein besonderer Fokus des Gutachtens.

11. Der Rat ist sich bewusst, dass das Wort „Steuerung“, auf Menschen und menschliches Miteinander angewendet, missverständlich ist. Niemand möchte fremdbestimmt werden. Das Wort „Steuerung“ scheint auf den ersten Blick schlecht mit dem Verständnis von „Patientenwohl“ zusammenzupassen, wonach die primäre Sorge die sein muss, die Selbstbestimmung des

³ Der vom Ethikrat gewählte Begriff „Patientenwohl“ ist hilfreich, um deutlich zu machen, dass nicht immer – z. B. beim unheilbar Kranken – Gesundheit das Ziel von Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik sein kann, aber immer das physische und psychische Wohl der betroffenen Menschen gemäß ihrer Selbstbestimmung angestrebt werden soll (nach der ehrgeizigen Definition der Weltgesundheitsorganisation ja sogar auch das soziale Wohlbefinden). Allerdings gerät der vom Ethikrat im ausschließlichen Blick auf den Bereich Krankenhausversorgung konzipierte Begriff an Grenzen, wenn Prävention in die Verantwortung von Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung miteinbezogen wird: Gesundheitliche Aufklärung und Prävention haben ja gerade zum Ziel, das „Patientwerden“ von Menschen zu verhindern, indem sie sie zum Schutz ihres physischen und psychischen Wohlbefindens befähigen und ermutigen bzw. durch entsprechende Ausgestaltung der Lebensverhältnisse zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen.

⁴ Insofern eine vollständige Wiederherstellung der Gesundheit nicht immer möglich ist, fallen hierunter auch alle Maßnahmen, die Gesundheit so weit wie möglich wiederherstellen, z. B. solche, die kausal nicht völlig beseitigbare Schmerzen minimieren und damit zur Steigerung der Lebensqualität beitragen.

Patienten zu achten und sie (im Falle ihrer krankheitsbedingten Einschränkung: wieder) zu ermöglichen. Unser Gesundheitssystem ist jedoch eine so „komplizierte Konstruktion“⁵, dass spezielles Orientierungswissen und (Selbst-)Steuerung unerlässlich sind, will man sich als selbstbestimmungsfähiger Mensch darin so bewegen, dass man zu seinem Ziel gelangt.⁶

12. Zur Wahrung der Selbstbestimmung zeichnen sich insofern zwei Möglichkeiten ab, die sich nicht ausschließen, sondern sich ergänzen: Zum einen macht man sich kundig über die Optionen, die es in diesem System gibt. Damit ist vor allem die sogenannte Gesundheitskompetenz (*health literacy*) angesprochen, deren Stärkung auch der Rat bereits wiederholt gefordert hat. Der aufgeklärte, mündige Patient, der sich selbst im Gesundheitssystem zurechtfindet, muss soweit wie möglich Ziel und Verpflichtung der Gesundheitspolitik bleiben.

13. Die andere – ergänzende – Möglichkeit ist, sich in bestimmten Situationen einem Lotsen anzuvertrauen. Das Bild des kundigen, verlässlichen Lotsen, den der Kapitän an Bord des eigenen Schiffes holt, um mit seiner Hilfe in schwierigerem Fahrwasser sicher das Ziel zu erreichen, wurde schon öfter auf die Situation des Patienten im Gesundheitssystem angewendet. Verschiedentlich wurde auch dafür plädiert, dass entsprechend qualifizierte, primärversorgende Hausärzte diese Funktion im Rahmen eines gestuften Versorgungssystems übernehmen sollten.

1.3 Gesundheitskompetenz und kundige Lotsen zur bedarfsgerechten Navigation durch ein komplexes Gesundheitssystem

14. Die vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR Wirtschaft) im Jahresgutachten 2017/2018 geforderte „bessere Navigation der Patienten durch das komplexe Gesundheitssystem“ (SVR Wirtschaft 2017, Seite 30) ist auch dem Rat ein wichtiges Anliegen. Exemplarisch und besonders dringlich gehört dazu die Zusicherung einer wartezeitminimierten, effektiven Behandlung in medizinischen Notfällen.⁷ Man könnte dies als „schwachen Paternalismus“ bezeichnen, der noch immer die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten achtet, insofern er einen bestimmten Weg nicht verpflichtend vorschreibt, sondern über – in diesem Gutachten näher beschriebene – gezielte Anreize eine sinnvoll gestufte Versorgung fördert. Ein solcher schwacher Paternalismus im Gesundheitssystem ist in dem Maße gerechtfertigt, als er von den demokratisch dazu Befugten in vorgesehenen Verfahren beraten und beschlossen wurde, transparent, anfechtbar und korrigierbar bleibt, nicht zwingt, sondern nahelegt bzw. anreizt und ausschließlich zum Schutz des Patientenwohls, vor allem auch vor Über- und Fehlversorgung, erfolgt. Dieses ist, wie oben erörtert, nicht nur auf das

⁵ Diese Feststellung trifft der Ethikrat mit Blick allein auf die Krankenhausversorgung und folgert, dass „deren umfassendes Verständnis ein intensives Spezialwissen erfordert“. Angesichts der Komplexität des Gesundheitssystems insgesamt hält der Rat beide im Folgenden skizzierten Orientierungsoptionen für geeignet und angezeigt, um dem Primat der Selbstbestimmung gerecht zu werden.

⁶ Die Forderung nach speziellem Orientierungswissen und verantwortlicher (Selbst-)Steuerung lässt sich *mutatis mutandis* auch auf die Institutionen der Selbstverwaltung und ihre Rolle im Ausbau und in der Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen übertragen.

⁷ Hierzu fordert auch das Jahresgutachten 2017/2018 des SVR Wirtschaft, durch eine „effektivere Steuerung der Patienten [...] zu verhindern, dass Patienten die Notfallambulanzen der Krankenhäuser ohne akuten Notfall aufsuchen, diese von der Versorgung von schwerwiegenden akuten Notfällen abhalten und so teure Krankenhauskapazitäten binden.“

Individuum bezogen zu denken, sondern auch bezogen auf die Solidargemeinschaft aller Beitragszahler und potenziellen zukünftigen Patientinnen und Patienten, die erwarten dürfen, dass Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit nachhaltig gewährleistet sind, wenn sie ihrerseits Bedarf an Gesundheitsversorgung haben.

15. Dass das Gesundheitssystem dem Bedarf des einzelnen Patienten (an hochwertiger Gesundheitsversorgung gemäß seiner Selbstbestimmung) wie dem Bedarf aller Versicherten an dauerhafter Verfügbarkeit solcher Gesundheitsversorgung gerecht werden muss, führt zu dem normativen Konzept der Bedarfsgerechtigkeit⁸. Diesem Konzept zufolge soll jeder und jede Krankenversicherte in quantitativer und qualitativer Hinsicht die Gesundheitsversorgung erhalten, die seinem bzw. ihrem Bedarf entspricht, d. h., die er oder sie nach möglichst objektiven Kriterien benötigt. Obgleich dieser objektive Bedarf in zeitlicher Hinsicht einem Wandel unterliegt und darüber hinaus in Grenzen ein nicht messbares Konstrukt bleibt, lässt sich die auf ihm aufbauende bedarfsgerechte Versorgung mithilfe positiver und negativer Kriterien zumindest tendenziell charakterisieren. Dabei bleibt zu unterscheiden zwischen dem medizinisch objektiven Bedarf, den eine durch hochwertige Studien evidenzbasierte oder zumindest empirisch begründete Mehrheitsmeinung einschlägiger Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler definiert, und dem Angebot von aus Mitteln der Solidargemeinschaft zu finanzierenden Leistungen, das eine dazu befugte Instanz (in Deutschland etwa der Gemeinsame Bundesausschuss) als „bedarfsgerecht“ festlegt.

16. Eine bedarfsgerechte Versorgung sollte sich primär am Schweregrad der Krankheit oder an der Behinderung des Patienten und der konkreten Lebenssituation orientieren und nicht von seinem Vermögen, Einkommen, Geschlecht, Familienstand, Wohnort und Beruf oder seiner sozialen Schicht oder Herkunft abhängen. Zudem erfordern die Kriterien der Effektivität und Effizienz im Rahmen einer bedarfsgerechten Versorgung die Bereitstellung solcher Gesundheitsleistungen, die als notwendige Bedingung eine hinreichende Evidenz aus patientenorientierten Studien und eine wirtschaftlich vertretbare Kosten-Nutzen-Bilanz aufweisen.

17. Der objektive Bedarf, wie im Vorherigen erläutert, ist zu unterscheiden von dem subjektiven und dem latenten Bedarf sowie von der Selbstbestimmung des Patienten.

18. Der subjektive Bedarf entspricht dem Bedürfnis eines Patienten, d. h. seinen individuellen Präferenzen. Dabei können zwei Individuen trotz gleichen Alters und Geschlechts und identischer Morbiditätsmerkmale und -schwere sowie anderer exogener Einflussfaktoren, z. B. aufgrund divergierender Sicherheitsbedürfnisse, einen unterschiedlichen subjektiven Bedarf aufweisen. Dieser äußert sich dann in einer voneinander verschiedenen Nachfrage nach Gesundheitsversorgung, d. h. etwa hinsichtlich Präventionsleistungen, Kontrolluntersuchungen und Arztbesuchen. Sofern diese Abweichungen in einem gewissen Toleranzbereich bleiben, wird es vertretbar sein, dem subjektiv bedürftigeren Patienten diejenigen Leistungen zukommen zu lassen, die ihm zu seinem Wohlbefinden verhelfen können. Im Falle knapper Ressourcen wird allerdings die Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit das entscheidende Kriterium sein müssen und ggf. ein Aufklärungsgespräch darüber nötig sein, warum eine subjektiv gewünschte Maßnahme nicht (mehr) erbracht werden kann. (Augurzky et al. 2012; Berger et al. 2013)

⁸ Der Rat knüpft im Folgenden an die einschlägigen Ausführungen in seinem Gutachten 2014 an (SVR 2014, Textziffer 1 ff.). Zur aktuellen Diskussion um das „Konstrukt“ Bedarfsgerechtigkeit vgl. insbesondere Herr et al. (2018) und Robra/Spura (2018).

19. Von einem latenten Bedarf wäre zu sprechen, wenn eine Leistung medizinisch objektivierbar zwar sinnvoll und notwendig wäre, aber a) der Patient darüber nicht informiert ist oder seinen Zustand falsch einschätzt oder b) eine solidarische Finanzierung dieser Leistung nicht vorgesehen ist oder c) die Nutzung der entsprechenden Gesundheitsleistung aus anderen Gründen, beispielsweise wegen mangelnder Angebotskapazitäten, nicht erfolgt. Im Fall a) ist ein Aufklärungsgespräch angezeigt. Falls dieses Gespräch dazu führt, dass die objektiv angezeigte Behandlung abgelehnt wird, wäre der Patientenwille grundsätzlich zu respektieren. Im Fall b) wäre, so der Patient den bislang latenten Bedarf erfüllt sehen möchte, eventuell nach Ausnahmeregelungen zu suchen, die eine solidarische Finanzierung ermöglichen. Im Fall c) wäre dafür Sorge zu tragen, dass ausreichende Angebotskapazitäten in zumutbarer örtlicher Nähe zum Patienten verfügbar sind.

20. Unter dem Aspekt der Bedarfsgerechtigkeit stellt sich im Rahmen der solidarisch finanzierten GKV auch die Frage nach dem Umfang des Leistungskataloges und der mit ihm einhergehenden effizienten und effektiven Leistungserbringung. Unter Effizienz- und Effektivitätsaspekten bilden derzeit weniger das – aus internationaler Perspektive umfangreiche – Spektrum des Leistungskataloges der GKV als vielmehr der nichtindikations- und situationsbezogene Einsatz der jeweiligen Leistungen und ihre zu intensive Nutzung das zentrale medizinische und ökonomische Problem. Dies gilt insbesondere unmittelbar für die Behandlungen innerhalb der Leistungssektoren und an deren Schnittstellen, aber auch mittelbar für die jeweiligen Angebotskapazitäten, die eine medizinisch wie ökonomisch problematische angebotsinduzierte Nachfrage erzeugen können.

21. Das vorliegende Gutachten behandelt das Kriterium Bedarfsgerechtigkeit primär im Zusammenhang mit dem Konzept der Steuerung, dessen Anwendung auf der Nachfrage-, aber auch auf der Angebotsseite erörtert wird. In Teil I werden Strukturmerkmale und Potenziale im ambulanten und stationären Bereich in Deutschland sowie auch international untersucht. Dabei werden Angebotskapazitäten und Planungsinstrumente, die Inanspruchnahme von Leistungen sowie die jeweilige Vergütung bzw. Finanzierung dargestellt. In Teil II werden Zukunftsperspektiven einer bedarfsgerechten sektorenübergreifenden Versorgung entwickelt, wobei konkrete Ansätze zur gesundheitlichen Versorgung, zur Steuerung von Patientenwegen, zur Angebotsplanung sowie exemplarisch zur zukünftigen Ausgestaltung der Notfallversorgung im Mittelpunkt stehen. In Teil III wird eine bedarfsgerechte und koordinierte Versorgung am Beispiel der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen sowie von Patienten mit psychischen Erkrankungen behandelt.

22. Wir hoffen, mit den nachstehenden Ausführungen einen Beitrag zur Gewährleistung des Patientenwohls auch in den nächsten Jahren und Jahrzehnten zu leisten, und freuen uns auf eine lebhaftige Diskussion unserer Analysen und Empfehlungen mit Gesundheitspolitik, Selbstverwaltung, Forschung und Öffentlichkeit.

1.4 Literatur

- Augurzky, B., Felder, S., Gülker, R., Mennicken, R., Meyer, S., Wasem, J. et al. (2012):
Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen. Endbericht:
Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. RWI - Leibniz-Institut für
Wirtschaftsforschung. Essen.
- Berger, B., Gerlach, A., Groth, S., Sladek, U., Ebner, K., Mühlhauser, I. und Steckelberg, A. (2013):
Competence training in evidence-based medicine for patients, patient counsellors,
consumer representatives and health care professionals in Austria. A feasibility study. *Z
Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 107(1): 44–52.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2018): Vorläufige Rechnungsergebnisse der GKV.
KV 45.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2018a): Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern.
URL:
[www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/T
abellen/Ausgabentraeger.html](http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/Ausgabentraeger.html) (abgerufen am 25.05.2018).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2018b): Inlandsproduktsberechnung: Wichtige
gesamtwirtschaftliche Größen. URL:
[www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/VGR/Inlandsprodukt/Tabell
en/Gesamtwirtschaft.html](http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/VGR/Inlandsprodukt/Tabellen/Gesamtwirtschaft.html) (abgerufen am 25.05.2018).
- Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus.
Stellungnahme.
- Herr, D., Hohmann, A., Varabyova, Y. und Schreyögg, J. (2018): Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit
in der stationären Versorgung. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J.
(Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2018. Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit.*
Schattauer, Stuttgart: 23–38.
- Robra, B.-P. und Spura, A. (2018): Versorgungsbedarf im Gesundheitswesen - ein Konstrukt. In:
Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2018.*
Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit. Schattauer, Stuttgart: 3–22.
- SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2001):
Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung.
Gutachten 2000/2001. Nomos. Baden-Baden.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014):
Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte
Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber. Bern.
- SVR Wirtschaft (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen
Entwicklung) (2017): Für eine zukunftsorientierte Wirtschaftspolitik. Jahresgutachten
2017/18.

2 Herausforderung durch den demografischen Wandel

2.1 Einleitung

23. Die durch den demografischen Wandel bedingten Veränderungen und Herausforderungen einer alternden Gesellschaft sind seit Langem Teil der öffentlichen und politischen Debatte. Eine alternde Bevölkerung stellt durch ihre Auswirkungen auf die Nachfrage- und Angebotsstruktur zusätzliche Anforderungen an eine bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Sowohl hinsichtlich der spezifischen Inanspruchnahme der verschiedenen Sektoren als auch hinsichtlich der Inanspruchnahme innerhalb eines Sektors existieren altersspezifische Unterschiede (siehe Kapitel 4 zur ambulanten Inanspruchnahme und Kapitel 7 zur stationären Inanspruchnahme), gleichzeitig verändert sich auch das Angebot (siehe Kapitel 3 zu ambulanten Angebotskapazitäten und zur Bedarfsplanung).

Die Aussicht auf zukünftige Herausforderungen sollte jedoch nicht den Blick darauf verstellen, dass der demografische Wandel in Deutschland bereits in vollem Gange ist. Schon seit den 1970er-Jahren kann die Anzahl der geborenen Kinder die Elterngeneration nicht mehr ersetzen. Mehr Menschen sterben, als Kinder geboren werden. Um die Veränderung der Bevölkerungsstruktur und die zukünftige Entwicklung zu verdeutlichen, bietet sich die Darstellung der Altersverteilung in einer Bevölkerungspyramide wie in Abbildung 2-1 an.

Die Abbildung stellt den Bevölkerungsaufbau nach Geschlecht und Alter in den Jahren 1990 und 2015 dar. Deutlich wird, dass die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und 1960er zunehmend ein höheres Erwerbslebensalter erreicht haben und dass sie zahlenmäßig nicht durch die nachfolgenden Generationen der jüngeren Erwerbstätigen ersetzt werden konnten. Infolgedessen hat sich das Medianalter, d. h. das Alter, das die Bevölkerung in eine jüngere und eine ältere Hälfte teilt, im Zeitraum von 1990 bis 2015 von 37 auf 46 Jahre erhöht. Darüber hinaus deutet sich bereits eine deutliche Abnahme der Bevölkerungszahl bis zum Jahr 2060 an. Diese Entwicklung wird aller Voraussicht nach nicht reversibel sein, denn weder eine unter jetzigen Bedingungen erwartbare höhere Zuwanderung noch eine Erhöhung der Geburtenrate können die Disparitäten zwischen den Generationen, die sich aus dem aktuellen Bevölkerungsaufbau ergeben, ausgleichen (Destatis 2015).

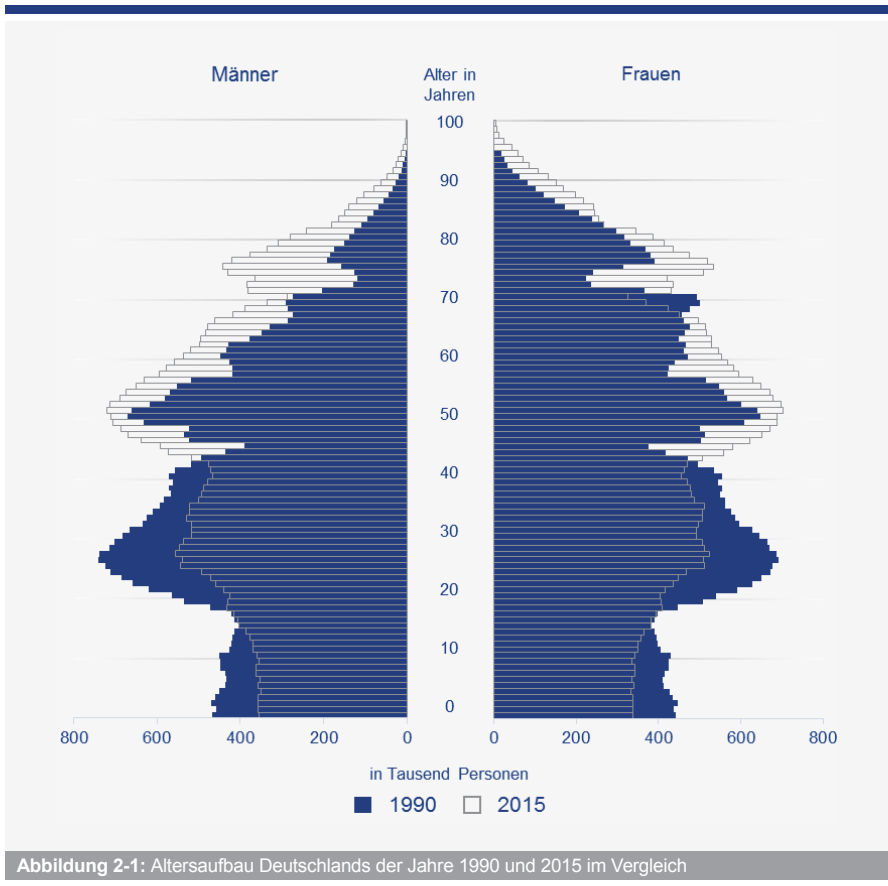


Abbildung 2-1: Altersaufbau Deutschlands der Jahre 1990 und 2015 im Vergleich

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2015).

24. Der demografische Alterungsprozess der Bevölkerung wird erheblichen Einfluss auf die Sicherstellung und Finanzierung der medizinischen Versorgung in Deutschland haben.⁹ So stellt die Demografie nicht nur eine wesentliche Determinante der Nachfrage nach medizinischer Behandlung und der dazugehörigen Gesundheitsausgaben, sondern auch des Angebots an Arbeitskräften im Gesundheitswesen dar (SVR 2009; Wille/Ulrich 1991). Eine wachsende Zahl alter Menschen kann u. a. bedeuten, dass medizinische Leistungen verstärkt in Anspruch genommen werden (RKI 2015). Ob bzw. in welchem Umfang die Alterung der Gesellschaft Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben hat, ist jedoch Gegenstand intensiver Diskussionen (Medikalisierung- (Gruenberg 1977) versus Kompressionsthese (Fries et al. 1984), siehe auch Kapitel 7 zur stationären Inanspruchnahme).

25. Abbildung 2-2 visualisiert den Zusammenhang zwischen Alter und Leistungsausgaben der GKV auf der Basis von Daten zum Risikostrukturausgleich des Bundesversicherungsamtes

⁹ Für die Auswirkungen auf die anderen sozialen Sicherungssysteme siehe z. B. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2016).