



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Management im Sozial- und Gesundheitswesen

Wie reagiert ein Land auf den demografischen
Wandel- mit besonderer Berücksichtigung
der Herausforderungen an das Gesundheitssystem

Master-Arbeit
zur
Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts (M.A.)

Vorgelegt von: Anja Ruß

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2012-0028-7

Betreuer: Prof. Dr. Peter Dehne

Tag der Einreichung: 20.09.2012

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	II
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis.....	V
1. Einleitung.....	1
2. Demografischer Wandel und Bevölkerungsentwicklung in Deutschland.....	3
2.1 Kernelemente des demografischen Wandels	3
2.1.1 Lebenserwartung	3
2.1.2 Geburtenhäufigkeit	6
2.1.3 Wanderungen.....	9
2.2 Bevölkerungsentwicklung.....	11
2.3 Regionale Besonderheiten Mecklenburg-Vorpommerns	13
3. Das Gesundheitswesen in Deutschland	17
3.1. Entstehung und Entwicklung	17
3.2 Die Verantwortung des Staates.....	24
3.2.1 Institutionen auf Bundesebene	24
3.2.2 Institutionen auf Landesebene.....	25
3.3 Das soziale Sicherungssystem.....	26
3.3.1 Die Krankenversicherung.....	27
3.3.2 Die Pflegeversicherung.....	30
3.4 Basisdaten des Gesundheitswesens.....	32
3.4.1 Finanzierung.....	32
3.4.2 Leistungserbringung.....	32
3.4.3 Ambulante ärztliche Versorgung	33
3.4.4 Ambulante Pflege	37
3.4.5 Stationäre ärztliche Versorgung.....	38
3.4.6 Stationäre Pflege.....	40
3.5 Versorgungssituation in Mecklenburg-Vorpommern	42
3.6 Gesundheitsausgaben	45
4. Auswirkungen des demografischen Wandels auf das Gesundheitssystem.....	49
4.1 Änderung der Familienstruktur – Welche Rolle spielt die Familie für Ältere?	49
4.2 Drohender Pflegenotstand?	51
4.3 Drohender Ärztemangel?	53
4.4 Auflösung des Generationenvertrages - Zusammenbruch des Systems der Sozialversicherung?	58
4.5 Gesundheitswesen als Arbeitgeber.....	61
5. Exkurs: Alter als Chance.....	62
5.1 Entwicklung der Lebensphase Alter.....	62
5.2 Altersbilder.....	63

5.3 Alter = Krankheit?.....	64
5.4 Potenziale der „jungen Alten“.....	65
5.4.1 Potenzial: bürgerliches Engagement	66
5.4.2 Potenzial: Arbeitsmarkt	66
5.4.3 Potenzial: Konsummarkt	67
6. Was wird getan?	69
6.1 Modellvorhaben und Rahmenprogramme der Bundesregierung	69
6.1.1 Demografiestrategie und Demografiebericht der Bundesregierung	69
6.1.2 Regionalstrategie Daseinsvorsorge	71
<i>Exkurs: Multiple Häuser</i>	73
6.1.3 Forschungsagenda „Das Alter hat Zukunft“	74
6.1.4 Zukunftswerkstatt Demenz.....	75
6.1.5 Mehrgenerationenhäuser	76
6.2 Maßnahmen der Gesundheitspolitik	76
6.2.1 Einführung und Erweiterung der Pflegeversicherung	77
6.2.2 Gesetzesentwürfe und Reformen.....	77
6.3 Weitere Projekte	79
6.3.1 Wohnen für Hilfe.....	79
6.3.2 Dorf im Dorf - Dobbertin	80
6.3.3 MV4you.....	81
7. Was kann noch getan werden? – Handlungsempfehlungen.....	82
7.1 Förderung professioneller und familiärer Pflege.....	82
7.2 Bedarfsgerechter Rück- und Umbau von Städten und Dörfern	84
7.3 Alter ≠ Krankheit! Gesundheitsverhalten fördern!	85
7.4 Arbeitsmarkt und Flexibilisierung des Renteneintrittsalters	85
7.5 Optimierung der Bedarfsplanung und der Versorgungsstrukturen.....	87
8. Fazit.....	90
Literaturverzeichnis	VI

Eidesstattliche Erklärung

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: 65-Jährige und Ältere bis 2060.	5
Abbildung 2: Eheschließungen und außereheliche Kinder.....	8
Abbildung 3: Alterspyramiden.....	11
Abbildung 4: Altersaufbau der Bevölkerung	14
Abbildung 5: Leistungserbringung.	33
Abbildung 6: Ambulante ärztliche Versorgung.....	35
Abbildung 7: Ambulante Pflege.....	37
Abbildung 8: Stationäre ärztliche Versorgung	38
Abbildung 9: Stationäre Pflege.	41
Abbildung 10: Altersstruktur der Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern.....	44
Abbildung 11: Gesundheitsausgaben im Zeitverlauf.....	46
Abbildung 12: Gesundheitsausgaben in Mill. Euro nach Trägern.....	46
Abbildung 13: Ausgaben nach Einrichtungen in Mill. Euro.....	47
Abbildung 14: Ausgaben ambulanter Einrichtungen in Mill. Euro	47
Abbildung 15: Entwicklung der Arztzahlen in Deutschland von 1996 bis 2010.....	53
Abbildung 16: Durchschnittliches Alter der Ärzte nach ambulantem und stationärem Sektor	56
Abbildung 17: Auslastungsgrade der Krankenhausabteilungen	58
Tabelle 1: Durchschnittliche und fernere Lebenserwartung nach ausgewählten Altersstufen	5
Tabelle 2: Versorgungsgrad in den einzelnen Fachgebieten	43

Abkürzungsverzeichnis

AGLMB	Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamtinnen und – beamten der Länder
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BgVV	Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin
BGW	Betriebsgesundheitswesen
BKÄ	Bundesärztekammer
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMVBS	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
BpflV	Bundespflugesatzverordnung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CM	Case Mix
CMI	Case Mix Index
DIMDI	Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis related groups
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV - WSG	GKV - Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMG	GKV - Modernisierungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KAiG	Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVKG	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MGH	Mehrgenerationenhaus
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PKV	Private Krankenversicherung
PNG	Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz
RKI	Robert-Koch-Institut
RKO	Rahmen-Krankenhausordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
UBA	Umweltbundesamt

1. Einleitung

"Kinder kriegen die Leute immer." (Konrad Adenauer, CDU, Bundeskanzler 1957).

Knapp 55 Jahre nachdem Konrad Adenauer diesen Satz äußerte, stellt der demografische Wandel alle westlichen Länder vor besondere Herausforderungen. Seit Jahrzehnten erforscht und prognostiziert, scheinen die sozialen, politischen und ökonomischen Folgen des Wandels erst in den letzten Jahren spürbar zu werden, obwohl sinkende Geburtenzahlen und eine steigende Lebenserwartung keine Erscheinungen sind, die Deutschland völlig unvermittelt treffen. Dennoch wird das Thema erst seit knapp zehn Jahren ernst genommen und öffentlich diskutiert. Die kontinuierlich abnehmenden Schüler- und Abgangszahlen und wachsender Mangel an Auszubildenden und Fachkräften in Wirtschafts-, Wissenschafts- und Dienstleistungsbereichen, besonders in demografisch stark betroffenen Regionen, ergaben Problemlagen, die Umgangs- bestenfalls Lösungsstrategien erforder(te)n. So wurde im November 2009 die Entwicklung einer Demografiestrategie, welche die demografische Lage Deutschlands erfassen und die daraus ableitbare künftige Entwicklung analysieren soll, von der Bundesregierung beschlossen. Dass der Handlungsbedarf ein Umdenken erzeugt hat, beweisen auch Rahmenprogramme oder die Forschungsagenda zum demografischen Wandel, die von der Bundesregierung herausgegeben wurden.

In dieser Arbeit soll vor allem darauf eingegangen werden, wie sich die Zunahme des Anteils Älterer an der Bevölkerung und die gleichzeitige Abnahme der Gesamtbevölkerung auf die Leistungsansprüche an das Gesundheitswesen auswirkt. Von besonderem Interesse ist hierbei, wie der künftig steigende Pflegebedarf abgedeckt werden kann. Um diese Frage zu beantworten, werde ich in den Kapiteln 2 und 3 den demografischen Wandel sowie das Gesundheitssystem und die Versorgungssituation in Mecklenburg-Vorpommern näher erläutern, bevor ich den Einfluss des demografischen Wandels auf das Gesundheitssystem anhand ausgewählter Punkte darstellen werde.

So war ein Ziel der, 1995 eingeführten, Pflegeversicherung, neben der Absicherung im Falle einer Pflegebedürftigkeit, auch die Sicherung der häuslichen Pflege. 75% aller häuslichen Pflegeleistungen werden derzeit von Verwandten erbracht. Davon sind über 80% Frauen. (Vgl. Deutscher Bundestag 2002, S. 237). Frauen sind es aber auch, die vermehrt in andere Bundesländer auswandern, um bessere Karrierechancen zu nutzen. Hinzu kommen die Zunahme kinderloser Paare und eine Änderung der Familienstrukturen, d. h. die Ehe als Institution verliert an Bedeutung. Ist kein Ehepartner und/oder Kind vorhanden, welches im Falle einer Pflegebedürftigkeit zur Verfügung steht, müssen Pflegedienste in Anspruch genommen werden. Die sich ändernden Familienstrukturen verlagern die Unterstützungsmöglichkeiten im Falle einer Pflegebedürftigkeit in den außerfamiliären und damit meist in den professionellen Bereich. Die Arbeitsplatzabwanderung junger Frauen und die rückläufigen Geburtenzahlen seit 1989 bedingen (regional ungleich verteilt) eine Abnahme pflegender Familienangehöriger. Ob durch diesen Umstand, verbunden mit der stetigen Zunahme Älterer, in Mecklenburg-Vorpommern ein Pflegenotstand droht, werde ich im Kapitel 4 ebenso untersuchen, wie den tatsächlichen Einfluss der sich ändernden Familienstrukturen.

Problematisch stellt sich der wachsende Fachkräftemangel im Gesundheitswesen dar. Der bereits regional eklatante Ärztemangel im ländlichen Raum erfordert sofortige Lösungsansätze, weshalb Altbekanntes, wie das Konzept der „Poliklinik“, wieder zu neuem Leben erweckt wird. So stellen in vielen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns bereits bestehende Gesundheitshäuser und Medizinische Versorgungszentren erste Ansätze dar, der Mangelversorgung entgegen zu wirken. Die Konzepte des „Multiplen Hauses“ und der mobilen Versorgung „AGnES“ (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention) sollen die medizinische Versorgung ländlicher Gemeinden perspektivisch sichern. Das Ziel einer erreichbaren und ganzheitlichen Betreuung der Bevölkerung soll dadurch gewährleistet sein. Ob tatsächlich von einem Ärztemangel in Mecklenburg-Vorpommern gesprochen werden kann, werde ich ebenfalls in Kapitel 4 erläutern. Unter dem Stichwort „Generationenvertrag“ wird thematisiert, vor welchen Herausforderungen die sozialen Sicherungssysteme in Zeiten des demografischen Wandels stehen.

Neben all den Problemen bzw. Herausforderungen, die der demografische Wandel mit sich bringt, sollen auch die Chancen, die mit diesem Wandel verbunden sind, erkannt und genutzt werden. Dazu zählen u. a. das Gesundheitswesen als Arbeitgeber und die Zunahme geistiger und körperlicher Leistungsfähigkeit im Alter, die eine neue Gruppe der Alten entstehen lässt: die so genannten „jungen Alten“. Welche Folgen und Potenziale sich daraus ergeben und wie und ob diese bereits genutzt werden, werde ich ebenfalls ausführlicher betrachten. Im Zuge dessen wird die häufig getroffene Annahme: „alt = bedürftig“ in Frage gestellt werden.

Im abschließenden Teil der Arbeit befaße ich mich mit einer Auswahl bereits durchgeführter Modellprojekte und –vorhaben und ihrem bisherigen Wirkungsgrad und Zukunftspotential. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf Aktionsprogrammen, die in Mecklenburg-Vorpommern umgesetzt wurden/werden. Schwerpunkt ist es, herauszufinden, wie nachhaltig die Programme sind und welcher praktische Nutzen sich bei den Programmbeteiligten ergibt. Die konkreten Maßnahmen der Gesundheitspolitik als Reaktion auf den demografischen Wandel werde ich in diesem Zusammenhang auch beschreiben, d. h. welche Auswirkungen ergeben sich beispielsweise durch das GKV-Modernisierungsgesetz, das unter anderem die Einrichtung Medizinischer Versorgungszentren ermöglichte.

Weitere Anpassungsinitiativen, die die Folgen des demografischen Wandels regional mildern, bestenfalls sogar positiv ausschöpfen, werde ich im ebenfalls vorstellen. Was Politik und Gesellschaft noch tun können, um sich den Herausforderungen des demografischen Wandels künftig besser stellen zu können, wird im Sinne von Handlungsempfehlungen abgedeckt.

Den Abschluss bildet eine Zusammenfassung der dargelegten Erkenntnisse.

2. Demografischer Wandel und Bevölkerungsentwicklung in Deutschland

„Deutschland ist das mit Abstand bevölkerungsreichste Land der Europäischen Union. Seit Ende des Zweiten Weltkrieges ist die Zahl der Einwohner von damals 68 Millionen auf mittlerweile 83 Millionen angewachsen. Warum also sollte man sich um die deutsche Bevölkerungsentwicklung Sorgen machen?“ (Kröhnert et al. 2005, S. 4).

Auch, wenn die Bevölkerungszahl in Deutschland zum Ende des Jahres 2010 auf 81.752.000 Einwohner gesunken ist, erscheint die Frage im ersten Moment durchaus berechtigt zu sein (vgl. Statistisches Bundesamt 2011a, S. 8). Was dabei allerdings nicht beachtet wurde und worauf Kröhnert et. al in ihren Ausführungen noch genauer eingehen, sind die Auswirkungen des demografischen Wandels, die längerfristige Folgen u. a. auf die Bevölkerungszusammensetzung und –entwicklung haben werden.

Der demografische Wandel wird grob zusammengefasst als die Zunahme der Alterspopulation - aufgrund steigender Lebenserwartung und abnehmender Geburtenraten, bei gleichzeitiger Abnahme der Gesamtbevölkerung - beschrieben. Für eine umfassende Betrachtung sollte das Element der Migration mit einbezogen werden, welches sich entweder positiv oder auch negativ auf die Bevölkerungszahl auswirken kann. Nicht nur Wanderungsbewegungen ins Ausland, sondern auch Binnenwanderungen sind von Bedeutung. Diese Elemente des Wandels werden als solche auch in der Demografiestrategie der Bundesregierung beschrieben (vgl. Bundesministerium des Innern 2011, S. 12).

Die demografischen Einflussfaktoren haben sich in Mitteleuropa in den vergangenen 100 Jahren sehr stark verschoben: konnten als Ursache des demografischen Wandels historisch vor allem politische Ereignisse - insbesondere Kriege und damit einhergehende Geburtenausfälle und Kriegsoffer - benannt werden, nahm zunehmend der medizinische-technische Fortschritt, der sowohl für die Lebensverlängerung, als auch Empfängnisverhütung ursächlich ist, auf die Veränderung der Bevölkerungszahlen Einfluss. Schließlich sind es heute hauptsächlich die veränderten sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, die eine Änderung des klassischen Rollenmodells und der Akzeptanz der Frauenerwerbstätigkeit bedingen und Wanderungen ins Ausland. (Vgl. Backes/Clemens 2003, S. 34). Die daraus ableitbaren Kernelemente des demografischen Wandels, werden anschließend genauer beschrieben ebenso wie die Bevölkerungsentwicklung und –prognose in und für Deutschland.

2.1 Kernelemente des demografischen Wandels

2.1.1 Lebenserwartung

„Sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland hat sich die Lebenserwartung seit Mitte der 1980er Jahre kontinuierlich erhöht.“ (Backes/Clemens 2003, S. 35).

Gründe für die gestiegene Lebenserwartung liegen vor allem beim medizinisch-technischen Fortschritt, aber auch den verbesserten Arbeits- und Lebensbedingungen sowie der besseren Hygiene und bewussteren Ernährung. Ein Vergleich der Sterblichkeitsniveaus der letzten 140 Jahre zeigt deutlich den enormen Zugewinn an Lebensjahren. In den Jahren 1871/1881 wurde ein neugeborener Junge in Deutschland durchschnittlich 35,6 Jahre alt und ein Mädchen 38,4 Jahre alt. *„Die durchschnittliche Lebenserwartung zeigt hierbei, wie viele Lebensjahre neugeborene männliche oder weibliche Kinder zu erwarten hätten, wenn das zu einem Zeitpunkt beobachtete Sterberisiko der Bevölkerung in den einzelnen Altersjahren während ihres ganzen Lebens erhalten bliebe“* (Statistisches Bundesamt 2009, S. 29f.). Die Nachverfolgung der Lebenserwartung wird seit Gründung des Deutschen Reiches 1871 durch Periodensterbetafeln¹ verdeutlicht. Diese ermöglichen auch, die weitere Lebenserwartung - die durchschnittliche fernere Lebenserwartung - einer Person zu bestimmen, d. h. wie alt wird ein heute 60 Jähriger durchschnittlich noch. Verringerte sich zum Ende des 19. Jahrhunderts zunächst die Säuglings- und Kindersterblichkeit, folgte im 20. Jh. die Sterblichkeit der älteren Bevölkerung, vor allem aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts.

Betrachtet man die Entwicklung der Lebenserwartung, so hat sich diese im Durchschnitt fast verdoppelt. *„Allein im 20. Jahrhundert stieg die Lebenserwartung in Deutschland um etwa 30 Jahre.“* (Schwentker/Vaupel 2011, S. 3). 1871/1881 wurden 50% der Männer mindestens 38 Jahre und die Frauen 42 Jahre alt. Das Alter von 60 Jahren erreichten damals ca. 31% der Männer und 36% der Frauen (vgl. Statistisches Bundesamt 2006, S. 36f./Statistisches Bundesamt 2009, S. 29f.). Zu Beginn des 21. Jahrhunderts haben dann bereits 88% der Männer und 93% der Frauen das 60. Lebensjahr erreicht (vgl. Statistisches Bundesamt 2006, S. 37). In den Jahren 2008/2010 lag die Lebenserwartung eines neugeborenen Jungen bei 77,51 Jahren und die eines Mädchens bei 82,59 Jahren. Die fernere Lebenserwartung eines 80-Jährigen lag bei weiteren 7,71 Jahren und die einer gleichaltrigen Frau bei etwas über 9 Jahren (siehe Tabelle 1). Die Tabelle 1 verdeutlicht auch, dass Menschen, die bereits heute das 60. Lebensjahr erreicht haben, laut Statistischem Bundesamt durchschnittlich noch mit weiteren 20 Jahren rechnen können. Es werden vor allem Zugewinne bei der älteren Bevölkerung zu verzeichnen sein.

¹ *„Die Periodensterbetafeln der amtlichen Statistik basieren auf den Daten über die Gestorbenen und die Durchschnittsbevölkerung der letzten drei Jahre. Eine Sterbetafel ist ein demografisches Modell, das die zusammenfassende Beurteilung der Sterblichkeitsverhältnisse einer Bevölkerung unabhängig von ihrer Größe und Altersstruktur ermöglicht.“* (<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/AktuellPeriodensterbetafeln.html?nn=50744>).

Sterbetafel		2005/07	2006/08	2007/09	2008/10
Alter 0	Männer	76,89	77,17	77,33	77,51
	Frauen	82,25	82,4	82,53	82,59
Alter 20	Männer	57,49	57,74	57,9	58,05
	Frauen	62,72	62,85	62,97	63,03
Alter 40	Männer	38,2	38,44	38,59	38,73
	Frauen	43,08	43,2	43,32	43,37
Alter 60	Männer	20,75	20,93	21,04	21,16
	Frauen	24,61	24,71	24,81	24,85
Alter 65	Männer	16,93	17,11	17,22	17,33
	Frauen	20,31	20,41	20,52	20,56
Alter 80	Männer	7,56	7,65	7,67	7,71
	Frauen	8,92	8,97	9,04	9,06

Tabelle 1: Durchschnittliche und fernere Lebenserwartung nach ausgewählten Altersstufen (vgl. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/LebenserwartungDeutschland.html>, eigene Darstellung).

„Ein 2012 in Deutschland geborenes Baby wird mit mindestens 50-prozentiger Wahrscheinlichkeit hundert Jahre alt.“ (Schwentker/Vaupel 2011, S. 5). Das Statistische Bundesamt geht auch in den nächsten Jahren von einer steigenden Lebenserwartung aus, wenn auch langsamer als in den Vorjahren. Es werden allerdings mehr Lebensjahre im höheren Alter hinzugewonnen und die Unterschiede zwischen den Geschlechtern werden sich verringern.

Im Jahr 2060 werden ca. 34% der Deutschen über 65 Jahre alt sein „[...] und es werden doppelt so viele 70-Jährige leben, wie Kinder geboren werden.“ (Statistisches Bundesamt 2009, S. 5). Die Zahl der über 80-Jährigen wird bis 2060 auf 9 Millionen steigen, was bedeutet, dass 14% der Bevölkerung 80 Jahre oder älter sind. Zum Vergleich: im Jahr 2008 betrug ihre Zahl ca. 4 Millionen.

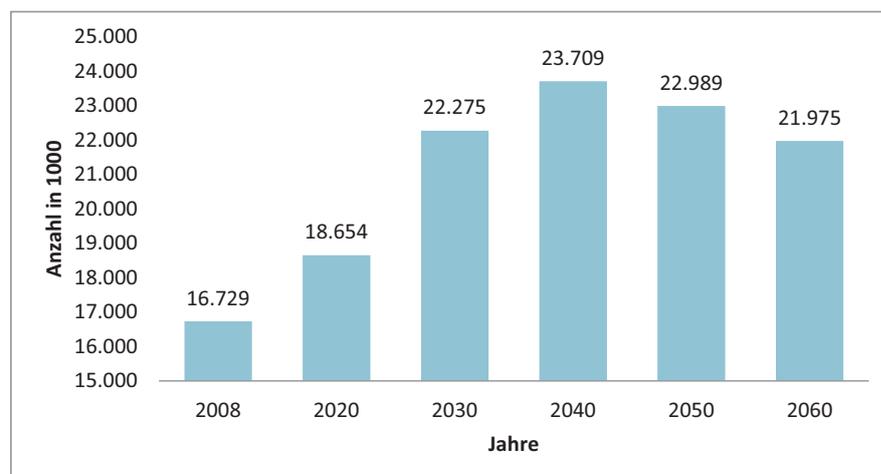


Abbildung 1: 65-Jährige und Ältere bis 2060. (vgl. Statistisches Bundesamt 2009, S. 39, eigene Darstellung).

Vor allem der Anstieg der Menschen über 60 Jahre, ist für die demografische Entwicklung von besonderer Bedeutung, da sich dadurch, in Verbindung mit der Abnahme der Geburtenhäufigkeit, die Altersstruktur der Bevölkerung komplett verändert (vgl. Backes/Clemens 2003, S. 35f).

2.1.2 Geburtenhäufigkeit

„Die bislang letzte Generation in Deutschland, die so viele Kinder bekam, dass die Zahl der Eltern bzw. das „Bestandserhaltungsniveau“ erreicht wurde, erblickte vor über 130 Jahren das Licht der Welt.“ (APuZ 2011, Editorial).

Zwei der entschiedensten Anzeiger für das Geburtenverhalten sind das Alter der Mutter und die Anzahl der geborenen Kinder. Frauen in Deutschland bekommen im Durchschnitt mit 30,4 Jahren ihr erstes Kind (Stand 2008). Auch, wenn sich die Geburtenzahlen und das Alter der Mütter zwischen alten und neuen Bundesländern mittlerweile fast angeglichen haben, sind dennoch Unterschiede festzustellen. So stieg von 1990 bis 2008 das Alter der Mütter in den neuen Bundesländern um 4 Jahre auf 29,1 Jahre. Im Westen liegt dieses bei 30,4 Jahren und der Anstieg im selben Zeitraum lag bei 1,8 Jahren. Seit 1995 ist eine Zunahme der Fertilitätsrate zu verzeichnen, auch, wenn diese sehr moderat verläuft. Relativ konstant erweisen sich die Geburtenzahlen ausländischer Frauen zwischen 28 und 40: ca. 1,61 Kinder bei einem Durchschnittsalter der Mutter von 29,2 Jahren. Ein Rückgang ist hier nur bei den unter 28-Jährigen zu verzeichnen. (Vgl. Statistisches Bundesamt 2009, S. 23).

Zur Erhaltung des Bestandsniveaus ist eine Fertilitätsrate von 2,1 pro Frau erforderlich. Diese wurde, wie das Zitat weiter oben erläutert, zuletzt vor 130 Jahren erreicht, was ein Grund für die Bevölkerungsabnahme ist, vor allem, wenn keine Kompensation durch Zuwanderungen zu verzeichnen ist (vgl. Kröhnert/Olst/Klingholz 2005, S. 6).

Ein Vergleich der Geburtenjahrgänge 1939 bis 1979 verdeutlicht den Rückgang der Geburten über die Jahrzehnte. Geburtenjahrgang der Mutter:

- 1939: 2,03 Kinder pro Frau,
- 1949: 1,79,
- 1959: 1,60,
- 1969: bis zum 40. Lebensjahr brachte dieser Jahrgang 1,42 Kinder zur Welt. Ein wesentlicher Anstieg wird nicht vermutet.
- 1979: nur, wenn Frauen, die jetzt Mitte 30 sind mehr Kinder bekommen, als bisher, kann die Kinderzahl der 69er Kohorte erzielt werden. (Vgl. Statistisches Bundesamt 2009, S. 25). Werden weniger Kinder geboren, bedeutet dies zwangsläufig, dass weniger potentielle Eltern vorhanden sind.

Die Faktoren, die einen Einfluss auf das Geburtenverhalten haben, sind vielfältig. Dazu

zählen insbesondere wirtschaftliche, infrastrukturelle, kulturelle und soziale Größen. Heutzutage entscheiden sich die meisten Frauen bewusst später für Kinder bzw. bleiben kinderlos. Die Planbarkeit der Familiengründung wurde in Deutschland ermöglicht durch die Einführung der Pille: 1972 in der BRD und 1969 in der DDR. Frauen wurde es dadurch ermöglicht, bewusst zu entscheiden, wann sie ein Kind bekommen wollen. Die gleichzeitige Emanzipation der Frau und der erleichterte Zugang zu höheren Bildungsabschlüssen verlängerte die Bildungsbiografie und verursachte zumeist eine Rückstellung der Familienplanung. „*Je höher der Bildungsstand, desto weniger Kinder hat eine Frau geboren.*“ (Bundesministerium des Innern 2011S. 20). Westdeutsche Frauen - geboren zwischen 1964 und 1968 - ohne Schulabschluss haben durchschnittlich 2,06 Kinder, diejenigen mit Hauptschulabschluss 1,66 Kinder, die mit Realschulabschluss 1,48 und Frauen mit Hochschulreife 1,31 Kinder. Auffällig ist die Kinderlosigkeit bei Akademikerinnen (30,9%) (vgl. Schneider/Dorbitz 2011, S. 28ff.). Die Ursache dafür liegt immer noch in der Schwierigkeit Familie und Beruf zu vereinbaren. Frauen höherer Bildung entscheiden sich daher häufiger für ihre Karriere.

Die Geburtenkontrolle und der Prozess der Individualisierung, das bedeutet zum einen die Auflösung traditioneller Bezüge (Deinstitutionalisierung der Ehe, Änderung der Erwerbsbiografie etc.) und zum anderen die Erweiterung individueller Gestaltungsmöglichkeiten, erhöhen die Chancen das Leben nach eigenen Wünschen zu gestalten, führen aber auch zu einer Mehrung von Unsicherheiten und Ängsten, was nicht ohne Folgen für das Fertilitätsniveau bleibt.

Darüber hinaus wandelte sich das Bild des Kindes in den letzten beiden Jahrhunderten. Leisteten Kinder zum Ende des 19. Jahrhunderts vor allem einen aktiven Beitrag zum Familieneinkommen, u. a. durch Weiterführung des Familienbetriebes, wuchs ihr emotionaler Wert im letzten Jahrhundert enorm. Diese Entwicklung wurde gefördert durch Einführung sozialer Sicherungssysteme, die Kinder als Versorger der Familie überflüssig machten. Als Folge bekamen Frauen Kinder, weil sie gewollt waren und nicht, weil sie gebraucht wurden.

Ein weiteres Indiz für die Auflösung traditioneller Bezüge ist der Vergleich der außerehelichen Geburten zwischen alten und neuen Bundesländern. Hierin spiegelt sich der Bedeutungsverlust der Ehe als Institution wider. Die genauen Ursachen des Heiratsverhaltens sind vielfältig, es kann jedoch angenommen werden, dass die gewonnenen Freiheiten und Möglichkeiten der individuellen Lebensführung attraktiver wirken, als die Ehe. Die finanzielle Unabhängigkeit der Frau mag hierzu ebenfalls beitragen. Laut Schneider/Dorbitz (2011, S. 27) wurden im Jahr 2009 im Westen 24,6% der Kinder außerehelich geboren, wohingegen es im Osten der Republik 59,9% waren. Bundesweit wurden im Jahr 2009 32,7% der Kinder außerehelich geboren. Im Jahr 1950 waren es lediglich 10,5% (vgl. Statistisches Bundesamt 2011a, S. 55). Die Entwicklung der Eheschließungen und außerehelichen Geburten wird in Abbildung 2 nachgezeichnet.

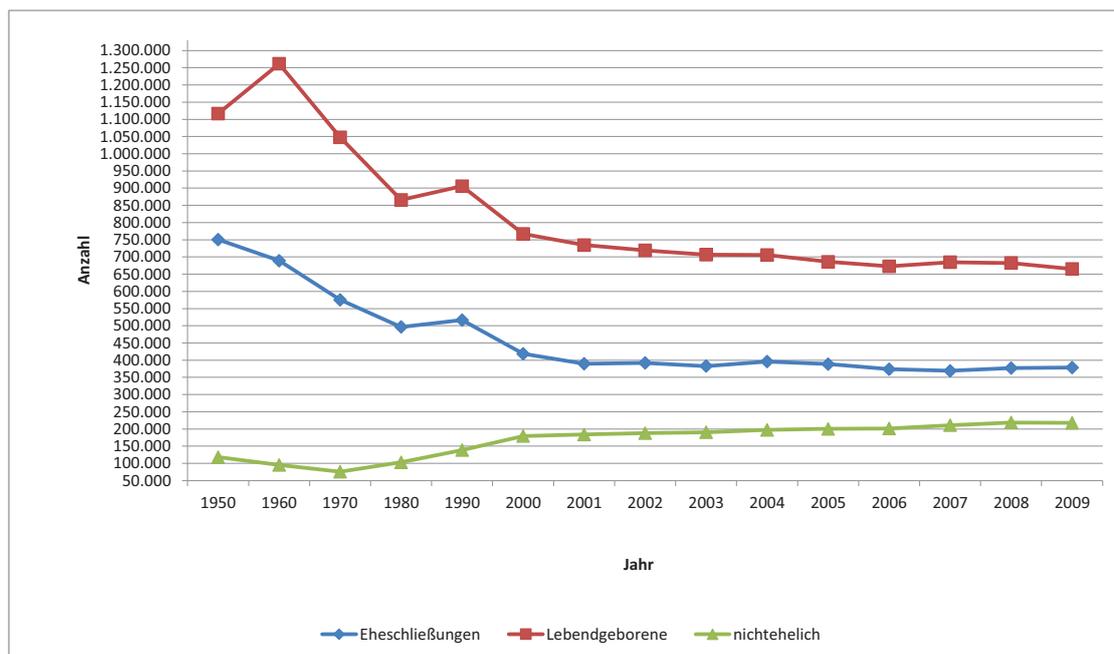


Abbildung 2: Eheschließungen und außereheliche Kinder (vgl. Statistisches Bundesamt 2011a, S. 55, eigene Darstellung).

Nicht nur die Anzahl außerehelicher Kinder unterscheidet sich zwischen Ost- und Westdeutschland, auch die generelle Kinderzahl variiert. Im Osten Deutschlands dominieren Familien mit einem oder zwei Kindern, wohingegen Kinderlosigkeit und mehr als drei Kinder seltener sind. Frauen ohne Partner haben im Osten ebenfalls mehr Kinder (1,27), als Frauen im Westen (0,91). Drei und mehr Kinder, werden vor allem im Westen von verheirateten Frauen geboren. Beziehungen ohne Trauschein sind im Westen dagegen sehr viel häufiger von Kinderlosigkeit geprägt (50% der nicht verheirateten Frauen sind kinderlos), als im Osten (jede fünfte nicht verheiratete Frau hat keine Kinder). (Vgl. Schneider/Dorbritz 2011, S. 30f.). Gründe für die höhere Fertilität im Osten werden meist mit dem Nachwirken der DDR-Sozialisation und den damals vorherrschenden familienpolitischen Bedingungen (z. B. Unterstützung alleinstehender Frauen) erklärt. Frauen im Osten sind darüber hinaus eher bereit, Kinderbetreuungsangebote zu nutzen, als westdeutsche Frauen, was auch im Unterschied der Voll- und Teilzeitbeschäftigungen zum Ausdruck kommt. Im Westen sind vor allem Frauen, die Vollzeit arbeiten, kinderlos. Die traditionelle Rollenverteilung, d. h. der Mann arbeitet Vollzeit und die Frau gar nicht oder Teilzeit, korrespondieren mit einer hohen Kinderzahl (drei und mehr). Die Form der Erwerbstätigkeit hat in Ostdeutschland kaum einen Einfluss auf die Kinderlosigkeit. Westdeutsche Frauen haben Angst, als „Rabenmutter“ bezeichnet zu werden, wenn sie sich nicht selbst um ihre Kinder kümmern. Es kann zusammengefasst werden, dass im Osten „[...]Einstellungsbündel, in dem die Vereinbarung von Familie und Erwerbstätigkeit, die dazugehörige Akzeptanz der außerhäuslichen Kinderbetreuung und die Befürwortung egalitärer Geschlechterrollen viel prägnanter angelegt sind als in Westdeutschland.“ (Schneider/Dorbritz 2011, S. 33).

Die 12. koordinierte Bevölkerungsprognose geht von einem weiteren Anstieg des Geburtsalters der Frauen aus und die Kinderzahl auch in den nächsten 50 Jahren nicht den Wert von 2,1 erreichen wird, der erforderlich wäre, um die Bevölkerungsanzahl zu halten. Nicht abzusehen ist, wie politische Eingriffe, wie z. B. die Einführung des Elterngeldes oder der Ausbau der Kinderbetreuungsmöglichkeiten, beeinflussend wirken.

2.1.3 Wanderungen/Migration

„[...] ohne Zuwanderungen wäre die Bevölkerung in Deutschland bereits seit Beginn der 1970er-Jahre zurückgegangen.“ (Deutscher Bundestag 2002, S. 15).

Nicht nur die Anzahl der Geburten oder das Sterblichkeitsniveau (= natürliche Bevölkerungsentwicklung) beeinflussen die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland, auch Wanderungen sind von entscheidender Bedeutung.

Wanderungen lassen sich in Außen- (Wanderungen von und nach Deutschland) und Binnenwanderungen (Wanderungen innerhalb Deutschlands) unterscheiden. Bei den Außenwanderungen ist der Wanderungssaldo - die Differenz zwischen Zu- und Fortzügen - für die Bevölkerungsentwicklung entscheidend. Die Attraktivität von Deutschland als Einwanderungsland hängt von vielen Faktoren ab, u. a. der Migrationspolitik, den wirtschaftlichen Bedingungen, aber auch den Lebensbedingungen in den Herkunfts- und Zielländern. „*Darunter genießen jeweils das Rechtssystem, das Regierungshandeln, die Verfassung sowie der Arbeitsmarkt, die soziale Sicherung und die materielle wie die immaterielle Infrastruktur (etwa im Bildungs- oder Gesundheitsbereich) besondere Aufmerksamkeit.*“ (von Loeffelholz 2011, S. 34). Nach dem Zweiten Weltkrieg war Deutschland eines der beliebtesten Einwanderungsländer. Die 50er und 60er Jahre waren geprägt von der Zuwanderung von Gastarbeitern. In den folgenden 20 Jahren folgten deren Familien. Die 90er führten zu vermehrten Einwanderungen von Spätaussiedlern, Flüchtlingen oder Asylsuchenden. Unter den ca. 18 Millionen Einwanderern, die zwischen 1991 und 2010 nach Deutschland kamen, waren 4 Millionen Deutsche. Dabei muss beachtet werden, dass Spätaussiedler ebenfalls als solche angesehen werden. Mittlerweile beträgt der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund ca. 16 Millionen in Deutschland (vgl. Kröhnert et. al 2011, S. 19). Auffallend ist, dass seit 1970 die Anzahl Deutscher Auswanderer steigt: von ca. 50.000 1970 zu 175.000 im Jahr 2008. Der typische deutsche Auswanderer ist männlich, in seinen 30ern, besitzt einen Hochschulabschluss und war bereits als Wissenschaftler oder Führungskraft angestellt. Es kann aber nicht von einem „brain drain“ gesprochen werden, da sich Bildungsstatus und berufliche Qualifikation der Zu- und Auswanderer in etwa entsprechen. (Vgl. Bundesministerium des Innern 2011, S. 25ff.).

Laut Statistischem Bundesamt ist im Falle der Migration kein wirklicher Trend ableitbar, da viele Faktoren wirken und z. B. Einwanderungsbeschränkungen oder Green-Card Programme einflussnehmend sind. Über 80% der Zu- und Abwanderungen entfallen auf aus-

ländische Staatsbürger. In den Jahren 1991-1999 lag der Wanderungssaldo bei 354.000 und in den Jahren 2000-2007 bei 129.000. Negative Saldi kamen nur in den Jahren 2008 (-56.000) und 2009 (-13.000) vor (vgl. Statistisches Bundesamt 2009, S. 31f./Bundesministerium des Innern 2011, S.28). Die letzten Jahre verdeutlichen die Abnahme des Saldos, was auf die steigende Anzahl deutscher Auswanderer und den Rückgang ausländischer Einwanderer zurückzuführen ist.

Bis zum Jahr 2060 werden zwischen 4,9 und 9,4 Millionen Menschen einwandern, wobei davon ausgegangen wird, dass die Geschlechts- und Altersstruktur der Ein- und Auswanderer den bisherigen Wanderungen entsprechen. Hier kann festgestellt werden, dass die Zuziehenden jünger sind, als die Fortziehenden, was sich positiv auf die Altersstruktur der Bevölkerung auswirkt. *„Die Höhe der Fortzüge bleibt in der Regel über Jahrzehnte relativ konstant, so dass man von einer Sockelwanderung spricht. Diese findet unabhängig von der Höhe des Wanderungssaldos immer statt.“* (Statistisches Bundesamt 2009, S. 35).

Vor allem nach der Wende verzeichneten die ostdeutschen Bundesländer einen rapiden Bevölkerungsschwund durch Abwanderungen in die alten Bundesländer, welcher sich im Fortlauf der Jahre wieder verringerte. Dennoch sind die Auswirkungen gravierend, da zu meist junge Leute auswandern, was die Altersstruktur, das Durchschnittsalter und die Geburtenziffern beeinflusst. 1991 zogen 250.000 Menschen in die alten Bundesländer. 1998 waren 183.000 Fortzüge, aber nur 152.000 Zuzüge zu verzeichnen. Diese Differenz vergrößert sich im Jahr 2000 noch, da hier 215.000 Menschen fortziehen, aber nur 153.000 hinzukommen. (Vgl. Statistisches Bundesamt 2009, S. 23). *„In den neuen Bundesländern ist ein besonders starker Rückgang der Fertilität in den weniger verdichteten Regionen beobachtbar: Dort wird der Alterungsprozess der Bevölkerung mittelfristig am stärksten eintreten, mit Konsequenzen insbesondere für die Bereitstellung einer altersspezifischen Infrastruktur.“* (Vgl. Statistisches Bundesamt 2009, S. 24).

Es muss darauf hingewiesen werden, dass Bevölkerungsprognosen keinen endgültigen Charakter haben, da sie auf Fortschreibungen bisheriger Entwicklungen zur Fertilität, Mortalität und Migration beruhen und unvorhersehbare Ereignisse oder auch einflussnehmende politische Entscheidungen nicht antizipiert werden können.

Das Statistische Bundesamt geht bei seinen Prognosen von zwei Varianten aus, die jeweils als Untergrenze oder Obergrenze der „mittleren“ Bevölkerung bezeichnet werden. Die Annahmen dieser Varianten gehen von einer gleichbleibenden Fertilität, einem Anstieg der Lebenserwartung von acht (Männer) bzw. sieben Jahren (Frauen) und einem Wanderungssaldo von 100.000 (Variante 1) bzw. 200.000 (Variante 2) aus (vgl. Statistisches Bundesamt 2009, S. 5).

2.2 Bevölkerungsentwicklung

„Die Differenz zwischen den Zahlen der Geborenen und der Gestorbenen bildet die sogenannte natürliche Bevölkerungsbilanz. Diese ist bereits seit Anfang der 1970er Jahre in Deutschland negativ und wird deshalb als „Geburtendefizit“ bezeichnet.“ (Statistisches Bundesamt 2009, S. 13).

Die vorhergehenden Ausführungen haben verdeutlicht, wie sich aufgrund steigender Lebenserwartung, einem geringen Fertilitätsniveau und einer generellen Abnahme der Zuwanderungen der demografische Wandel vollzieht.

Die Gesamtanzahl der Bevölkerung entwickelt sich von 40.997.000 (1871) auf den Höchstwert von 82 537.000 (2002), um dann langsam zu sinken. Im Jahr 2010 war eine Bevölkerungsanzahl von 81.752.000 zu verzeichnen, die im Jahr 2060 auf 64.700.000 (Variante 1) bzw. 70.100.000 (Variante 2) sinken wird.

Die Bevölkerungsentwicklung des letzten Jahrhunderts lässt sich besonders gut anhand der Bevölkerungspyramiden verfolgen. Die Abbildung 3 verbildlicht den Bevölkerungsschwund durch den Rückgang der Geburten und die Zunahme Älterer. Von der Pyramide über den „Tannenbaum“ zur Urne: so kann die Entwicklung der letzten 100 Jahre und die Prognose der nächsten 50 Jahre für Deutschland beschrieben werden.

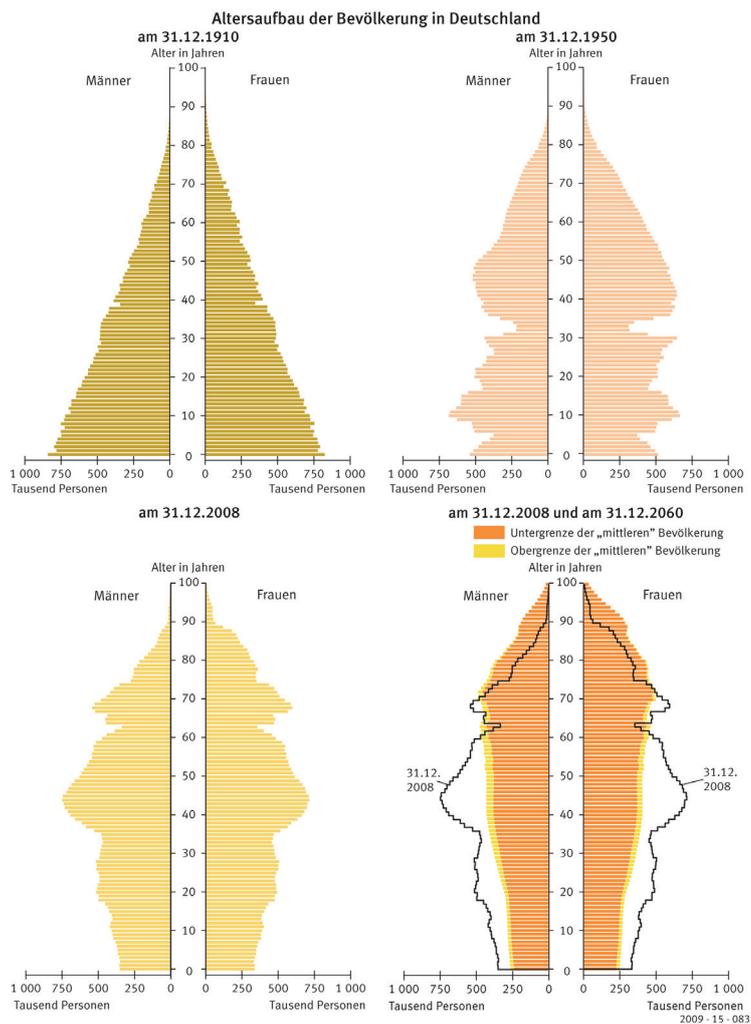


Abbildung 3: Alterspyramiden (Statistisches Bundesamt 2009, S.14).

Die Pyramide oben links zeigt den Aufbau der Bevölkerung im Jahr 1910. Der „Tannenbaum“ macht die Folgen der Wirtschaftskrise und der beiden Weltkriege deutlich, durch den drastischen Einschnitt der Bevölkerungsanzahl der 30 bis 35-Jährigen, die den Kriegen zum Opfer fielen. Auch die Bevölkerungsgesamtzahl sinkt aufgrund des Ablebens vieler Menschen im gebärfähigen Alter. Der heutige Aufbau der Bevölkerung zeigt, dass die mittleren Altersgruppen besonders stark vertreten sind und immer weniger Geburten stattfinden. *„Bis zum Jahr 2060 werden die stark besetzten Jahrgänge weiter nach oben verschoben und dabei schließlich ausdünnen und von zahlenmäßig kleineren ersetzt. Damit gehen signifikante Verschiebungen in der Relation der einzelnen Altersgruppen einher.“* (Statistisches Bundesamt 2009, S. 14).

„Die Differenz zwischen den Zahlen der Geborenen und der Gestorbenen bildet die sogenannte natürliche Bevölkerungsbilanz.“ (Statistisches Bundesamt 2009, S. 13). Der Vergleich zwischen Geburtenzahlen und Sterbefällen verdeutlicht den Bevölkerungsrückgang. Zuwanderungen können dieses Defizit nicht ausgleichen. Im Jahr 2008 wurden 683.000 Kinder geboren und 844.000 Menschen starben. Das Geburtendefizit in diesem Jahr betrug demnach -162.000. Für die kommenden Jahre wird bei ungefähr gleichbleibender Fertilität, eine Steigerung des Geburtendefizits zu verzeichnen sein. Im Jahr 2020 wird das Defizit bereits -288.000 betragen, 2040 -489.000 und im Jahr 2060 bereits -553.000 (Variante 1). Da die Baby-Boom-Generation nun bereits verstorben ist und die Geburtenhäufigkeit als konstant angesehen wird, kann nach 2060 mit keiner weiteren Steigerung gerechnet (vgl. Statistisches Bundesamt 2009, S. 13).

Die Bevölkerungsentwicklung Deutschlands weist das Phänomen des „dreifachen Alterns“ der Gesellschaft auf (vgl. Backes/Clemens 2003, S. 36f., zit. nach: Tews 1999, S. 138ff.). Erstens nimmt die Anzahl Älterer zu: lag der Anteil der Personen ab 65 Jahre 1950 bei 6.749.385 (entspricht 9,7% der Gesamtbevölkerung), waren es 2009 bereits 16.901.742 (20,7% der Gesamtbevölkerung) (vgl. Statistisches Bundesamt 2011a, S. 42). Im Jahr 2060 werden nach Variante 1 der Vorausberechnung dann bereits 34% (21.900.000) der Menschen 65 Jahre oder älter sein. Nach Variante 2 sind es 33% oder ca. 22.900.000 Menschen (vgl. Statistisches Bundesamt 2009, S. 14). Zweitens verändert sich das Verhältnis zwischen Jung und Alt. *„Ein sog. „Lastenquotient“, der zwischen Jugend-, Alten- und Gesamtquotient unterscheidet, soll das zahlenmäßige Verhältnis von Kindern und Jugendlichen (< 20 Jahre) und Älteren (> 65 Jahre) zur erwerbsfähigen Bevölkerung – und damit einen Lasten- bzw. Unterhaltsaspekt – ausdrücken.“* (Backes/Clemens 2003, S. 36). Die Lastenquotienten stellen damit einen weiteren Anzeiger des Alterungsprozesses dar. Der Jugendquotient beschreibt die Gegenüberstellung der unter 20-Jährigen, für deren Ausbildung und Erziehung gesorgt werden muss, und der erwerbsfähigen Bevölkerung. Der Altenquotient gibt das Verhältnis der Personen im erwerbsfähigen Alter zu denen ab 65 Jahre wieder. Summiert man beide, erhält man den Gesamtquotienten, der eine Aussage darüber zulässt, in welchem Ausmaß die Erwerbstätigen für die unter 20-Jährigen und ab 65-Jährigen aufkommen müssen (vgl. Statistisches Bundesamt 2009, S. 19).

Von 1991 bis 1999 sank der Jugendquotient von 22,9 auf 19,6, während der Altenquotient im selben Zeitraum von 26,8 auf 28,6 stieg (vgl. Deutscher Bundestag 2002, S. 26). Im Jahr 2008 lag der Altenquotient bei 34 und der Jugendquotient bei 31,5. Bis zum Jahr

2060 wird der Jugendquotient sich kaum verändern (30,9), aber der Altenquotient auf 67,4 ansteigen und sich damit fast verdoppeln, wenn man von der Untergrenze der „mittleren“ Bevölkerung ausgeht. Bei der Obergrenze liegen die Werte bei jeweils 30,4 und 63,1. Durch die Anhebung des Rentenalters auf 67 verändern sich auch die Quotienten, da nun mehr Menschen zu den Erwerbstätigen zählen. Für 2008 lag der Jugendquotient bei 30,3 und sinkt bis 2060 auf 29,5 (Obergrenze: 29,0). Der Altenquotient lag 2008 bei 29,0 und steigt auf 59,4 (Obergrenze: 55,5) (vgl. Statistisches Bundesamt 2009, S. 39f.). Drittens kann eine Zunahme der Hochaltrigkeit beobachtet werden. Als hochaltrig gelten Personen ab 80 Jahre (vgl. Backes/Clemens 2003, S. 37, zitiert nach: Tews 1999, S. 138ff.). Ein Vergleich der Anzahl über 80-Jähriger von 1953-2003 macht den Anstieg deutlich. So lebten 1953 859.647 Menschen über 80 in Deutschland. Im Jahr 1971 waren es bereits 1.684.470 und 2003 4.046.590 (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005, S. 35). Bis 2060 wird ihre Zahl auf 9 Millionen steigen, was bedeutet, dass 14% der Bevölkerung 80 Jahre oder älter sind.

Der generelle Bevölkerungsrückgang und die steigende Lebenserwartung „belasten“ insbesondere die Erwerbsbevölkerung (zw. 20 und 65 bzw. 67). Ungefähr 50 Millionen Menschen zählen momentan zu dieser Gruppe. Im Jahr 2030 werden es nur noch ca. 42 Millionen sein und bis 2060 gar noch 36 Millionen (vgl. Statistisches Bundesamt 2009, S. 17).

Folgende Stichpunkte fassen die Bevölkerungsentwicklung zusammen:

- anhaltend geringe Geburtenzahl
- anhaltend mehr Sterbefälle als Geburten
- Abnahme der Bevölkerung durch wachsendes Geburtendefizit
- Veränderung der Relationen zwischen Alt und Jung
- Alterung und Abnahme der Bevölkerung im Erwerbsalter
- Bevölkerung im Erwerbsalter wird stark durch die Älteren geprägt sein
- Altenquotient für 65 Jahre verdoppelt sich fast bis 2060 (vgl. Statistisches Bundesamt 2009, S. 5).

Die Bevölkerungsentwicklung bis 2060 kann anhand der interaktiven Bevölkerungspyramiden, einschließlich der unterschiedlichen Annahmen zur Lebenserwartung, Geburtenhäufigkeit und Migration, auf: www.destatis.de/bevoelkerungspyramide nachverfolgt werden.

2.3 Regionale Besonderheiten

„Mecklenburg-Vorpommern ist das am dünnsten besiedelte Bundesland. Insgesamt leben dort nur 76 Einwohner auf einem Quadratkilometer.“ (Kröhnert/Olst/Klingholz 2005, S. 26).

Ende 2010 lebten in Mecklenburg-Vorpommern 1.642.327 Menschen. Es wurden in die-

sem Jahr 13.337 Kinder geboren und es starben 18.738 Personen, was ein Geburtendefizit von -5.401 bedeutet. Gleichzeitig kamen auf 31.745 Zuzüge 35.375 Fortzüge, was einen Wanderungsverlust von -3.630 bedeutet. Da vor allem junge Menschen abwandern, sei es ins Ausland oder andere Bundesländer, ändert sich die Altersstruktur der zurückbleibenden Bevölkerung enorm. Das Durchschnittsalter stieg auf 45,5 Jahre, 1990 waren es noch 35,8 Jahre (vgl. Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2011, S. 3f.). Die 1990 sehr günstige demografische Ausgangssituation, d. h. ein hoher Anteil junger Menschen, eine hohe Fertilitätsrate und eine geringere Lebenserwartung gegenüber anderen Bundesländern, wandelte sich im Laufe des letzten Jahrzehnts enorm, sodass der demografische Wandel auch hier voranschreitet. Die Abbildung 4 verdeutlicht den Altersaufbau der Bevölkerung.

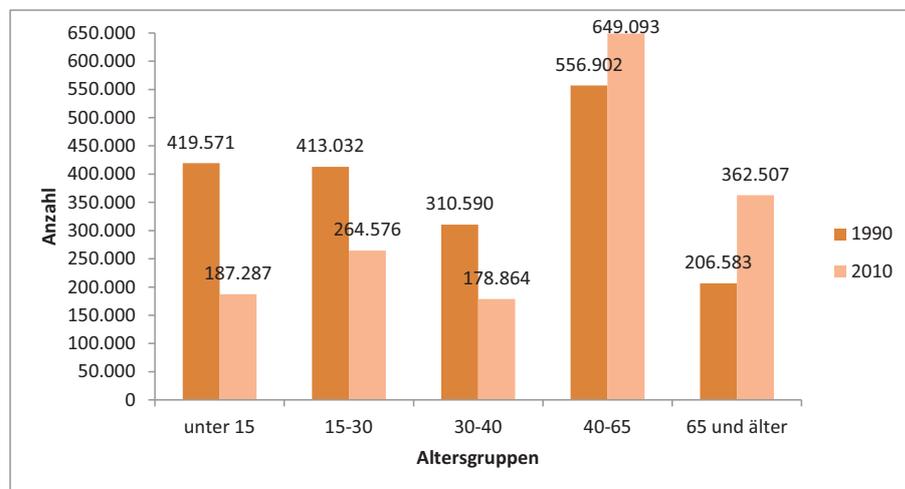


Abbildung 4: Altersaufbau der Bevölkerung (vgl. Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2011, S. 3ff., eigene Darstellung).

Die 4. Landesprognose für Mecklenburg-Vorpommern schreibt auf Grundlage des Bevölkerungsstandes aus dem Jahr 2006 die Bevölkerung fort. Dabei wird in der Standardvariante von folgenden Annahmen ausgegangen:

- „[...] die Geburtenhäufigkeit steigt bis 2020 von 1,32 auf 1,45 Kinder je Frau und verharrt auf diesem Niveau bis zum Ende des Prognosezeitraums,
- die Lebenserwartung bei Geburt nimmt weiter zu und steigt stufenweise bis 2030 für einen neugeborenen Jungen um 5,6 Jahre auf 80,2 Jahre und für ein neugeborenes Mädchen um 3,8 Jahre auf 85,2 Jahre,
- die Fortzüge aus Mecklenburg-Vorpommern sinken, ausgehend von 37 711 Personen in 2006, bis 2020 um ca. die Hälfte,
- die Zuzüge nach Mecklenburg-Vorpommern sinken bis 2020 um ca. 10 Prozent.“ (Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2009, S. 3).

Im Jahr 2030 würden in Mecklenburg-Vorpommern demzufolge 1.451.887 Menschen leben, was einen Rückgang der Bevölkerung um fast 250.000 bedeutet (Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2009, S. 3). Der Altersaufbau wird von einem erneuten Anstieg der älteren Bevölkerung gekennzeichnet sein. Waren 2010 362.507 (22%) Men-

schen älter als 65 werden es 2030 524.860 (36,2%) sein (Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2009, S. 3 und 41).

Dennoch hat Mecklenburg-Vorpommern Vorteile gegenüber anderen Bundesländern, da das Fertilitätsniveau hier höher liegt (2008: 1,43 Kinder pro Frau), was die Fortzüge etwas abmildert (vgl. Kröhnert et. al 2011, S. 10). Der Anstieg der Lebenserwartung fällt im Bundesvergleich hinter Sachsen-Anhalt am niedrigsten aus. So werden Jungen, die 2010 geboren wurden durchschnittlich 75,67 Jahre alt (vgl. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/LebenserwartungBundeslaenderMaennlich.html>). Die geringere Lebenserwartung im Osten war lange Zeit vor allem auf die Lebensweise zurückzuführen, welche geprägt war von harter, körperlicher Arbeit in der Landwirtschaft, einseitiger Ernährung und starkem Alkoholkonsum (vgl. Kröhnert/Olst/Klingholz 2005, S. 37).

Alle Regionen Deutschlands sind mehr oder weniger von der Überalterung der Bevölkerung betroffen. Diese ergibt sich zwangsläufig aus sinkender Fertilität und steigender Lebenserwartung. Allerdings führt der Fortzug vorwiegend junger Menschen in – meist - westdeutsche Bundesländer, zu einer Verstärkung des Überalterungseffektes in Mecklenburg-Vorpommern. Aus diesem Grund sind die Binnenwanderungen (Ausbildungsplatz- und Arbeitsplatzwanderungen) von besonderer Bedeutung für den rasanten und anhaltenden demografischen Wandel in Mecklenburg-Vorpommern. Die sehr kleinteilige und „dünn“ Siedlungsstruktur des Bundeslandes verstärkt dabei die regionalen Probleme: schon Ende der 80er Jahre konnten mehr als die Hälfte aller Dörfer in Mecklenburg-Vorpommern nur noch 500 oder weniger Einwohner aufweisen. Kreise wie Demmin, Güstrow, Rügen und Uecker-Randow verloren zwischen 1990 und 2011 ca. 13% ihrer Bevölkerung durch Abwanderungen. Auch in Städten wie Greifswald, Schwerin und Neubrandenburg verringerte sich die Bevölkerung stark. Gewinner sind der ehemalige Kreis Ludwigslust mit 3,3% Bevölkerungszuwachs in 12 Jahren, Nordwestmecklenburg mit 11,3% und Bad Doberan mit 26%. Vor allem Einwohner aus den umliegenden Städten zogen aufs Land, was für das Land keinen Zugewinn sondern nur eine Umverteilung der Bevölkerung bedeutet (vgl. Kröhnert/Olst/Klingholz 2005, S. 38). Erschwerend hinzu kommt, dass das gesamte Bundesland von einem Frauenmangel in der Altersklasse der 18- bis 29-Jährigen gekennzeichnet ist. Deutschlandweit liegt der Durchschnitt bei 97 Frauen pro 100 Männer in der Altersklasse 18 bis 29, in Mecklenburg-Vorpommern sind es 87 Frauen auf 100 Männer. Vor allem die ehemaligen Landkreise Uecker-Randow, Mecklenburg-Strelitz, Bad Doberan, Ostvorpommern, Parchim, Demmin und Ludwigslust weisen einen Männerüberschuss auf: hier kommen auf 100 Männer 84 oder weniger Frauen. Nur in den größeren Städten wie Rostock, Stralsund und Greifswald kommen 88,1 bis 92 Frauen auf 100 Männer.

Gründe für den Frauenmangel sind Abwanderungen in Ballungszentren aufgrund schlechter beruflicher Perspektiven im eigenen Land. Dass weniger Frauen auch weniger Kinder bedeutet, hat wiederum Auswirkungen auf den Bevölkerungsstand (vgl. Kröhnert/Olst/Klingholz 2005, S. 13). „Die Neigung zur Abwanderung ist verknüpft mit der Höhe der Qualifikation: je höher die Bildung, desto mobiler ist die Bevölkerungsgruppe.“ (Kröh-

ner et. al 2011, S. 46). Der so genannte „brain drain“, d. h. der Verlust qualifizierter und gut ausgebildeter Menschen, stellt ein gravierendes Hauptproblem des demografischen Wandels für das Bundesland dar. Eine Ausnahme ist Greifswald: die Universität wirkt vor allem in den letzten Jahren sehr anziehend auf junge, qualifizierte Menschen und mehr als die Hälfte der Studentinnen sind Frauen. Allerdings kann vermutet werden, dass viele der Zugezogenen nach dem Studium ihre Zelte wieder abbrechen und in ihre Heimat zurückgehen (57% der Studenten stammen aus anderen Bundesländern) bzw. in andere Bundesländer, u. a. aufgrund der relativ schlechten Berufsaussichten. Der Wanderungssaldo Mecklenburg-Vorpommerns ist nur im Bereich der über 64-Jährigen positiv, was darauf zurück zu führen ist, dass zunehmend Ruheständler ihren Altenwohnsitz an der See suchen (vgl. Kröhnert et. al 2011, S. 47). Mecklenburg-Vorpommern weist allerdings auch den Landkreis mit der höchsten Fertilitätsrate von 1,70 auf: Demmin. Überdurchschnittlich viele Teenager bekommen hier Kinder, häufig noch in der Schulzeit bzw. in der Ausbildung, Schul- bzw. Ausbildungsabbruch und damit eine Perspektive auf anhaltende Arbeitslosigkeit trüben den Blick auf die hohe Geburtenzahl.

Der landesweite Frauenmangel hat weitere entscheidende Nachteile, vor allem im Pflegebereich: da über 72% der häuslichen- und 88% der professionellen Pflege von Frauen erbracht werden, stellt sich die Frage, wie der künftig steigende Pflegebedarf einer immer älter werdenden Bevölkerung abgedeckt werden soll. Darauf wird in Kapitel 4.2 näher eingegangen.

3. Das Gesundheitswesen in Deutschland

3.1 Entstehung und Entwicklung

„Gesundheitswesen. Gesamtheit der Einrichtungen und Personen, welche die Gesundheit der Bevölkerung fördern, erhalten und wiederherstellen sollen.“ (Nagel 2007, S. 29).

Das deutsche Gesundheitswesen besitzt eine lange Tradition und unterlag einem Jahrhunderte dauernden Entwicklungsprozess, wobei grundlegende Strukturen weitestgehend diverse Regimewechsel überstanden. Die größten Veränderungen ergaben sich nach dem Zusammenbruch des Nationalsozialismus und der Wiedervereinigung im Gebiet der ehemaligen DDR (vgl. Simon 2010, S. 15).

Die Fürsorge für Kranke kann bis ins Mittelalter zurück verfolgt werden, als vor allem im Rahmen des christlichen Glaubens zum Zwecke des eigenen Seelenheils Bedürftige versorgt wurden. Hospitäler, die von der Kirche betrieben wurden, versorgten Kranke und Arme, die nicht ortsansässig waren. Viele Klöster besaßen Armenhäuser und Pflegeabteilungen. Im Mittelpunkt stand vorerst die Verpflegung und Unterkunft der Armen, weniger die Behandlung der Krankheiten, da die Gläubigen davon ausgingen, dass die Gesundheit eines Menschen allein in Gottes Hand liegt. *„Neben der Kirche nahmen sich auch weltliche Orden der Krankenversorgung an, so beispielsweise der Johanniterorden.“* (Simon 2010, S. 17).

Im Zuge der Reformation entstanden immer mehr städtische Spitäler, die oftmals einen Arzt beschäftigten.

Zwei der wichtigsten Merkmale des heutigen Gesundheitssystems haben ihren Ursprung ebenfalls im Mittelalter, nämlich die zunftmäßige Organisation und die Institution der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), deren Vorläufer die Zünfte und Gesellenbruderschaften waren. Ähnlich der GKV war auch die Mitgliedschaft in einer Zunft Pflicht, um bestimmte Leistungen in Anspruch nehmen zu können, hier, die Berufsausübung. Darüber hinaus unterstützten sich Zunftmitglieder gegenseitig (vgl. Simon 2010, S. 18). Gesellenbruderschaften waren eine Form der sozialen Sicherung: *„Die Gesellen eines Handwerkszweiges zahlten einen Teil ihres Lohns („Büchsenpfennig“ o. ä.) in eine gemeinsame Kasse („Büchse“ oder „Gesellenlade“ o. ä.) ein, und aus dieser Kasse erhielten die Mitglieder dieser Gesellenbruderschaft im Falle von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit finanzielle Unterstützung.“* (Simon 2010, S. 19). Hierin verbirgt sich die mittelalterliche Form der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Ein weiterer Vorteil der Mitgliedschaft in einer Zunft war die Krankenhausversorgung: Zünfte kauften eine bestimmte Anzahl von Hospitalbetten, die dann den Zunftmitgliedern bei Bedarf zur Verfügung standen. Bis zur Gründung der GKV Ende des 19. Jahrhunderts war diese Praxis üblich.

Weitere Merkmale der heutigen GKV, neben der schon erwähnten Zwangsmitgliedschaft, waren auch schon im Mittelalter etabliert:

- Sicherung im Falle einer Krankheit war an ein Beschäftigungsverhältnis gebunden
- Finanzierung der sozialen Leistungen erfolgte über Beiträge der Mitglieder einer Zunft oder Gesellenbruderschaft
- Solidarausgleich: Beiträge richteten sich nach dem Einkommen
- Familienversicherung
- Selbstverwaltung: Zünfte und Gesellenbruderschaften regelten ihre Angelegenheiten selbst (vgl. Simon 2010, S. 20).

Mit dem Ausgang des Mittelalters lösten sich zahlreiche Zünfte und Gesellenbruderschaften auf und entwickelten sich zu gewerkschaftlichen Kampfverbänden.

„Die Regulierung der sozialen Sicherung im Krankheitsfall wurde ab dem 17. und 18. Jahrhundert zunehmend von den Landesherren wahrgenommen, die die Autonomie der Zünfte einschränkten und in Zunft- und Handwerksordnungen unter anderem auch Vorschriften für Leistungen im Krankheitsfall erließen.“ (vgl. Simon 2010, S. 21).

Das Preußische Landrecht von 1794 verdeutlicht die Verantwortung des Staates für die Versorgung der Bürger. Hier werden bereits Parallelen zum heutigen Sozialstaatsgebot deutlich. Vor allem die Absicherung von Bergarbeitern galt als vorbildlich und ähnelt dem sozialen Sicherungssystem sehr (Selbstverwaltung, Versicherungspflicht, Beitragspflicht, freie Krankenbehandlung und Zahlung eines Krankenlohnes). Ende des 18. Jahrhunderts durften Handwerks- und Gewerbeordnungen freiwillige Unterstützungs- und Hilfskassen gründen. Zwangshilfskassen, vergleichbar mit den heutigen Ortskrankenkassen, wurden von Gemeinden ins Leben gerufen. Im 19. Jahrhundert wurden auch erste Betriebskrankenkassen gegründet. Die Zahlung eines Arbeitgeberanteils zur Krankenversorgung der Arbeiter ist folglich keine Erfindung des 20. Jahrhunderts, denn es galt als Selbstverständlichkeit, dass Arbeitgeber für ihre Angestellten/Arbeiter zu sorgen haben. (Vgl. Simon 2010, S. 22f.).

Die Herausbildung eines staatlichen Sicherungssystems in Deutschland nahm ihren Anfang zum Ende des 19. Jahrhunderts, als die fortschreitende Industrialisierung und Verstädterung einen sozialen Wandel verursachte. Viele Menschen zogen in die Städte, um dort in den Fabriken zu arbeiten und Teil an dem wirtschaftlichen Fortschritt zu nehmen. Daraus resultierend, verkleinerte sich die Dorfgemeinschaft. Es wurden maßgebliche Auswirkungen auf die Institution der Familie festgestellt. Denn, lebten ehemals mehrere Generationen unter einem Dach und arbeiteten gemeinsam im Familienbetrieb, änderte sich dies durch den Wegzug der meist Jüngeren. Die Kinder und Enkel, die für die Versorgung der Älteren arbeiteten und traditionell die Versorgung, im Sinne der Pflege, übernahmen, waren nun nicht mehr vor Ort. Die Versorgung vieler Menschen in den Herkunftsregionen war so nicht mehr gewährleistet, großes Elend entstand. (Vgl. Ritter 1983, S. 10). Die Wirtschaftskrise von 1873/74 und die damit verbundene Massenarbeitslosigkeit vergrößerte die Not der Menschen noch. Diese Entwicklung, also die Probleme, die vor allem als Folge der Industrialisierung entstanden, wird mit dem Begriff der „So-

zialen Frage“ umschrieben. Der Begriff umfasst sowohl den Prozess der Massenverelendung aufgrund des enormen Bevölkerungswachstums und der Verstädterung, als auch die miserablen Arbeitsbedingungen in den Fabriken. Der Druck auf die Regierenden, eine Verbesserung der Situation herbei zu führen, wurde immer größer, ebenso wie die Angst vor Aufständen der Bevölkerung. Hinzu kam der politische Kampf gegen die Sozialdemokratie, deren Einfluss auf die unzufriedenen Menschen gefürchtet wurde. Es bestand Handlungsbedarf und im Laufe der Jahrzehnte wurden Maßnahmen zur Verbesserung der Situation ergriffen. So betonte der 1844 gegründete „Centralverein für das Wohl der arbeitenden Klassen“ die Bedeutung der „[...] Verantwortung des Staates für die soziale Sicherheit seiner Bürger [...].“ (Ritter 1983, S. 19). Bereits vorhandene Gesetze, wie das Unterstützungskassengesetz (1854) und das Knappschaftsgesetz (1854) waren von zentraler Bedeutung für die Entstehung der Sozialgesetze. Im Zuge des Knappschaftsgesetzes, wurden die Knappschaften Träger der öffentlich-rechtlichen Arbeiterversicherung (vgl. ebd., S. 20). „Die Bergarbeiter erhielten damit eine freie medizinische Versorgung, wurden gegen die finanziellen Folgen von Erwerbsunfähigkeit aufgrund von Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter abgesichert.“ (ebd.).

Als eigentliche Geburtsstunde der Sozialversicherung gilt der 17. November 1881. In der Kaiserlichen Botschaft, welche auf den Reichskanzler Otto von Bismarck zurück geht, wurde die Notwendigkeit von Gesetzen, die zur finanziellen Absicherung der Arbeiter gegen Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter dienen, formuliert. (vgl. ebd., S. 28). Der Staat sollte demnach für die Sicherheit der Bürger aufkommen. In Folge dessen wurden 1883 das Krankenversicherungsgesetz, 1884 das Unfallversicherungsgesetz und 1889 das Gesetz der Invaliditäts- und Altersversicherung in den Sitzungen des Reichstages verabschiedet. „Ziel der von Reichskanzler Bismarck konzipierten Sozialpolitik war (das bringt auch die kaiserliche Botschaft eindeutig zum Ausdruck) die Sicherung des Friedens und die Erhaltung der Monarchie.“ (Simon 2010, S. 26).

Wie heute war auch damals das Vorhandensein eines Beschäftigungsverhältnisses die Bedingung für die Zugehörigkeit in einer Kasse. Menschen, die Berufe ausübten, für die keine Versicherungspflicht bestand, konnten sich in freiwilligen Hilfskassen versichern. Auch damals kam der Arbeitgeber für einen Teil der Beiträge auf (2/3). Zu den zu dieser Zeit gewährten Leistungen zählten die ärztliche Behandlung, die Arzneimittelversorgung, Krankenhaus-Behandlungen, Zahlung des Krankengeldes ab dem 4. Tag der Arbeitsunfähigkeit in Höhe von 50% des Arbeitsentgeltes, Wöchnerinnen Unterstützung und ein gesetzlich festgelegtes Sterbegeld. Alle Kassen erbrachten die gleichen Leistungen, dies war gesetzlich vorgeschrieben, zusätzliche Leistungen konnten angeboten werden. Das Sachleistungsprinzip, bei dem die Krankenkassen den Leistungserbringern die Kosten für medizinische Leistungen erstatten, ist heute ein wesentliches Merkmal der Leistungserbringung. (Vgl. Simon 2010, S. 27). „[...] dennoch aber waren 1911 lediglich ca. 18% der Bevölkerung in ca. 2000 Krankenkassen versichert.“ (Simon 2010, S. 28).

Bestehende Gesetze wurden im Laufe der Zeit immer weiter geändert, sodass sich u. a. der Versichertenkreis vergrößerte und auch Personen versichert waren, die vorher, aufgrund ihrer schlechten finanziellen Situation keine Versicherung abschließen konnten. So

erfolgte eine Ausweitung auf land- und forstwirtschaftliche Arbeiter, Dienstboten, Tagelöhner und Wander- und Hausgewerbe. Ab 1913 waren so $\frac{1}{4}$ der Bevölkerung versichert (Simon 2010, S. 28). Die Erweiterung des Personenkreises der Versicherten führte zu einer enormen qualitativen Verbesserung der Lebenslage vieler Menschen. Vor Einführung der Sozialversicherung sicherte die Armenfürsorge Arbeiter vor bestimmten Risiken, wie Alter und Krankheit. Damit einher ging allerdings eine Entwürdigung der Empfänger, aufgrund des Almosencharakters der Fürsorge. Die neu eingeführte Versicherung allerdings räumte einen bisher nicht vorhandenen Rechtsanspruch ein und änderte so die Situation der Personen, die einen Versicherungsfall erlitten. (Vgl. Ritter 1983, S. 35). *„Da die Wurzeln der Krankenhäuser im mittelalterlichen Hospitalwesen und der Armenfürsorge lagen und Hospitäler, die vor allem Arme und Bedürftige versorgten, keine Chance hatten, ihre Kosten von diesen vergütet zu erhalten, mussten sie sich zumeist aus Spenden oder öffentlichen Zuwendungen finanzieren.“* (Simon 2010, S. 28). Dies änderte sich mit Gründung der GKV, da Ärzte und Krankenhäuser (die Leistungserbringer) sicher sein konnten, für ihre Leistungen auch bezahlt zu werden.

Zum Ende des 19. Jahrhunderts entstanden erste Auseinandersetzungen zwischen den Kassen und den Ärzten, da zunehmend Ärzte von der Versorgung der GKV-Versicherten ausgeschlossen wurden. *„Die Krankenkassen hatten durch ein Gesetz von 1892 das Recht erhalten, in ihrer Satzung die Zahl der erforderlichen Ärzte für definierte Versorgungsgebiete festzulegen und mit diesen Ärzten Einzeldienstverträge über die Versorgung ihrer Versicherten abzuschließen.“* (Simon 2010, S. 29). Erste Kampfverbände gründeten sich daraufhin und die Situation spitzte sich bis zur Androhung eines Generalstreiks zu. Das Ende des Konflikts stellte das „Berliner Abkommen“ dar. *„Mit dem Berliner Abkommen wurden wichtige Grundlagen des Systems der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland gelegt, die auch heute noch Gültigkeit haben (Verhältniszahlen für die Bedarfsplanung, gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen).“* (Simon 2010, S. 30).

Das Gesundheitswesen zur Zeit der Weimarer Republik und des Nationalsozialismus war gekennzeichnet durch Weiterentwicklungen. Nach Auslaufen des Berliner Abkommens (1923) wurden dessen Inhalte in die Verordnung über Ärzte und Krankenkassen übernommen. Aus dem zuvor gegründeten Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen, der u. a. Richtlinien für Arztverträge erstellte, wurde ein Bundesausschuss, welcher im Jahr 2004 zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) durch Integration weiterer Leistungserbringer wurde (vgl. Simon 2010, S. 30f.). Um 1930 gründeten sich ebenfalls kassenärztliche Vereinigungen, die als Körperschaften des öffentlichen Rechts Verhandlungen mit den Krankenkassen durchführten, u. a. zu den Gesamtverträgen für die Vergütung aller ärztlichen Leistungen. *„Die einzelne Kasse zahlte ihren Anteil in Form einer Kopfpauschale für jeden Versicherten an die Kassenärztliche Vereinigung; damit war sie von allen Vergütungsforderungen des einzelnen Arztes freigestellt.“* (Simon 2010, S. 31). Der Sicherstellungsauftrag, d. h. die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung, lag nun bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, ebenso, wie das Recht auf die Zulassung der Kassenärzte. Die Selbstverwaltung der Sozialversicherungen wurde von den Nationalsozialisten abgeschafft und dem Reichsarbeitsminister übertragen,

der Staatskommissare als Leiter einzelner Kassen einsetzte. Große Änderungen fanden bis auf einige Leistungserweiterungen (Verbesserung der Mütterfürsorge und Ausweitung der Versicherungspflicht auf Artisten, Hebammen und Wochenpflegerinnen) und die Einführung der Krankenversicherung für Rentner 1941 nicht statt.

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges und Gründung der BRD wurde die Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger wiederhergestellt (Selbstverwaltungsgesetz 1951). Einige der wichtigsten Änderungen der 50er und 60er Jahre waren:

- das Gesetz über das Kassenartzrecht (1955): Aufnahme der Kassenärztlichen Vereinigungen in das Recht der BRD
- Aufhebung der Niederlassungsbeschränkungen für Ärzte
- neue Gebührenverordnung (1965): Einzelleistungsvergütungen statt Kopfpauschalensystem.
- vollständige Einbeziehung der Rentner in die GKV (1956)
- Novellierung des Lohnfortzahlungsgesetzes (1969): Arbeitgeber zahlt den Lohn in den ersten Wochen der Krankheit weiter und nicht mehr die Kasse. Arbeiter und Angestellte werden gleichgestellt.
- freiwilliger Beitritt in die GKV möglich, wodurch sich der Versichertenkreis vergrößerte. (Vgl. Simon 2010, S. 33ff.).

Die Versicherungspflicht wurde im Laufe der 70er Jahre zunehmend ausgeweitet, u. a. auf Landwirte, Studenten und Menschen mit Behinderungen.

Überfällig war die Reform der Krankenhausfinanzierung, da Kosten kaum ausreichend gedeckt werden konnten. „*Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 und die auf seiner Grundlage erlassene Bundespflegegesetzverordnung (BPflV) von 1973 gewährten den Krankenhäusern einen Anspruch auf Deckung ihrer Selbstkosten und führten staatliche Krankenhausplanung, die duale Finanzierung und den allgemeinen tageseichen Pflegesatz ein.*“ (Simon 2010, S. 38). Nach dem Selbstkostendeckungsprinzip sollen Pflegesätze so kalkuliert werden, dass die Kosten eines Krankenhauses gedeckt werden können. Ebenfalls 1972 wurde die staatliche Krankenhausplanung veranlasst, die Länder verpflichtet, einen Landeskrankenhausplan zu erstellen, der sowohl den Bedarf an Krankenhausleistungen, als auch die dafür notwendigen Krankenhäuser und Bettenanzahl enthält. Für Krankenhäuser gilt seitdem die duale Finanzierung, was bedeutet, dass Investitionskosten von den Ländern und die Betriebskosten von den Krankenkassen übernommen werden (vgl. Simon 2010, S. 38).

Seit den 70er Jahren wird Kostendämpfungspolitik betrieben, was unter anderem in der Verabschiedung diverser Gesetze mündete: u. a. das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG). Inhalt war die Änderung der Vergütungssysteme und die Erhöhung von Zuzahlungen. Das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (1984) veränderte die Finanzierungsmodalitäten, da nun pauschalisierte Vergütungen möglich wurden und Pflegesätze prospektiv kalkuliert wurden. Das Gesundheitsreformgesetz (1989) ermöglichte u. a. die Absicherung im Falle der Pflegebedürftigkeit durch die GKV. Nach Einführung der Pflegeversicherung 1995 übernahm diese die Absicherung (vgl. Simon 2010, S. 41).

Das Gesundheitswesen der DDR unterschied sich grundlegend von dem der BRD. „*Das Gesundheitssystem der DDR war ein zentralstaatliches System mit zentralstaatlicher Planung und zugleich auch staatlicher Leistungserbringung.*“ (Simon 2010, S. 43). Das Ministerium für Arbeit und Gesundheit kontrollierte und verwaltete alle Belange des Gesundheitswesens. Im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung standen Krankenhäuser, Polikliniken (ambulante Einrichtungen eines Krankenhauses mit ca. sechs Fachabteilungen, einer zahnärztlichen Abteilung, einem Labor, einer Apotheke) und Ambulatorien. Im Jahr 1989 gab es im gesamten Gebiet der DDR 626 Polikliniken, 1020 Ambulatorien, 1635 staatliche Arztpraxen und 5585 Gemeindegewerkschaftsstationen (vgl. Simon 2010, S. 50f.). Vorteilhaft für die Versorgung der Bevölkerung war die gute Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und stationären Sektor. Einzelpraxen, wie sie in Westdeutschland die Regel waren, waren die Ausnahme in der DDR. Die Niederlassungsbedingungen wurden erschwert, da die ambulante Versorgung ausschließlich in Polikliniken oder Ambulatorien stattfinden sollte. Damit einher ging eine starke Abwanderung von Ärzten in die Bundesrepublik, da die Arbeitsbedingungen und Verdienstmöglichkeiten dort wesentlich attraktiver waren. Die Folge waren Versorgungsprobleme. „*Vor allem ländliche Regionen waren unterversorgt und auf die Leistungen der niedergelassenen Ärzte angewiesen, die aber zunehmend aufgaben und abwanderten.*“ (Simon 2010, S. 48). Durch den Bau der Mauer konnte die Abwanderung ab 1961 eingedämmt werden.

Die volkswirtschaftlichen Betriebe nahmen eine entscheidende Rolle bei der medizinischen Versorgung ein. „*Das Betriebsgesundheitswesen (BGW) hatte Aufgaben der Primärprävention und Unfallverhütung, aber auch der Ersten Hilfe und ambulanten medizinischen Versorgung durch Arztsanitätsstellen, Betriebsambulatorien und Betriebspolikliniken zu erfüllen.*“ (Simon 2010, S. 44). Die Sozialversicherungszweige wurden 1951 zusammengefasst und seitdem zentral gelenkt. Der Freie Gewerkschaftsbund (FDGB) übernahm ab 1956 die vollständige Leitung der Sozialversicherung. Die Sozialversicherung wurde demnach verstaatlicht und die Selbstverwaltung abgeschafft. Beiträge wurden ebenfalls von Arbeitnehmer und Arbeitgeber entrichtet und die Versicherungspflicht war gebunden an eine Beschäftigung, unabhängig von der Höhe des Einkommens. Bauern, Handwerker und Selbstständige waren ebenfalls versichert, wenn sie weniger als fünf Angestellte hatten (vgl. Simon 2010, S. 45). Die Leistungen ähnelten denen der westlichen Sozialversicherung und beinhalteten u. a. freie ärztliche und zahnärztliche Behandlung, sowie Lohnfortzahlungen (für 6 Wochen nach Auftreten der Arbeitsunfähigkeit) und Krankengeld. Die Rahmen-Krankenhausordnung (RKO) legte Aufgaben und Funktionen der Krankenhäuser fest. Der schlechte bauliche Zustand vieler Krankenhäuser und fehlende Modernisierungen und technische Ausstattung führten zu Versorgungsmängeln, die im Vergleich zur Bundesrepublik eine hohe Säuglingssterblichkeit und geringe Lebenserwartung zur Folge hatten. (Vgl. Simon 2010, S. 51ff.).

Trotz der dargestellten Mängel können viele positive Merkmale des Gesundheitswesens der DDR ausgemacht werden. Die Wiedereinführung einiger modifizierter Modelle wurde bereits beschlossen, darunter z. B. die Medizinischen Versorgungszentren, die in Tradition der Poliklinik stehen und die ambulante und stationäre Versorgung vor allem im ländlichen Raum verbinden sollen.

Nach der Wiedervereinigung am 03.10.1990 wurde das DDR-System dem westdeutschen Gesundheitswesen angepasst. Die folgenden Jahre waren von einer Vielzahl struktureller Änderungen gezeichnet. Einige davon sollen kurz beschrieben werden:

- Gesundheitsstrukturgesetz (1993): u. a. sektorale Budgetierung; gesetzliche Begrenzung der Erhöhung der Gesamtvergütung für ambulante ärztl. Versorgung; Reform der Krankenhausfinanzierung (Umstellung vom allg. Pflegesatz auf pauschalisierte, verweildauerunabhängige Vergütungen); Reform der GKV (Ersatzkassen für alle Versichertengruppen geöffnet; ab 94: Risikostrukturausgleich)
- Pflegeversicherung (1994): Absicherung gegen das Risiko einer Pflegebedürftigkeit. Die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung und ihr Abschluss ist verpflichtend.
- Gesundheitsreform 2000: Hausarzt als Lotse im Gesundheitswesen: er erstellt die erste Diagnose und überweist bei Bedarf an Fachärzte. Einführung eines Fallpauschalensystems (DRG-System²) zur Abrechnung von Krankenhausleistungen. (Vgl. Simon 2010, S. 54ff.).
- 2003: GKV-Modernisierungsgesetz (2003): Zu den wichtigsten Änderungen zählen, die Streichung vieler Leistungen (z. B. Brillen und Kontaktlinsen), die Festlegung der Zuzahlungen von mind. 5€ und max. 10€ und die Einführung einer Praxisgebühr von 10€ pro Quartal (vgl. Simon 2010, S. 57f.)
- GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) (2007): Schaffung des Gesundheitsfonds: einzelne Kassen bekommen Zuweisungen anhand ihres Leistungsbedarfs. Ab 2009 gilt eine Krankenversicherungspflicht für alle Bürger Deutschlands. Ebenfalls ab Januar 2009 müssen die Privaten Krankenversicherungen einen Basisarbitar bieten. Die Budgetierung in der ambulanten Versorgung wurde durch die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung ersetzt und der Zugang der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung erleichtert (§116b Abs. 2 SGB V). (Vgl. Simon 2010, S. 60f.)
- Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008): Erhöhung der Leistungssätze und des Beitragssatzes auf 1,95% sowie verbesserte Leistungen für Menschen mit erhöhtem Betreuungsbedarf (Demenz). Die externe Qualitätssicherung wurde ausgebaut und Pflegestützpunkte müssen von Ländern eingerichtet werden, gleichzeitig hat jeder Bürger einen Anspruch auf Pflegeberatung durch die Pflegekasse (vgl. Simon 2010, S. 64).
- Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (2008): Die Landesbasisfallwerte³ sollen bis 2014 auf den Bundesbasisfallwert angeglichen werden. Die Situation im Pflegedienst soll durch Schaffung zusätzlicher Stellen verbessert werden (vgl. Simon 2010, S. 66)

2 DRG: Diagnoses related groups = diagnosebezogene Fallpauschalen.

3 Der Landesbasisfallwert wird von den Vertragsparteien auf Landesebene jedes Jahr für das folgende Jahr angegeben und beschreibt den Preis für einen Basisfall, also einen bestimmten Krankheitsfall. Die endgültigen Behandlungskosten, die den Krankenhäusern von den Krankenkassen erstattet werden, ergeben sich durch Multiplikation des Landesbasisfallwerts mit dem Relativgewicht (=Aufwand der Behandlung) für die jeweilige medizinische Leistung.

- 15. Arzneimittelgesetz-Novelle: Das Arzneimittelgesetz wird an europäische Verordnungen angeglichen. „*Apotheken wird ein Anspruch auf angemessene und kontinuierliche Belieferung gegenüber Großhändlern eingeräumt und Großhändlern ein Anspruch gegenüber pharmazeutischen Unternehmen.*“ (Simon 2010, S. 68).

3.2 Die Verantwortung des Staates

3.2.1 Institutionen auf Bundesebene

Das Bundesministerium für Gesundheit wurde 1961 gegründet und befasst sich mit allen Fragen rund um das Gesundheitswesen sowie der Reinhaltung der Luft, der Lärmbekämpfung, der Wassergüte, der Hygiene des Wassers und Abwassers, des Gesundheitsschutzes gegen die Gefahren ionisierender Strahlen sowie des Verbraucherschutzes vor Täuschung bei Arzneimitteln und Lebensmitteln (vgl. Nagel 2007, S. 32). „*Zu den zentralen Aufgaben zählt, die Leistungsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie der Pflegeversicherung zu erhalten, zu sichern und fortzuentwickeln.*“ (<http://www.bmg.bund.de/ministerium/aufgaben-und-organisation/aufgaben.html>).

Zwei Abteilungen des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA), nämlich die Abteilung „Sozialversicherung, SGB“ mit Unterabteilung „Grundsatzfragen der Sozialversicherung, Unfallversicherung“ und die Abteilung „Pflegeversicherung, Prävention und Rehabilitation“ sind im Kontext dieser Arbeit wesentlich. Das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit befasst sich insbesondere mit Fragen des Umweltschutzes und den aus Umweltbelastungen einhergehenden Gefährdungen für die Gesundheit. (Vgl. Nagel 2007, S. 33). Beim Bundesministerium für Bildung und Forschung sind vor allem die Abteilungen: Hochschulen, Wissenschaftsförderung und Grundlagenforschung, Energie und Umwelt und Biowissenschaften und Informationstechnik in diesem Zusammenhang von Bedeutung.

Einige, den Bundesministerien nachgeordnete Bundesoberbehörden nehmen weitere Schlüsselrollen im Gesundheitswesen ein. Dazu zählen:

- das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): dient der Verbesserung der Sicherheit von Arzneimitteln und der Risikoüberwachung von Medizinprodukten sowie der Überwachung des Betäubungsmittel- und Grundstoffverkehrs,
- das Robert-Koch-Institut (RKI): u. a. Gesundheitsberichterstattung,
- das Paul-Ehrlich-Institut (PEI): u. a. Arzneimittelsicherheit und Prüfung, Zulassung und Überwachung von Impfstoffen,
- das Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV): Sicherung des Gesundheitsschutzes im Hinblick auf Lebensmittel, Tabakerzeugnisse und kosmetische Mittel,
- das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): u. a. Sammlung in- und ausländische Literatur und Daten aus Medizin und Biowis-

- senschaften, Herausgabe amtlicher Klassifikationen,
- die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung,
- das Bundesversicherungsamt (Aufsicht über Träger der Sozialversicherung) und
- das Umweltbundesamt (UBA): u. a. Beitrag zur wissenschaftlichen Grundlegung der Umweltpolitik des Bundes.

Bis auf das Umweltbundesamt, welches zum Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Umwelt zählt, gehören alle Institutionen zum Geschäftsbereich des BMG. (Vgl. Nagel 2007, S. 33ff.).

„Die an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten sollen nach §5 SGB V medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten entwickeln und Vorschläge zur Erhöhung von Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erarbeiten.“ (Nagel 2007, S. 37). Dies geschah von 1977 bis 2003 im Rahmen der „Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen“ (KAiG) mit dem Ziel, eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Vertreter der Krankenkassen, Ärzte, Zahnärzte, Krankenhausträger, Apotheker, Arzneimittelhersteller, Arbeitgeberverbände, Gewerkschaften werden vom Bundesgesundheitsminister berufen und erarbeiten Empfehlungen als Entscheidungsgrundlage. Zur Unterstützung hat der Minister einen „Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen“ berufen, dem sieben Fachleute angehören (vgl. Beske/Hallauer 1999, S. 54). Aus Interessenkonflikten der Vertreter der unterschiedlichsten Berufsgruppen wurde die KAiG aufgelöst und durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem obersten Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen, ersetzt. *„Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.“* (<http://www.g-ba.de/>). Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) unterstützt den G-BA in seiner Entscheidungsfindung, u. a. durch Bewertung von Behandlungsverfahren, des Nutzens von Arzneimitteln und Information der Öffentlichkeit über die Effektivität von erbrachten Leistungen der GKV (vgl. Nagel 2007, S. 38).

3.2.2 Institutionen auf Landesebene

Die Länder üben ebenfalls einen großen Einfluss auf die Gestaltung des Gesundheitswesens in Deutschland aus, u. a. durch die Umsetzung der Bundesgesetze. Gesetze können ebenfalls von ihnen erlassen werden, wenn nicht der Bund die Gesetzgebungskompetenz besitzt. *„Die Länder koordinieren ihre Arbeit im Gesundheitswesen durch die „Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder (Gesundheitsministerkonferenz, GMK).“* (Nagel 2007, S. 38f.). In-

halt der Konferenzen sind vor allem Vorschläge zur Optimierung der Gesundheitspolitik. Empfehlungen werden ausgesprochen. Eine weitere Oberste Landesbehörde, neben der Gesundheitsministerkonferenz, ist die Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamtinnen und –beamten der Länder (AGLMB). Ihr gehören die Leiter der Gesundheitsabteilungen der Landesministerien an und erarbeitet werden Beschlüsse, die der GMK vorgelegt werden (vgl. Nagel 2007, S. 39).

Spezielle Landesbehörden, deren Arbeitsfeld das Gesundheitswesen ist, sind diverse Untersuchungsämter (zur Durchführung von Gesundheitsvorschriften), Arzneimittelüberwachungsstellen (u. a. Überwachung der Hersteller- und Großhandelsbetriebe) und die Landesgesundheitsämter. Darüber hinaus existieren Gemeinschaftseinrichtungen der Länder, die eine einheitliche Regelung von Aufgaben gewährleisten sollen. Dazu zählen, Akademien für öffentliches Gesundheitswesen und das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen, welches Prüfungsfragen für medizinische Berufe vorbereitet und auswertet.

Zu den kommunalen Gebietskörperschaften des Gesundheitswesens zählen die Gesundheitsämter, die z. B. Personen, die im Gesundheitswesen arbeiten und Gesundheitseinrichtungen überwachen.

3.3 Das soziale Sicherungssystem

Nachdem die Entwicklung und Zuständigkeiten ausführlich dargelegt wurden, sollen anschließend wesentliche Merkmale und Prinzipien der sozialen Sicherung beschrieben werden.

Das System der sozialen Sicherung bietet „[...] wirksamen finanziellen Schutz vor den großen Lebensrisiken und deren Folgen wie Krankheit, Arbeitslosigkeit, Alter, Betriebsunfällen und Pflegebedürftigkeit. Die Sozialversicherung garantiert einen stabilen Lebensstandard jedes Einzelnen und umfasst folgende Zweige, die als Versicherungsträger oder Träger bezeichnet werden: Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung.“ (<http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/wegweiser/einfuehrung.html>).

Dabei baut das Sozialversicherungssystem auf drei grundlegende Prinzipien auf:

- dem Versicherungsprinzip/Sozialversicherungsprinzip,
- dem Versorgungsprinzip und
- dem Fürsorgeprinzip.

„Unter Versicherungsprinzip versteht man die gegenseitige Absicherung gleichartig Bedrohter durch Versicherungsleistungen, die über die Versicherungsbeiträge der Mitglieder finanziert werden. Dem Versicherungsprinzip liegt somit die Beitragszahlung zugrunde.“ (Oyen/Löhe 1996, S. 98). Die einkommensabhängigen Beiträge werden dabei

paritätisch auf Arbeitgeber und Arbeitnehmer verteilt - Ausnahmen entstehen bei Selbstständigen, die sich freiwillig versichern und bei Versicherten mit geringem Einkommen. Das Versorgungsprinzip „[...] ist im weitesten Sinne Folge einer gesetzlich geregelten staatlichen Fürsorgepflicht für diejenigen, die in einem öffentlichen Dienstverhältnis stehen oder einen besonderen sozialrelevanten Status haben. Versorgung gründet sich also auf einen besonderen Status (öffentlicher Dienst), auf besondere Leistungen im Dienste der Allgemeinheit.“ (Oyen/Löhe 1996, S. 98). Dem Versorgungsprinzip unterliegen demnach Beamte, Richter, Polizisten, Berufssoldaten, so genannte Sonderopfer, also Kriegsopfer und Wehrdienstbeschädigte und Personen, die aufgrund besonderer Umstände mehr Sozialleistungen als Ausgleich für ihre Situation erhalten. Zu diesen Leistungen zählen das Mutterschaftsgeld, das Erziehungsgeld, Wohngeld und Unterstützungen für Schwerbehinderte und Personen in Ausbildung. (Vgl. Oyen/Löhe 1996, S. 99.).

Das Fürsorgeprinzip, also die Sozialhilfe hat die Abwendung individueller Notlagen zum Ziel, die dann entstehen, wenn Personen ihren eigenen Lebensunterhalt nicht mehr sichern können.

„1970 beschloss die Bunderegierung, alle Bereiche des Sozialrechts, die sich für die Einordnung in ein einziges Gesetzgebungswerk eignen, nach einheitlichen Grundsätzen zu überarbeiten und gesetzgeberisch zusammenzufassen.“ (Nagel 2007, S. 47). Inzwischen umfasst das Sozialgesetzbuch zwölf Bücher, in denen neben allgemeinen und verfahrensrechtlichen Regelungen und gemeinsamen Vorschriften, alle Gesetze der Sozialversicherungszweige formuliert sind.

Kennzeichnende Merkmale der Sozialversicherung sind die Zwangsmitgliedschaft (bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze besteht Versicherungspflicht), die nahezu paritätische Zahlung der einkommensabhängigen Beiträge (Arbeitgeber und Arbeitnehmer zahlen-außer bei der Unfallversicherung), die Selbstverwaltung der Versicherungsträger, die grundsätzlich gleichen Pflichtleistungen für alle Mitglieder und der Sachleistungscharakter der Leistungen (Leistungen der soz. Sicherung im Krankheitsfall werden überwiegend als Sachleistungen gewährt). (Vgl. Oyen/Löhe 1996, S. 100ff.). Träger der Sozialversicherung sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Finanzierung erfolgt zum größten Teil aus Beitragszahlungen, staatliche Zuschüsse sind aber möglich. Die Beitragssätze der Renten-, Pflege-, Arbeitslosen- und Krankenversicherung sind gesetzlich festgelegt. Der Beitrag zur Unfallversicherung, der nur vom Arbeitgeber zu entrichten ist, bestimmt sich nach dem Entgelt und der Unfallgefahr der ausgeübten Tätigkeit (vgl. Nagel 2007, S. 53). Das monatliche Bruttoarbeitsentgelt gilt als Beitragsbemessungsgrundlage, wobei Höchstbeträge festgelegt sind.

3.3.1 Die Krankenversicherung

Das wichtigste Prinzip der sozialen Sicherung im Krankheitsfall ist das Solidarprinzip. Das bedeutet: die Gewährleistung gegenseitiger Unterstützung von Mitgliedern der Soli-

dargemeinschaft. Die Unterstützung gelingt durch eine Umverteilung aller Ausgaben für Krankenbehandlungen. So finden in der GKV Solidarausgleiche zwischen Gesunden und Kranken und Besser- und Geringverdienern statt. Auch die Kosten der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen werden durch den Solidarausgleich finanziert. Denn auch bei den GKV-Ausgaben gilt das Pareto-Prinzip, denn hier verursachen 20% der Versicherten 80% der Kosten (vgl. Simon 2010, S. 76f.) *„Durch die Solidarausgleiche soll auch erreicht werden, dass Krankheit nicht zu einer gravierenden Verschlechterung des Lebensstandards oder gar Gefährdung der individuellen wirtschaftlichen Existenz führt.“* (Simon 2010, S. 77). Aus dem Gesundheitsfonds, der aus den Beitragseinnahmen der Kassen und Steuereinnahmen gespeist wird, werden alle Leistungen für alle Versicherten finanziert. *„Die Krankenkassen erhalten vom Gesundheitsfonds eine einheitliche Grundpauschale pro Versicherten plus alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben.“* (<http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/finanzierung/gesundheitsfonds.html>).

Ein weiteres Prinzip, dem sich die soziale Sicherung bedient, ist das Subsidiaritätsprinzip. Dieses besagt, dass zuerst die Person selbst für bestimmte Kosten aufkommt - soweit es ihr möglich ist - dann der Partner, anschließend die Familienangehörigen und wenn auch deren Mittel erschöpft sind, treten die Mitglieder der Versicherung und als letzte Instanz die Gemeinschaft der Staatsbürger ein. Vor allem bei der Sozialhilfe wird dieses Prinzip angewendet (vgl. Simon 2010, S. 82f.).

Ebenfalls entscheidend ist das Bedarfsdeckungsprinzip, welches besagt, dass die Versorgung, die jedem Versicherten zukommt, bedarfsgerecht ist und dem aktuellen medizinischen Stand entspricht (§70 Abs. 1 SGB V). Die Bedarfsdeckung gilt vor allem für die Krankenversicherung, da in der Pflegeversicherung lediglich die Grundversorgung gewährleistet wird.

Am 01.03.2012 existierten in Deutschland 145 gesetzliche und ca. 46 private Krankenkassen (vgl. <http://www.gkv-spitzenverband.de/ITSGKrankenkassenListe.gkvnet>).

Rund 90% aller Krankenversicherten sind bei der GKV versichert. Der Rest verteilt sich auf die PKV (9%), andere Institutionen (2%) und 1% weist keinen Versicherungsschutz auf, trotz der vorherrschenden Versicherungspflicht in Deutschland (vgl. Simon 2010, S. 127). *„Die gesetzliche Krankenversicherung ist keine Versicherung im üblichen Sinn, sondern eine spezifische Organisationsform, derer sich der Staat bedient, um die ihm vom Grundgesetz übertragene Aufgabe der Daseinsvorsorge für seine Bürger zu organisieren.“* (Simon 2010, S. 130). Der Staat kontrolliert die gesetzlichen und privaten Krankenkassen in der Erfüllung ihrer vom Staat übertragenen Aufgaben. *„Die gesetzlichen Krankenkassen sind selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts.“* (Simon 2010, S. 131).

Krankenkassen sind per Gesetz (§§ 275-283 SGB V) dazu verpflichtet, Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einzuholen. Dies geschieht z. B., wenn Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers anzweifeln. Der MDK

hat aber auch die Aufgabe, das Vorhandensein einer Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in Pflegestufen vor Leistungsgewährung durch die Pflegekassen zu prüfen. Beim MDK handelt es sich um eine Gemeinschaftseinrichtung der Landesverbände der GKV, der aus einer Umlage aller Krankenkassen finanziert wird. Beim MDK arbeiten vorwiegend Ärzte und Pflegekräfte (Vgl. Simon 2010, S. 136f.).

Der §1 SGB V beschreibt die Aufgaben der Krankenkassen, die in der Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und Beratung bestehen. Um die Aufgaben erfüllen zu können, werden Leistungen gewährt, z. B. zur Verhütung und Behandlung von Krankheiten (siehe §11 SGB V). Um Leistungen zu erhalten, muss man versichert sein, was durch Aufnahme einer abhängigen Beschäftigung der Fall ist oder durch eine freiwillige Versicherung. Personen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze müssen sich nicht in der GKV versichern, können es aber freiwillig tun. Die Versicherungspflichtgrenze liegt 2012 bei 50.850€ (vgl. <http://www.cecuc.de/versicherungspflichtgrenze.html>). Ebenfalls nicht versicherungspflichtig sind Beamte, Richter, Soldaten, Geistliche, Lehrer in Privatschulen, Pensionäre, Personen in beamtenähnlicher Stellung, Selbstständige (Ausnahmen: Landwirte, Künstler, Publizisten). Familienmitglieder (Ehepartner und Kinder bis 18, bei Ausbildung bis 25) sind in der GKV beitragsfrei mitversichert. Pflichtversicherte haben die Wahl zwischen den 145 Krankenkassen in Deutschland. Für die Kassen gilt Kontrahierungszwang, was bedeutet, dass jeder, der einen Antrag auf Versicherung stellt, aufgenommen werden muss (vgl. Simon 2010, S. 140ff.).

Wie schon erwähnt, herrscht das Sachleistungsprinzip vor, d. h. Leistungen werden vorwiegend als Sachleistungen und nicht als Geldleistungen erbracht. Letztere werden aber auch gewährt, vor allem im Rahmen des Krankengeldes. Zur Erfüllung der Leistungen werden Versorgungsverträge mit Leistungserbringern abgeschlossen. Krankenkassen finanzieren sich aus den Beiträgen der Mitglieder und zu einem kleinen Teil aus Bundeszuschüssen. Beiträge werden paritätisch von Arbeitgeber und Arbeitnehmer gezahlt, der Beitragssatz liegt momentan bei 15,5% des Bruttoentgeltes (vgl. Simon 2010, S. 149). *„Der Gesundheitsfonds ist der institutionelle Ort, an den die Beitragseinnahmen aller Krankenkassen sowie der Bundeszuschuss überwiesen werden, eine Art Gemeinschaftskonto der Krankenkassen bei der Bundesbank.“* (Simon 2010, S. 156). Die Kassen erhalten die Beiträge ihrer Mitglieder, müssen sie aber an den Gesundheitsfonds, der vom Bundesversicherungsamt verwaltet wird, überweisen, der dann wiederum Beträge zur Deckung laufender Ausgaben je Versicherten nach bestimmten Vorgaben zurück überweist. *„Diese Regeln und Kriterien bilden in ihrer Gesamtheit den neuen, morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich.“* (Simon 2010, S. 157).

Die Ausgaben der GKV nahmen 2007 57% der Gesamtausgaben des Gesundheitswesens ein. Die Erweiterung des Versichertenkreises stellt immer wieder eine Maßnahme dar, die Einnahmen weiter zu mehren. Da die Gesetzlichen Krankenversicherungen momentan aber einen Gewinn von ca. 20 Milliarden Euro zu verzeichnen haben, stehen Maßnahmen zur Erhöhung der Einnahmen nicht zur Debatte, sondern eher die Frage nach der Senkung der Beiträge der Versicherten (vgl. <http://www.wdr5.de/sendungen/tagesgesprach/s/d/13.03.2012-09.20/b/die-krankenkassen-machen-hohe-gewinne.html>).

Die Private Krankenversicherung weist unterschiedliche Versicherungsbedingungen zur GKV auf. Versichern lassen können sich alle, die nicht versicherungspflichtig in der GKV sind, also z. B. Arbeitnehmer, deren Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze liegt. Entscheidend ist, dass die Beiträge auf Grundlage des Äquivalenzprinzips in Verbindung mit dem Anwartschaftsdeckungs- bzw. Kapitaldeckungsverfahren berechnet werden. Dies bedeutet, dass die zu zahlenden Beträge neben dem Beitragsteil für die laufenden Krankheitskosten (Risikobeitrag) einen Rückstellungsanteil beinhalten, mit dem zukünftige Krankheitsaufwendungen im Alter vorfinanziert werden. Diese so genannten Altersrückstellungen werden verzinslich angesammelt (vgl. Boeckh/Huster/Benz 2006, S. 326). Da der Schadenbedarf im Alter ansteigt, werden aufgrund des Anwartschaftsdeckungsverfahrens in jüngeren Jahren höhere Beiträge erhoben, als eigentlich zur Deckung der Kosten nötig wären. Diese Altersrückstellungen werden ab einem bestimmten Alter zur Stabilisierung der Beiträge abgebaut. Für Antragsteller mit Vorerkrankungen können Risikozuschläge erhoben werden oder aber sie werden ganz abgelehnt, was bedeutet, dass in der PKV bis auf den Basistarif kein Kontrahierungszwang gilt (vgl. Simon 2010, S. 172). Ein weiterer wesentlicher Unterschied zur GKV ist der, dass Leistungen nach dem Kostenerstattungsprinzip gewährt werden, Arzt (Leistungserbringer) und Patient (Versicherter) demnach Vertragspartner sind. Die PKV schließt keine Verträge mit den Leistungserbringern, sondern erstattet dem Versicherten Leistungen je nach gewähltem Tarif. Rechnungen werden auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). *„Je nach Schwierigkeitsgrad der Leistung und des Zeitaufwandes kann bis zum 2,3-Fachen des GOÄ-Satzes in Rechnung gestellt werden, für überdurchschnittlich aufwendige Behandlungen sogar bis zum 3,5-Fachen.“* (Simon 2010, S. 176).

Mit der Verabschiedung des GKV-WSG wurde der Basistarif eingeführt, der von allen Versicherungsunternehmen seit dem 01.01.2009 angeboten werden muss. Für ihn gelten folgende Merkmale:

- Leistungsumfang entspricht dem der GKV,
- brancheneinheitlich,
- Kontrahierungszwang,
- Risikoprüfung nicht erlaubt,
- Beitrag darf Höchstbeitrag bei GKV nicht überschreiten,
- Beitrag einheitlich zu kalkulieren für alle Unternehmen (vgl. Simon 2010, S. 177f.).

Fraglich ist, wie die Entwicklung weiter gehen wird, da bereits am Basistarif deutlich wird, dass Elemente der GKV in die PKV eingeführt werden.

3.3.2 Die Pflegeversicherung

Im Jahr 1995 wurde die Pflegeversicherung eingeführt, um die Bevölkerung gegen das Risiko einer auftretenden Pflegebedürftigkeit abzusichern und die Versorgung Betroffener zu verbessern. Zuvor mussten Pflegebedürftige die Kosten ihrer Versorgung selbst tragen bzw. ihre Angehörigen. Reichte das Geld nicht aus, konnten die Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. Die Versicherungspflicht der Pflegeversiche-

nung folgt der Krankenversicherung und ist ebenso Pflicht für alle Bürger. „*Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die neu gegründeten Pflegekassen, die bei den Krankenkassen angesiedelt wurden (§1 Abs. 3 SGB XI).*“ (Simon 2010, S. 321). Jede Krankenkasse wurde dazu verpflichtet, eine Pflegekasse einzurichten, wobei der Verwaltungsrat und der Vorstand der Krankenkasse auch für die Pflegekasse zuständig sind und Mitarbeiter der Krankenkassen auch für die Pflegekassen arbeiten (=Organleihe). Die Pflegeversicherung hat den Sicherstellungsauftrag und muss bedarfsgerechte und dem anerkannten Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Leistungen erbringen. Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen schließen Versorgungsverträge und Pflegekassen sind ebenfalls wie Krankenkassen Körperschaften des öffentlichen Rechts mit mittelbarer Selbstverwaltung (vgl. Simon 2010, S. 321f.). Weitere Merkmale der Pflegeversicherung sind: die einkommensabhängige nahezu paritätische Beitragszahlung von Versichertem und Arbeitgeber, das Sachleistungsprinzip und die private Familienversicherung. Anders als bei der GKV gibt es kein Bedarfsdeckungsprinzip, d. h. es wird nur die Grundversorgung finanziert, alles darüber hinaus, vor allem Kosten der Unterkunft und Verpflegung, muss vom Pflegebedürftigen selbst getragen werden. Ob ein Versicherter Leistungen bekommt, entscheidet, nach Antragstellung des Versicherten, die Pflegekasse auf Grundlage eines Gutachtens des MDK. Der §14 SGB XI definiert den Terminus Pflegebedürftigkeit. Wird die Pflegebedürftigkeit eines Versicherten anerkannt, ordnet der MDK eine Pflegestufe zu, nach der sich die zu erbringenden Leistungen richten (§15 SGB XI). Private Pflegeversicherungen haben einen separaten Begutachtungsdienst. Die Beiträge dürfen nicht höher sein, als bei der sozialen Pflegeversicherung, allerdings ist eine Staffelung nach Gesundheitszustand erlaubt (vgl. Simon 2010, S. 350). „*Die soziale Pflegeversicherung gewährt ihren Versicherten im Falle von Pflegebedürftigkeit Dienst-, Sach- und Geldleistungen insbesondere für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.*“ (Simon 2010, S. 327). Der §28 SGB XI fasst alle Leistungen zusammen, die gewährt werden. Grundsätzlich soll der Pflegebedürftige möglichst lange in seinem häuslichen Umfeld gepflegt werden - es gilt der Vorrang der häuslichen Pflege (§3 SGB XI) - weshalb Pflegepersonen⁴ besonders unterstützt werden, sie sind z. B. unfall- und rentenversichert. Erst, wenn die häusliche Pflege nicht mehr ausreicht, kann Kurzzeitpflege (Unterbringung in Pflegeeinrichtung bis zu 4 Wochen im Jahr), dann teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege) und schließlich vollstationäre Pflege (24h Betreuung) beantragt werden. Durch Gesetzesreformen fanden Weiterentwicklungen statt, die in Kapitel 6.2.1 genauer erläutert werden.

Zwischen den Pflegekassen findet ein Finanzausgleich statt, der vom Bundesversicherungsamt durchgeführt wird: Leistungsausgaben und Verwaltungskosten werden von allen Kassen, nach dem Verhältnis ihrer Versicherten, gemeinsam getragen (vgl. Simon 2010, S. 327).

Seit 1999 liegen die Ausgaben der Pflegeversicherung über den Einnahmen, die nur durch

4 „*Pflegepersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegt.*“ (§ 19 SGB XI).

Kapitalbildung Anfang 1995 - die ersten Monate des Jahres wurden nur Beiträge gezahlt, aber keine Leistungen gewährt - gedeckt werden konnten. Als Ursachen der Probleme werden die unterproportionale Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen angesehen und natürlich die steigenden Ausgaben aufgrund der zunehmenden Zahl Pflegebedürftiger (vgl. Simon 2010, S. 348).

3.4 Basisdaten des Gesundheitswesens

3.4.1 Finanzierung

Wie bereits beschrieben, werden die Ausgaben des Gesundheitswesens überwiegend aus den Sozialversicherungsbeiträgen finanziert. Circa 5,2% (2007) der Ausgaben werden über Steuern finanziert, vor allem Kosten der öffentlichen Verwaltung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes (vgl. Simon 2010, S. 104f.). *„Aus den Beiträgen der gesetzlichen und privaten Kranken- und Pflegeversicherung werden vor allem die Vergütungen der Leistungserbringer, Kosten der Arznei-, Heil- und Hilfsmittel und Geldleistungen für Versicherte finanziert.“* (Simon 2010, S. 106).

3.4.2 Leistungserbringung

„Die Leistungserbringung erfolgt im deutschen Gesundheitssystem durch öffentliche, freigemeinnützige und private Einrichtungen.“ (Simon 2010, S. 106). Öffentliche Träger sind der Bund, Länder, Gemeinden oder im Fall der Unfallversicherung auch Sozialversicherungsträger. Freigemeinnützige Träger, wie Wohlfahrtsverbände oder kirchliche Träger übernehmen heutzutage ebenfalls eine große Rolle. Die Zahl privater Leistungserbringer steigt allerdings stetig, auch, weil die steigenden Kosten von den knappen Haushaltsmitteln der Kommunen nicht mehr getragen werden können.

Wie funktioniert die Leistungserbringung? Auf der Basis staatlicher Vorschriften, schließen Kostenträger (z. B. Krankenkassen) Versorgungsverträge mit Leistungserbringern (z. B. Ärzte oder Krankenhausträger), die sich zur Behandlung der Versicherten verpflichten. Die Kostenträger wiederum erstatten die Kosten der erbrachten Leistungen und die Versicherten entrichten Beiträge und erhalten bei Bedarf Leistungen (vgl. Simon 2010, S. 108).

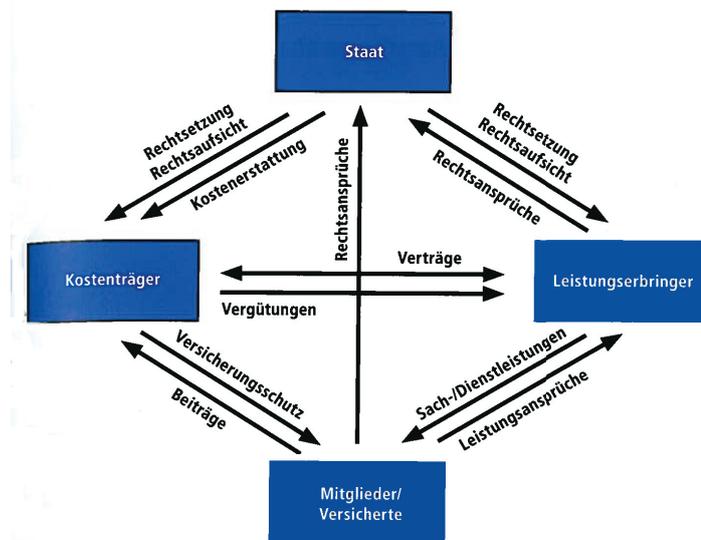


Abbildung 5: Leistungserbringung (Simon 2010, S. 109).

3.4.3 Ambulante ärztliche Versorgung

„Die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung erfolgt in Deutschland fast ausschließlich durch niedergelassene Ärzte und Zahnärzte.“ (Simon 2010, S. 181). Niedergelassene Ärzte führen Diagnostiken durch, therapieren und weisen bei Bedarf ins Krankenhaus ein. Die vertragsärztliche Versorgung kann nur durch von der GKV zugelassene Vertragsärzte geschehen. Wird ein Arzt nicht mehr zugelassen, weil für ein Gebiet Zulassungssperren existieren - d. h. die festgelegte Arztlzahl je Einwohner in dem betreffenden Zulassungsbezirk überschritten wurde - darf er ausschließlich Privatpatienten oder selbstzahlende GKV-Versicherte behandeln. Alle Vertragsärzte sind Mitglieder in einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV). „Kassenärztliche Vereinigungen (KVn) sind durch Gesetz geschaffene Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie haben den gesetzlichen Auftrag, hoheitliche – also staatliche – Aufgaben in der ambulanten ärztlichen Versorgung wahrzunehmen und unterliegen staatlicher Aufsicht.“ (Simon 2010, S. 195).

Merkmale der ambulanten Versorgung sind:

- Niederlassungsfreiheit der Ärzte
- freie Arztwahl der Patienten
- Übertragung zentraler Aufgaben auf Kassenärztliche Vereinigungen
- Bedarfsplanung und Zulassungsbegrenzungen
- Gliederung in hausärztliche und fachärztliche Versorgung
- Gruppenverhandlungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen
- gemeinsame Selbstverwaltung durch Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen (vgl. Simon 2010, S. 183).

Die Niederlassungsfreiheit resultiert aus dem Grundrecht jedes Bürgers auf freie Berufs-

wahl, ist aber wie schon erwähnt - von den Zulassungssperren abhängig. Die KVn haben den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen und sind Verhandlungspartner der Krankenkassen, was z. B. Vergütungen angeht. Diese nehmen sie dann in Empfang und leiten sie an die Vertragsärzte weiter. Die Bedarfsplanung (§99 Abs. 1 SGB V) stellt einen wesentlichen Faktor in der ambulanten Versorgung dar, da hiermit Unter- und Überversorgung verhindert werden sollen. Für die Planung wurden vier Regionstypen mit zehn Untertypen gebildet. „Für jede dieser Arten von Regionen wurden Verhältniszahlen für das Verhältnis von Einwohnern je Arzt für 14 Arztgruppen festgelegt, die als Sollgröße für die Zulassung von Vertragsärzten zu Grunde zu legen sind.“ (Simon 2010, S. 197).

Die vier Regions- und Untertypen ergeben sich wie folgt:

1. Regionstyp 1: **Agglomerationsräume**

Dieser Regionstyp umfasst Regionen mit Oberzentren von mehr als 300.000 Einwohnern oder einer Bevölkerungsdichte von über 300 Einwohner/km².

Die Untertypen gliedern sich in:

- Kernstädte: kreisfreie Städte mit mehr als 100.000 Einwohnern (Ordnungsnummer 1)
- Hochverdichtete Kreise: Bevölkerungsdichte liegt bei 300 Einwohnern/km² und mehr (Ordnungsnummer 2)
- Verdichtete Kreise: Bevölkerungsdichte zwischen 150 und 300 Einwohnern/km² (Ordnungsnummer 3)
- Ländliche Kreise: Kreise und Kreisregionen mit einer Dichte unter 150 E/km² (Ordnungsnummer 4).

2. Regionstyp 2: **verstädterte Räume**

Hierunter zählen Oberzentren mit über 100.000 Einwohnern oder einer Bevölkerungsdichte von über 150 Einwohnern/km². Die Mindestdichte liegt bei 100 Einwohnern/km².

Folgende Untertypen werden hier differenziert:

- Kernstädte: kreisfreie Städte mit mehr als 100.000 Einwohnern (Ordnungsnummer 5).
- verdichtete Kreise: Bevölkerungsdichte von 150 Einwohner/km² (Ordnungsnummer 6).
- ländliche Kreise: Bevölkerungsdichte unter 150 Einwohner/km² (Ordnungsnummer 7).

3. Regionstyp 3: **ländliche Räume**

Weniger als 150 Einwohner/km² und Oberzentren mit weniger als 100.000 Einwohnern sowie Regionen mit Oberzentren von über 100.000 Einwohnern und einer Dichte um oder unter 100 Einwohner/km² werden hier eingeordnet.

Folgende Untertypen werden gebildet:

- Ländliche Kreise höherer Dichte: Bevölkerungsdichte von 100 Einwohnern/km² und mehr (Ordnungsnummer 8)

- Ländliche Kreise geringerer Dichte: Bevölkerungsdichte unter 100 Einwohnern/km² (Ordnungsnummer 9).

4. Regionstyp 4: **Sonderregionen**

- Kreisfreie Städte und Landkreise des Ruhrgebiets (Ordnungsnummer 10) (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2011, S. 15f.).

Die Planungsbereiche Mecklenburg-Vorpommers⁵ gehören größtenteils zum Regionstyp 3 mit Ordnungsnummer 9, so z. B. der Kreis Mecklenburgische Seenplatte, mit einer Bevölkerungsdichte von 50 Einwohnern/km².

Liegt die Arztdichte über 110% für einen Regionstyp, werden Zulassungssperren erlassen oder bei weniger als 110% Maßnahmen ergriffen, um Ärzte zu ermutigen, sich niederzulassen (vgl. Simon 2010, S. 184).

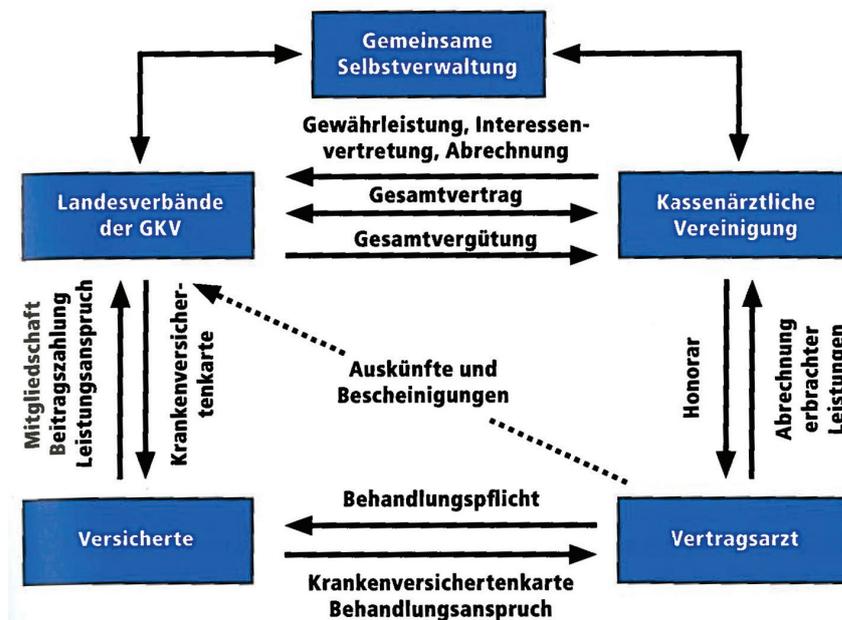


Abbildung 6: Ambulante ärztliche Versorgung (Simon 2010, S. 231).

⁵ Zu den Planungsbereichen zählen: die Stadt Rostock, die Landkreise: Bad Doberan, Demmin, Güstrow, Ludwigslust, Müritz, Parchim, Rügen und Uecker-Randow und die Kreisregionen: Greifswald/Ostvorpommern, Neubrandenburg/Mecklenburg-Strelitz, Stralsund/Nordvorpommern und Schwerin/Wismar/Nordwestmecklenburg.

„Im Jahre 2010 ist die Gesamtzahl der bei den Landesärztekammern gemeldeten Ärztinnen und Ärzte auf 439.090 gestiegen.“ (<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.9237.9238>). Davon waren 141.500 ambulant tätig, 163.600 stationär, 9.700 in Behörden oder Körperschaften und 18.800 in anderen Bereichen. 105.500 Ärzte üben keine ärztliche Tätigkeit aus. Unter den ambulant tätigen Ärzten befinden sich 3.300 Privatärzte, 121.400 Vertragsärzte (57.100 Haus- und 64.300 Fachärzte) und 16.800 angestellte Ärzte (vgl. <http://www.bundesaerztekammer.de/specialdownloads/Stat10Abbildungsteil.pdf>).

Die ambulante Versorgung findet meist in Einzelpraxen statt, aber auch Praxisgemeinschaften⁶, Gemeinschaftspraxen⁷ und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind vorhanden. „Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete fachübergreifende Einrichtungen, in denen mindestens zwei Ärzte unterschiedlicher Fachgebiete als Vertragsärzte oder angestellte Ärzte tätig sind.“ (Simon 2010, S. 188). Im Jahr 2008 gab es 1.206 MVZ⁶ mit 5.500 beschäftigten Ärzten (vgl. Simon 2010, S. 188).

Die Ausgaben der ambulanten Versorgung werden überwiegend (68,8%) von der GKV getragen. An zweiter Stelle liegt die PKV und zuletzt private Haushalte (vor allem durch Zuzahlungen). Die Vergütungsform unterscheidet sich nach Finanzierungsträger, d. h. GKV, Privatpatienten und übrige Sozialleistungsträger. Die GKV rechnet Leistungen in Form der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ab. Dazu zahlt sie eine Pauschale je Mitglied an die KVn. Zur Berechnung der Gesamtvergütung werden so genannte EBM-Punkte gebildet (Einheitlicher Bewertungsmaßstab). „Die von der Krankenkasse insgesamt an eine Kassenärztliche Vereinigung zu zahlende Gesamtvergütung ergibt sich aus der Multiplikation des durchschnittlichen Behandlungsbedarfs eines Versicherten der Kasse (in EBM-Punkten) mit der Zahl der Versicherten der Kasse (mit Wohnsitz im Bezirk der KV) und dem jeweils geltenden Punktwert.“ (Simon 2010, S. 213). Die übrigen Sozialleistungsträger (Unfallversicherung, Sozialhilfe oder die Bundeswehr) rechnen auf Grundlage von Gebührenordnungen ab. Privatpatienten werden auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. (Vgl. Simon 2010, S. 190ff.).

Mittlerweile ist das System der ambulanten Versorgung sehr komplex und schwer durchschaubar, weil das „[...] bisherige System aus Kassenärztlicher Vereinigung (KV) mit Gesamtvertrag und Gesamtvergütung und dem gesetzlichen Auftrag an die KVn, eine ausreichende ambulante ärztliche Versorgung sicher zu stellen (Sicherstellungsauftrag), seit einigen Jahren schrittweise „demontiert“ wird.“ (Simon 2010, S. 182). Ein Beispiel dafür sind die Hausarztverträge, die mittlerweile nicht mehr, wie üblich zwischen Krankenkasse und Kassenärztlicher Vereinigung, sondern direkt zwischen den Kassen und dem Arzt geschlossen werden.

⁶ Die Räume der Praxis werden gemeinsam genutzt, aber die Abrechnung erfolgt getrennt voneinander.

⁷ Die praktizierenden Ärzte der Praxis versorgen ihre Patienten gemeinsam und rechnen zusammen ab.

3.4.4 Ambulante Pflege

„Ambulante Pflege wird in Deutschland von Sozialstationen und privaten Pflegediensten erbracht, die im Sozialrecht unter dem Begriff der ambulanten Pflegeeinrichtungen zusammengefasst werden.“ (Simon 2010, S. 353). Die Leistungen reichen von hauswirtschaftlicher Versorgung über Grund- und Behandlungspflege bis zur ambulanten Intensivpflege. Der Sicherstellungsauftrag liegt bei den Pflegekassen, die Versorgungsverträge

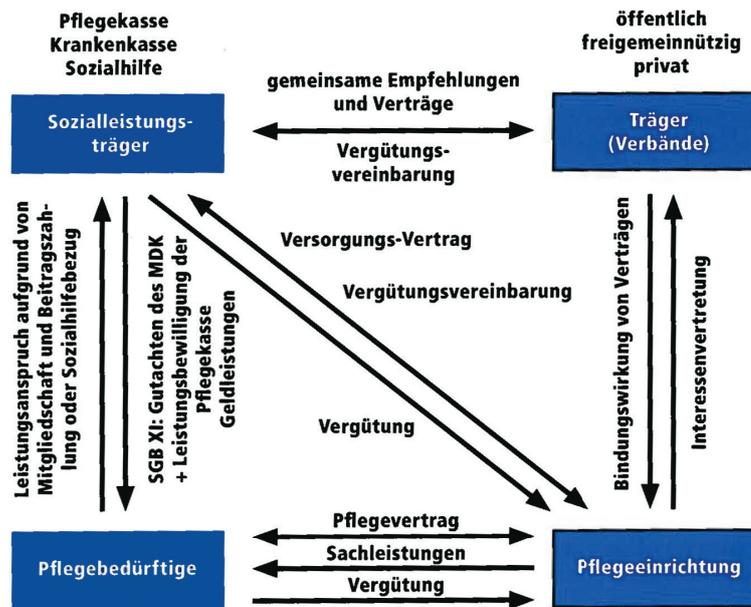


Abbildung 7: Ambulante Pflege (Simon 2010, S. 376).

mit Pflegeeinrichtungen abschließen. Es gibt keine Bedarfsplanung, wie es in der ambulanten ärztlichen Versorgung der Fall ist. Jeder kann, unter Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen (§§ 71 und 72 SGB XI), einen ambulanten Pflegedienst eröffnen und Versicherte versorgen - die Nachfrage bestimmt das Angebot. Pflegeeinrichtungen, die die Bedingungen der §§71 und 72 SGB XI erfüllen, können Versorgungsverträge mit den Pflegekassen abschließen. Mehr als 98% der Träger sind privat oder freigemeinnützig. Im Jahr 2007 gab es 11.500 Pflegeeinrichtungen in Deutschland. Die Vergütungen werden von verschiedenen Kostenträgern übernommen. Dazu zählen die Pflegeversicherung (35%), die GKV (29,9%), aber auch private (25,5%) und öffentliche Haushalte (5,6%) (vgl. Simon 2010, S. 354f.). Welcher Kostenträger für welche Leistungen aufkommen muss, regeln das SGB V, SGB XI und SGB XII. So muss die Pflegeversicherung z. B. für Pflegesachleistungen aufkommen und die Krankenversicherung für die häusliche Krankenpflege, diese wird der ambulanten ärztlichen Versorgung zugeordnet und dient der Vermeidung von Krankenhausaufhalten. Die privaten Haushalte müssen dann die verbleibenden Kosten übernehmen, die nicht von den Sozialversicherungsträgern abgedeckt werden. Pflegesachleistungen werden auf Grundlage von Vergütungsvereinbarungen, die zwischen Pflegekasse und Pflegeeinrichtung geschlossen werden, vergütet. Der

Pflegevertrag zwischen Einrichtung und Pflegebedürftigem legt fest, welche Leistungen erbracht werden sollen (vgl. Simon 2010, S. 366f.).

3.4.5 Stationäre ärztliche Versorgung

Der Großteil der stationären Versorgung wird in Deutschland durch öffentliche Krankenhäuser geleistet. Doch auch freigemeinnützige Träger und vor allem private, übernehmen in den letzten Jahren vermehrt einen Teil der stationären Versorgung. Die wichtigsten Merkmale der stationären Versorgung sind:

Länder haben Sicherstellungsauftrag

- Krankenhausplanung unterliegt staatlicher Kontrolle
- duale Finanzierung (Betriebskosten von Sozialversicherungsträgern bezahlt und Investitionskosten durch das Land)
- Versorgungsaufträge und Versorgungsverträge (mit Aufnahme in den Krankenhausplan wird Krankenhaus zum Plankrankenhaus und übernimmt Versorgungsauftrag; durch Aufnahme gilt auch Versorgungsvertrag mit Krankenkassen)
- krankenhausesindividuelle Budget- und Pflegesatzverhandlungen (Individualprinzip: Budget wird zwischen Krankenhaus und Krankenkasse individuell verhandelt)
- Versicherte können Krankenhäuser frei wählen
- gemeinsame Selbstverwaltung durch die Verbände der Krankenhausträger und Krankenkassen. (Vgl. Simon 260ff.).

Die entscheidenden Regelungen sind sowohl im SGB V, als auch im Krankenhausfinanzierungsgesetz zu finden.

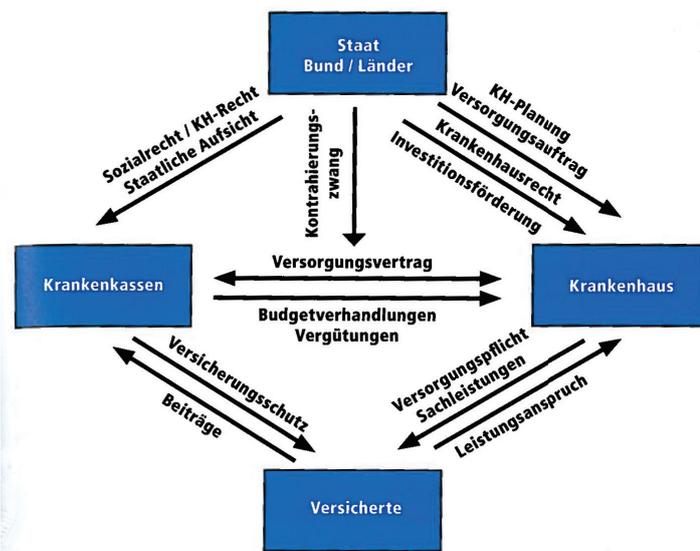


Abbildung 8: Stationäre ärztliche Versorgung (Simon 2010, S. 315).

Im Jahr 2009 existierten in Deutschland 2.084 Krankenhäuser mit insgesamt 503.341 Betten. Davon waren 648 in öffentlicher Hand, 769 freigemeinnützig und 667 privat. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gab es im selben Jahr 1.240 mit 171.489 Betten. 224 waren öffentlich, 324 freigemeinnützig und 692 privat. Die Kosten pro Behandlungsfall lagen 2009 bei 4.327€ (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011b, S. 102ff.). Die Krankenhäuser in Deutschland werden nach ihren Versorgungsstufen, d. h.:

- Grundversorgung (Chirurgie, Innere Medizin; unter 200 Betten),
- Regelversorgung (haben noch weitere Fachgebiete: Gynäkologie, HNO, Augenheilkunde oder Orthopädie; 200-500 Betten),
- Schwerpunktversorgung (erfüllen überregionale Aufgaben; zusätzlich: Pädiatrie, Neurologie, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie) und
- Maximalversorgung (Uni-Kliniken) eingeteilt (vgl. Simon 2010, S. 268ff.).

Patienten können vollstationär, teilstationär und ambulant behandelt werden. Auch die vor- und nachstationäre Behandlung wird geleistet. Das GKV-Modernisierungsgesetz (2004) ermöglichte die ambulante Versorgung von Patienten durch Krankenhäuser in Regionen, die durch eine Unterversorgung gekennzeichnet sind. Dies führte auch dazu, dass viele Krankenhäuser Medizinische Versorgungszentren eröffneten und als Träger dieser fungierten (vgl. Simon 2010, S. 281). Dies ist ein Schritt zur integrierten Versorgung, die eine Kooperation zwischen stationärem und ambulatem Bereich ermöglichen soll und damit für eine patientenorientierte Versorgung sorgt.

Die Krankenhausplanung liegt im Verantwortungsbereich des Staates. Die Länder haben den Sicherstellungsauftrag, was bedeutet, dass sie für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sorgen müssen. Dies geschieht im Rahmen der Krankenhausplanung (§6 KHG), in der ein Investitionsprogramm und der Krankenhausplan enthalten sind. (Vgl. Simon 2010, S. 284). Im Krankenhausplan sind Krankenhäuser eines Landes und deren Betten nach Fachabteilungen aufgelistet. Wird ein Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen, übernimmt es den Versorgungsauftrag und erhält als Gegenleistung eine Investitionsförderung vom Land. Der Aufnahme folgt der Abschluss des Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen. Es existieren auch Krankenhäuser, die nicht Teil des Krankenhausplanes sind, sie können mit den Landesverbänden der Krankenkassen Versorgungsverträge abschließen, erhalten dann aber keine Investitionsförderung (vgl. Simon 2010, S. 288ff.). *„Da das Land überfällige Investitionen nicht oder nicht ausreichend fördert und der kommunale Träger aufgrund eigener Haushaltsprobleme die Investitionen nicht finanzieren kann, erscheint der Verkauf an eine private Krankenkette als Lösung des Problems.“* (Simon 2010, S. 293). Krankenhäuser erhalten Vergütungen für erbrachte Leistungen entweder von den Kostenträgern oder direkt vom Patienten.

Eine besondere Neuerung, die durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz (2000) eingeführt wurde, ist die Umstellung der Abrechnungsmodalitäten auf ein Fallpauschalen-System - das DRG-System. *„DRGs – Diagnosis Related Groups – sind in erster Linie ein Patientenklassifikationssystem, durch das eine bestimmte Gesamtheit von Patienten nach überwiegend medizinischen Kriterien in Fallgruppen aufgeteilt wird.“* (Simon 2010, S.

295). Es wird unterschieden nach Haupt- und Nebendiagnosen sowie damit verbundenen Aufwendungen. Gelegentlich werden auch der Aufnahmegrund, das Geschlecht, Alter und die Verweildauer berücksichtigt. *„Mit einer Fallpauschale werden im Regelfall alle allgemeinen Krankenhausleistungen eines definierten Behandlungsfalles unabhängig von den tatsächlichen Kosten und der Verweildauer vergütet.“* (Simon 2010, S. 299). Welcher DRG auf welchen Fall angewendet wird, ergibt sich aus dem Fallpauschalenkatalog. Neben den Fallpauschalen existieren noch ergänzende Entgelte, Zusatzentgelte, sonstige Entgelte, Entgelte für teilstationäre und nachstationäre Behandlung, Sicherstellungszuschläge, Zu- und Abschläge und Abteilungspflegesätze (vgl. Simon 2010, S. 299f.).

„Die Zuordnung einer Patienten zu einer Fallgruppe wird nicht vom Krankenhauspersonal direkt vorgenommen, sondern nach Eingabe der Patientendaten durch speziell für die Fallzuordnung entwickelte Gruppierungssoftware (so genannte „Grouper“) auf Grundlage festgelegter Regeln vollzogen.“ (Simon 2010, S. 303). Der DRG wird erst nach erfolgter und abgeschlossener Behandlung gebildet. Eine wichtige Kennzahl für das DRG-System ist der Case Mix. *„Als Case Mix (CM) wird die Summe der Bewertungsrelationen aller behandelten Fälle einer Einrichtung bezeichnet.“* (Simon 2010, S. 310). Der CM gilt als Anzeiger für die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses. Der Case-Mix-Index, eine weitere Kennzahl, resultiert aus Division des Case-Mix durch die Zahl der behandelten Fälle. Hieraus kann der durchschnittliche Kostenaufwand der Fälle abgelesen werden - je höher der CMI, umso mehr Kosten verursacht ein Fall (vgl. Simon 2010, S. 311).

Die Ausgaben stationärer Einrichtungen (Krankenhäuser und Vorsorge- und Reha-Einrichtungen) lagen im Jahr 2009 bei 79.188.000€. 61.149.000€ wurden von der GKV getragen, gefolgt von privaten Haushalten (1.498.000€) und der PKV (7.410.000€). Der Rest wird getragen von öffentlichen Haushalten, Arbeitgebern, der Renten- und der Unfallversicherung (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 132).

Krankenhäuser sind einer der größten Arbeitgeber im Gesundheitswesen. Mehr als 1 Million Beschäftigte arbeiten hier und weitere 118.791 in den Reha- und Vorsorgeeinrichtungen.

3.4.6 Stationäre Pflege

„Als stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des Sozialrechts gelten Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige vollstationär (ganztätig) oder teilstationär (tagsüber oder nachts) sowohl untergebracht und verpflegt als auch gepflegt werden (71 Abs. 2 SGB XI).“ (Simon 2010, S. 379). Auch die Kurzzeitpflege, d. h. eine vorübergehende vollstationäre Pflege von max. vier Wochen im Jahr, zählt dazu.

Einzuhaltende Vorschriften finden sich vor allem im SGB XI und SGB XII, dem Heimgesetz, der Heimmindestbauverordnung, der Heimpersonalverordnung und den Landespflegegesetzen.

Merkmale der stationären Pflege sind:

- Sicherstellungsauftrag liegt bei den Pflegekassen
- Nachfrage bestimmt das Angebot, es gibt keine Kapazitätssteuerung durch den Staat
- keine gemeinsame Selbstverwaltung (vgl. Simon 2010, S. 381).

Versorgungsverträge werden zwischen Pflegekassen und Trägern der Pflegeeinrichtungen geschlossen. Art, Inhalt und Umfang der Pflegeleistung werden darin festgehalten. Es dürfen nur Verträge mit Einrichtungen geschlossen werden, die die Bedingungen der §§71 und 72 SGB XI erfüllen.

Stationäre und teilstationäre Pflege erbrachten 2009 ca. 11.600 Einrichtungen mit 845.000 Plätzen. Dies sind ca. 50.000 Plätze mehr, als noch im Jahr 2007 (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2012, S. 12). Die gestiegene Anzahl an Pflegeplätzen spiegelt den Bedarf, nämlich die steigende Anzahl Pflegebedürftiger wider. Ebenfalls im Jahr 2009 waren 621.000 Beschäftigte in der stationären Pflege tätig. Davon waren 525.000 weiblich (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 111). Circa die Hälfte aller Einrichtungen werden von freigemeinnützigen Trägern, etwa 40% von privaten und der Rest von öffentlichen Trägern geführt (vgl. Simon 2010, S. 383).

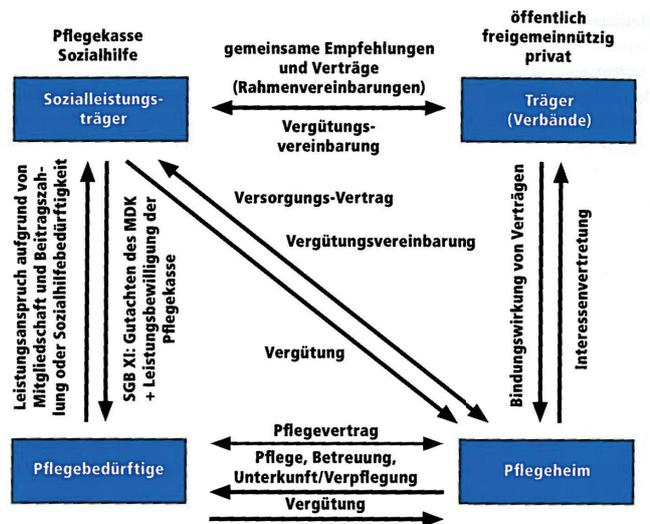


Abbildung 11: Stationäre Pflege (Simon 2010, S. 397).

Die stationäre Pflege verursachte 20.999.000€ Kosten im Jahr 2009 (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 132). Die steigenden Ausgaben der stationären Pflege zeigen, dass ein großes Ziel, welches mit Einführung der Pflegeversicherung erreicht werden sollte, nämlich der Verbleib Pflegebedürftiger in ihrer häuslichen Umgebung, nicht erreicht wurde (vgl. Simon 2010, S. 386). Darüber hinaus kann gefolgert werden, dass vor allem aufgrund der Zunahme neurodegenerativer Erkrankungen mehr Pflegebedürftige stationär betreut werden müssen.

Fast die Hälfte aller Kosten wurde im Jahr 2007 von der sozialen Pflegeversicherung übernommen. Private Haushalte waren mit 33% beteiligt und öffentliche Haushalte mit

14%. Die privaten Pflegeversicherungen übernehmen nur einen geringen Teil der Kosten (1,4%). Dabei werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung zumeist von den Bedürftigen übernommen, es sei denn, sie können es sich nicht leisten, dann erstattet der Sozialhilfeträger die Kosten. Die Pflegeversicherung übernimmt die Kosten der erbrachten Leistungen bis zur Höhe der Pflegestufe. Die Vergütung wird direkt an die Einrichtung gezahlt, mögliche Differenzen müssen wiederum von dem Pflegebedürftigen übernommen werden. Notwendige Investitionskosten der Einrichtungen können gefördert werden - nähere Regelungen finden sich in den Landespflegegesetzen. Sind diese Förderungen nicht ausreichend, können Teile der Kosten auf die Pflegebedürftigen umgelegt werden (vgl. Simon 2010, S. 393ff.). Im Jahr 2007 mussten Pflegebedürftige ca. 1260€ bei Pflegestufe I aus eigener Tasche zahlen, bei Pflegestufe II 1430€ und bei Pflegestufe III 1700€ (vgl. Simon 2010, S. 398).

3.5 Versorgungssituation in Mecklenburg-Vorpommern

In Mecklenburg-Vorpommern arbeiteten im Jahr 2010 6.613 Ärzte, davon waren 2.499 ambulant tätig und 3.485 stationär oder teilstationär. 629 waren in weiteren Einrichtungen tätig, z. B. in Behörden und Forschungseinrichtungen. Die Verteilung auf die Geschlechter ist relativ ausgeglichen. Zum Vergleich, im Jahr 1993 waren 5.308 Ärzte in Mecklenburg Vorpommern zugelassen, was bedeutet, dass heute mehr Ärzte auf weniger Einwohner kommen (vgl. http://service.mvnet.de/sm-indikatoren/daten_berichte/e-bibointerth08/I08_05.xls).

2.375 Ärzte sind in Mecklenburg-Vorpommern als Vertragsärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern gemeldet. Davon sind 1.203 Hausärzte und 1.172 Fachärzte. Die Hausärzte lassen sich wiederum spezifizieren in 868 Allgemeinärzte, 208 hausärztlich tätige Internisten und 127 Kinderärzte. Das Hausarzt-Facharzt Verhältnis liegt demnach bei 50,7% zu 49,3% (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 82).

Die Tabelle 2 zeigt, wie der Versorgungsgrad in den einzelnen Fachgebieten für die Regionen Mecklenburg-Vorpommern im April 2011 aussah.

Region	Versorgungsgrad in %													
	Haus- ärzte	Inter- misten	Kinder- ärzte	An- ästhe- sisten	Augen- ärzte	Chirur- gen	Frauen- ärzte	HNO- Ärzte	Haut- ärzte	Ner- ven- ärzte	Ortho- päden	Uro- lo- gen	Radio- logen	Psy- cho- thera- peuten
Rostock	102,1	153,6	172,2	131,6	102,0	187,5	119,1	128,0	118,0	117,7	114,6	112,1	126,2	114,6
Landkreise														
Bad Doberan	91,6	217,2	94,9	198,0	61,2	208,4	112,9	215,7	143,1	118,9	113,3	118,9	133,8	159,1
Demmin	106,9	141,9	132,2	165,8	108,4	117,5	143,2	139,2	149,8	111,0	147,5	119,0	162,3	182,1
Güstrow	102,9	541,0	279,4	229,1	135,2	423,0	153,6	208,5	161,5	160,3	129,9	244,4	302,1	169,8
Ludwigslust	90,3	149,1	144,7	214,3	125,4	185,9	128,2	88,4	136,6	141,0	117,9	117,8	206,4	166,6
Müritz	91,3	417,0	163,2	410,1	135,0	217,9	131,2	171,9	177,1	171,5	137,0	148,1	200,7	167,8
Parchim	89,6	119,6	164,9	138,5	114,7	147,1	132,3	125,6	119,7	139,0	123,5	151,1	271,3	200,1
Rügen	102,3	281,6	117,1	389,3	125,7	357,7	141,2	222,6	176,7	130,2	129,5	138,0	190,3	216,7
Uecker-Randow	101,2	232,5	109,4	364,6	118,2	290,9	158,3	102,2	236,0	243,9	161,9	129,8	178,3	168,2
Kreisregionen														
Greifswald/Ostvorpommern		273,8	235,7	251,3	167,0	237,1	150,1	236,7	263,1	266,3	186,8	152,7	328,1	218,6
Greifswald	111,8													
Ostvorpommern	92,7													
Neubrandenburg/Mecklen- burg-Strelitz		422,5	166,4	279,6	200,6	395,8	148,0	182,0	201,3	155,9	124,6	169,4	547,5	202,0
Neubrandenburg	100,0													
Mecklenburg-Strelitz	86,7													
Stralsund/ Nordvorpommern	95,4	212,5	194,1	161,1	155,6	285,8	183,9	181,1	277,9	242,4	142,7	170,5	315,0	165,2
Schwerin/Wismar/ Nord- westmecklenburg		289,4	182,1	141,7	120,7	356,1	132,7	155,6	120,1	162,5	120,2	132,6	177,5	143,7
Schwerin	111,2													
Wismar/ Nordwestmeck- lenburg	86,8													

Tabelle 2: Versorgungsgrad in den einzelnen Fachgebieten (http://service.mvnet.de/sm-indikatoren/daten_berichte/e-bibointerth06/I06_02.xls).

Die Abbildung 10 verdeutlicht die Altersstruktur der in Mecklenburg-Vorpommern tätigen Ärzte.

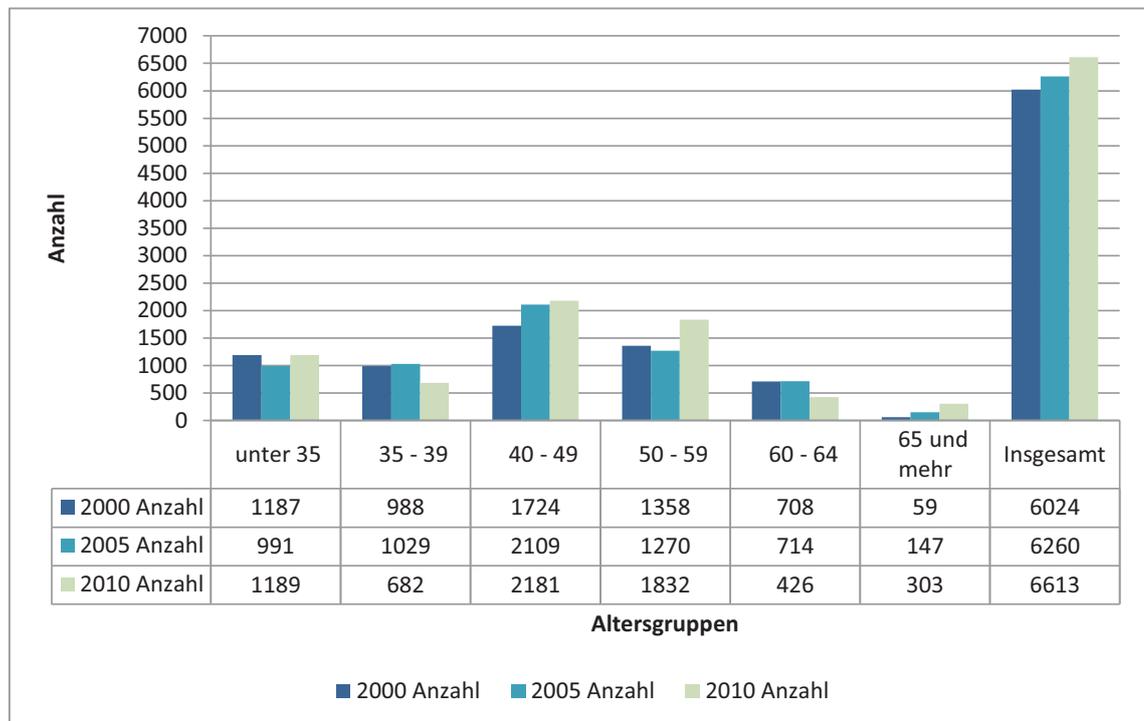


Abbildung 10: Altersstruktur der Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern (vgl. http://service.mvnet.de/sm-indikatoren/daten_berichte/e-bibointerth08/I08_06.xls, eigene Darstellung).

Es wird deutlich, dass der Großteil der praktizierenden Ärzte zwischen 40 und 59 Jahre alt ist. Darüber hinaus ist abzulesen, dass eine steigende Anzahl Ärzte auch über das Rentenalter hinaus arbeiten. Ein wesentlicher Grund sind fehlende Nachfolger für die Praxisübernahme. Deutschlandweit wurden im Jahr 2010 „[...] *Nachfolger für insgesamt 3.938 Praxen von Ärzten und Psychotherapeuten gesucht.*“ (<http://www.kbv.de/39165.html>). Mehr zur Problematik: Ärztemangel folgt in Kapitel 4.3.

Mecklenburg-Vorpommern verfügt über insgesamt 39 Krankenhäuser mit 10.454 Betten, das entspricht 63,5 Betten pro 10.000 Einwohner. Sechs dieser Krankenhäuser werden öffentlich getragen, dreizehn freigemeinnützig und 20 sind in privater Hand. Hinzu kommen 62 Reha- und Vorsorgeeinrichtungen mit 10.430 Betten. Die Bettenauslastung liegt bei 79,5% und die durchschnittliche Verweildauer beträgt 7,5 Tage (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2012, S. 7). Zum Vergleich: im Jahr 1999 existierten 35 Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern mit 11.510 Betten (vgl. http://sisonline.statistik.m-v.de/sachgebiete/A418803L/stand/1/Krankenhaeuser_und_Betten_nach_Krankenhaustypen).

Im Jahr 2009 gab es 424 ambulante und 302 stationäre Pflegeeinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern. Die verfügbaren Plätze innerhalb der stationären Pflege betragen insgesamt 19.038, was bedeutet, dass auf 100.000 Einwohner über 65,49 Plätze kom-

men. Im Vergleich zum Jahr 1999 stieg die Anzahl der ambulanten Pflegeeinrichtungen um 26 und die der stationären Pflegeeinrichtungen um 121 (vgl. http://service.mvnet.de/sm-indikatoren/daten_berichte/e-bibointerth06/I06_17.xls). Der Großteil der ambulanten Pflegeeinrichtungen gehört privaten Trägern (240), gefolgt von freigemeinnützigen Trägern (182) und öffentlichen Trägern (2). Die stationären Einrichtungen sind meist freigemeinnützig (186), gefolgt von privaten (70) und öffentlichen Trägern (12) (vgl. http://service.mvnet.de/sm-indikatoren/daten_berichte/e-bibointerth06/I06_20.xls). Die vollstationäre Dauerpflege ist mit 94,6% nahezu ausgelastet. Vor allem Neubrandenburg (97,8%) und die Alt-Kreise Müritzt (97,7%) und Demmin (97,3) weisen einen sehr hohen Auslastungsgrad auf (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2012, S. 22). Hier kann bereits antizipiert werden, welche Auswirkungen eine immer älter werdende Bevölkerung haben wird. Hierauf wird genauer in Punkt 4.2 eingegangen.

3.6 Gesundheitsausgaben

„Zu den Gesundheitsausgaben zählen insbesondere diejenigen Aufwendungen, die unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbundenen sind.“ (Statistisches Bundesamt 2012c, S. 3).

Laut Statistischem Bundesamt (vgl. Pressemitteilung vom 05.04.2012 – 125/12) betragen die Gesundheitsausgaben 287,3 Milliarden Euro im Jahr 2010, was 3.510 Euro pro Einwohner entspricht und eine Kostensteigerung zum Vorjahr von 3,2% bedeutet. Da häufig von einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen gesprochen wird und Ausgaben als zu hoch und überproportional angesehen werden, empfiehlt sich die Betrachtung der Relation zur Wirtschaftskraft. Diese Betrachtungsweise zeigt, dass zwischen 1975 und 1991 die Gesundheitsausgaben konstant blieben und ca. 9% des Bruttoinlandsproduktes (BIP) entsprachen. Die Ausgaben für Gesundheit waren demnach relativ proportional zum BIP (vgl. Simon S. 116ff.). *„Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist ein Maß für den gesamtwirtschaftlichen Output einer Volkswirtschaft. Es umfasst alle wirtschaftlichen Leistungen von Inländern als auch Leistungen von Ausländern und die dafür an sie gezahlten Einkommen und Vergütungen.“* (Simon 2010, S. 118).

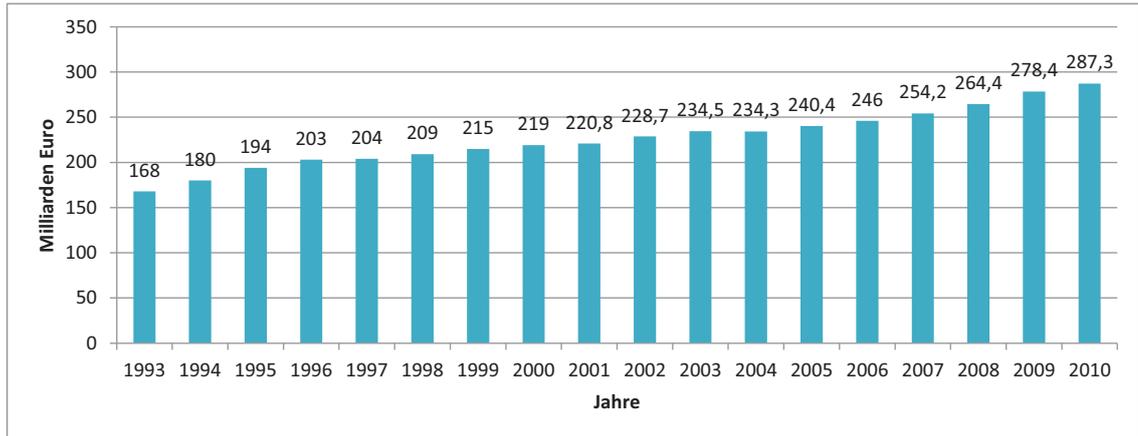


Abbildung 11: Gesundheitsausgaben im Zeitverlauf (vgl. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/_Grafik/Nominal.html und Robert-Koch-Institut 2006b, S. 69, eigene Darstellung).

Der Ausgabenanstieg Mitte der 90er resultiert aus der Einführung der Pflegeversicherung, die zur Entlastung der GKV führte, deren Ausgaben relativ konstant bleiben.

Im Jahr 2010 entsprachen die Ausgaben für Gesundheit 11,6% des BIP. Die GKV ist der größte Kostenträger: 165,5 Milliarden Euro bzw. 58% der Ausgaben entfallen auf sie. Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung stiegen im Vergleich zu anderen Kostenträgern am stärksten: +6,0% auf 21,5 Milliarden Euro oder 7%. Die privaten Haushalte, deren Kostenanstieg auf dem zweiten Platz liegt, gaben 39 Milliarden aus, was 14% der Ausgaben entspricht. (Vgl. Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung vom 05.04.2012 – 125/12). Die unten stehende Abbildung macht die Ausgabenverteilung deutlich.

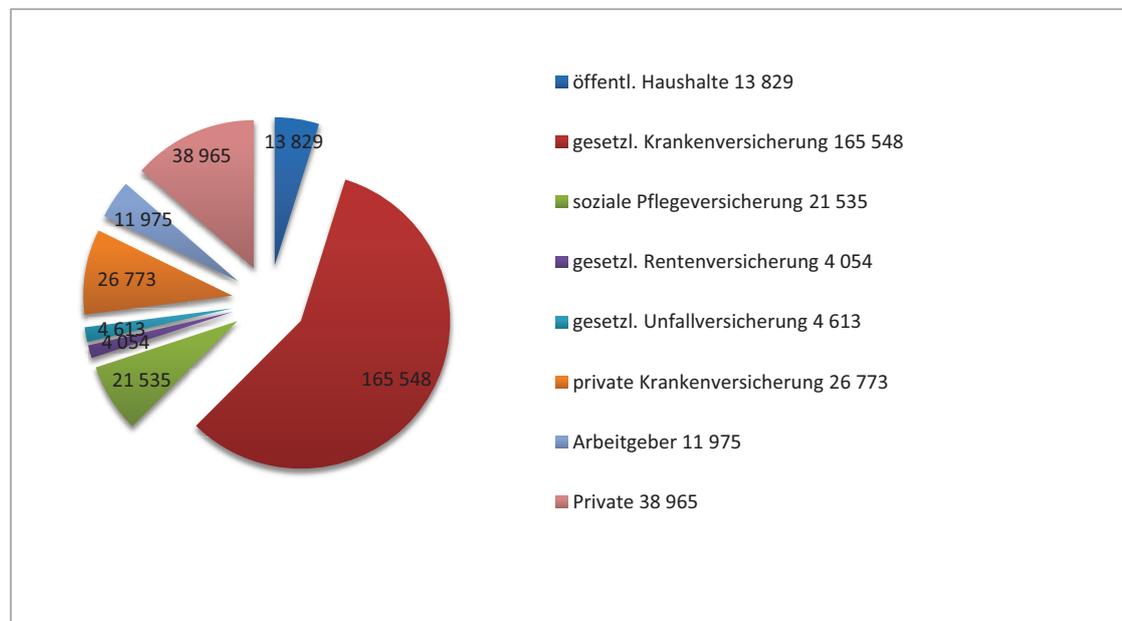


Abbildung 12: Gesundheitsausgaben in Mill. Euro nach Trägern (vgl. Statistisches Bundesamt 2012b, S. 14. Eigene Darstellung).

Die Abbildungen 13 und 14 geben zum einen die Verteilung der Gesundheitsausgaben auf die Einrichtungen und zum anderen die Unterteilung innerhalb der ambulanten Versorgung wieder.

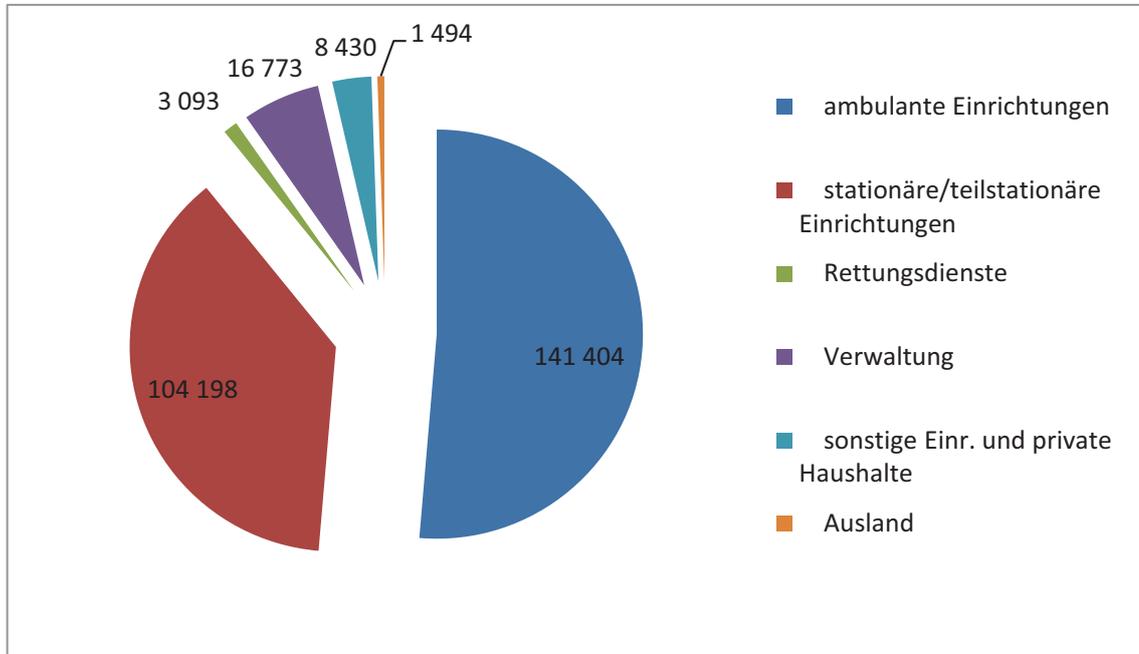


Abbildung 13: Ausgaben nach Einrichtungen in Mill. Euro (vgl. Statistisches Bundesamt 2012b, S. 14. Eigene Darstellung).

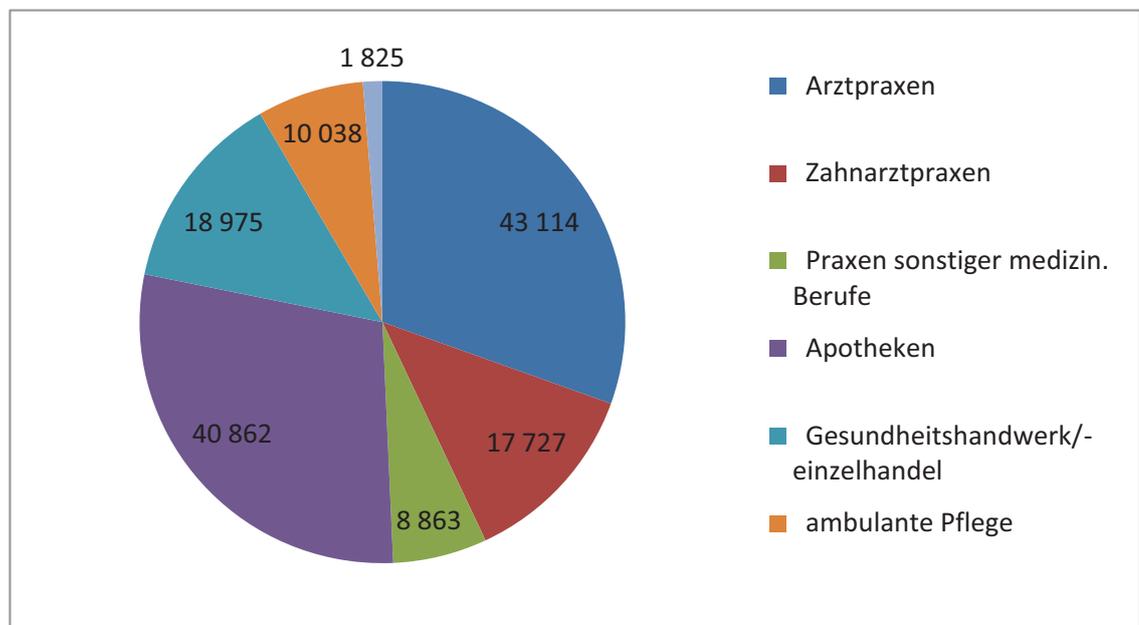


Abbildung 14: Ausgaben ambulanter Einrichtungen in Mill. Euro (vgl. Statistisches Bundesamt 2012b, S. 14. Eigene Darstellung).

49%, also 141,4 Milliarden Euro der Gesundheitsausgaben entfallen auf ambulante Einrichtungen, seien es Güter oder Dienstleistungen. Davon verursachen Arztpraxen (43,1 Mill. Euro) und Apotheken (40,9 Mill. Euro) die meisten Ausgaben. Die ambulante Pflege hatte 0,7 Milliarden mehr Ausgaben als im Jahr zuvor, was aus der Zunahme der Leistungsempfänger und der Anhebung der Leistungsbeiträge resultiert. Die Ausgaben des (teil-)stationären Bereichs betragen 104,2 Milliarden Euro, also 36%. (Vgl. Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung vom 05.04.2012 – 125/12). *„Zu den (teil-)stationären Einrichtungen gehören die Krankenhäuser (+ 4,7 % auf 74,3 Milliarden Euro), die Einrichtungen der (teil-)stationären Pflege (+ 3,5 % auf 21,7 Milliarden Euro) sowie die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, auf die 8,2 Milliarden Euro (– 0,3 %) entfallen.“* (Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung vom 05.04.2012 – 125/12).

Zusammenfassend zum Thema Gesundheitsausgaben, kann gesagt werden, *„[...] dass es weder in der früheren Bundesrepublik noch im vereinten Deutschland eine relativ zur allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung überproportionale Entwicklung der Gesundheitsausgaben oder gar eine „Kostenexplosion“ gab.“* (vgl. Simon 2010, S. 122).

4. Auswirkungen des demografischen Wandels auf das Gesundheitssystem

4.1 Änderung der Familienstruktur – Welche Rolle spielt die Familie für Ältere?

Im Zuge der Individualisierung - der Auflösung traditioneller Bezüge, z. B. der Normalbiografie⁸ - verändert sich auch die Familienstruktur. *„Individualisierung, so gesehen, ist eine gesellschaftliche Dynamik, die nicht auf einer freien Entscheidung der Individuen beruht.“* (Beck/Beck-Gernsheim 1994, S. 14). Der Wandel von der Groß- zur Kernfamilie hat sicher viele Gründe, u. a. die fehlende Notwendigkeit Kinder als Versorger der Elterngeneration oder Aufrechterhaltung des Familienbetriebes zu bekommen und zum anderen die weibliche Emanzipation und das Ermöglichen der Familienplanung. Der Fokus auf gemeinsame Ziele und gegenseitige Abhängigkeit prägten das Bild der vorindustriellen Familie oder wie Beck-Gernsheim (1994, S. 120) sagt, die durch einen „Zwang zur Solidarität“ zusammenhaltende „Notgemeinschaft“. Der neue Zwang zur Solidarität spiegelt sich nun in der Abhängigkeit der Frau vom „Brotverdiener“ wider und in der des Mannes von der den Haushalt führenden Frau. Die Einführung der sozialen Sicherungssysteme brachte eine neue Form der Unabhängigkeit von bisherigen familiären Unterstützungsleistungen. Die immer weiter fortschreitende Emanzipation und Teilhabe von Frauen an weiterführenden Bildungswegen, eröffnete die Möglichkeit der Selbstständigkeit und Selbstversorgung. (Vgl. Beck-Gernsheim 1994, S. 122). *„Das heißt, auch in der weiblichen Normalbiographie setzt allmählich die Logik individueller Lebensentwürfe sich durch, der Zwang zur Solidarität wird weiter gebrochen.“* (Beck-Gernsheim 1994, S. 123). Damit einher geht ein Verlust bisher gekannter Sicherheiten und die Normalbiografie wird zur „Bastelbiografie“, was bedeutet, dass der „normale“ Ablauf: Kindheit → Schulzeit → Ausbildung/Studium → Arbeit im Ausbildungs- bzw. Studienberuf bis zur Pensionierung, kaum noch vorkommt. Zahlreiche Optionen (Ausbildung oder Studium? Ausland? Heirat? Kinder?) tun sich auf, die einer Entscheidung bedürfen und mit Risiken verbunden sind. Der Mensch sucht aus den zahlreichen Optionen die aus, die ihm für seinen momentanen Lebensweg am passendsten erscheinen - Scheitern ist dabei jederzeit möglich (vgl. Beck/Beck-Gernsheim 1994, S. 13ff.).

Zu den sich ändernden Familienstrukturen gehören auch zunehmende Scheidungszahlen und der Bedeutungsverlust der Ehe als Institution. Diese galt im 17. und 18. Jahrhundert als eine Selbstverständlichkeit, allein aufgrund der materiellen Existenzbasis, die sie liefert. Nicht das Glück des einzelnen stand im Mittelpunkt, sondern die Sicherung der Erbfolge und materielle Absicherung der Frau. Dies änderte sich bereits in Zeiten der Industrialisierung, als Frauen und Männer unabhängig voneinander eine Arbeit aufnehmen und sich selbst versorgen konnten: finanzielle Unabhängigkeit und Freiheit der Lebensgestaltung waren die Folge. Im Laufe der Jahre wurde die Ehe immer mehr Ausdruck persönlicher Wünsche und als Krönung der Liebe betrachtet (vgl. Beck/Beck-Gernsheim 1994, S. 21ff.). Dass die neuen Freiheiten und die verlorene Selbstverständlichkeit der Ehe auch hohe Anforderungen an Paare stellen, zeigen die steigenden Scheidungszahlen. Im Jahr 2009 ließen sich in Deutschland 186.039 Paare scheiden, dies sind 10.000

⁸ Soziologischer Begriff, mit dem typische Muster der Lebensführung beschrieben werden.

Scheidungen mehr, als 10 Jahre zuvor. Oftmals sehen Paare aber auch keine Notwendigkeit mehr zu heiraten. Der Vergleich der Eheschließungen der Jahre 1950 und 2009 verdeutlicht den Bedeutungsverlust der Ehe: Heirateten 1950 noch 750.452 Paare, waren es 2009 „nur“ noch 378.439 Paare. Die Auflösung der „Normfamilie“ fördert neue Lebensformen zutage: Single-Haushalte, Patchwork-Familien, Wohngemeinschaften, Lebensgemeinschaften, Alleinerziehende. Man spricht von einer Pluralisierung der Lebensformen (vgl. Deutscher Bundestag 2002, S. 238). Auch Ältere leben zunehmend allein, ein seit den 1980er Jahren ansteigendes Resultat aus Verwitwung, nie geschlossenen Ehen, nie gegründeten Familien und damit dem nicht mehr existierenden Familienverband. Diese Einsamkeit im Alter wird mit dem Begriff der „Singularisierung“ des Alters beschrieben. *„Insgesamt nimmt mit steigendem Lebensalter der Anteil Alleinstehender und die Anzahl von Einpersonenhaushalten zu.“* (Backes/Clemens 1998, S. 44f.). Im Jahr 2009 waren 1.297.600 Menschen über 60 alleinstehend. Je älter man wird, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, allein zu leben. So beträgt die Anzahl der Alleinstehenden bei den über 80-Jährigen 311.800, worunter mehr als 240.000 Frauen sind. Diese Entwicklung, verursacht durch die höhere Lebenserwartung der Frauen, wird als „Feminisierung“ des Alters bezeichnet (vgl. Statistisches Bundesamt, S. 43). *„Ein knappes Drittel der über 60-Jährigen lebt allein im Haushalt, knapp drei Viertel davon nach Verwitwung. 56 % der Älteren leben in einem Zweipersonenhaushalt, wobei es sich in neun von zehn Fällen bei der zweiten Person um den Ehepartner handelt“* (vgl. Deutscher Bundestag 2002, S. 283).

Zunehmende Scheidungszahlen, weniger Eheschließungen, weniger Kinder und größere Mobilität lassen die Frage aufkommen, wer bei Auftreten einer Pflegebedürftigkeit im Alter die Versorgung bei Alleinstehenden übernimmt. Die hohe Bildungs- und Erwerbsbeteiligung der Frauen sorgt dafür, dass diese wegen ihrer beruflichen Tätigkeit die Pflege eines Angehörigen nicht ohne Weiteres übernehmen können. Häufig sind die Opportunitätskosten⁹ bei Ausführen der Pflege sehr groß, denn man verzichtet auf die berufliche Verwirklichung und hat weniger Zeit für sich, den Partner und die Kinder (vgl. Röttger-Liepmann 2007, S. 42).

Auch, wenn mehr Personen alleine leben, besitzen sie zu ihren Verwandten sehr gute Beziehungen. *„Mit Rückgang der Geburtenraten hat die Zahl der Seitenverwandtschaften abgenommen, die vertikale Beziehung zwischen den Generationen an Bedeutung gewonnen.“* (Röttger-Liepmann 2007, S. 42). Die steigende Lebenserwartung ermöglicht, dass Großeltern und Enkel viele gemeinsame Lebensjahre teilen. Die Wertschätzung der Familie ist sehr hoch und auch die Verhältnisse untereinander werden als „eng“ oder „sehr eng“ bezeichnet. Familien ermöglichen soziale Integration und Kommunikation und bieten Geborgenheit (vgl. Bundesministerium des Innern 2011, S. 52 und Backes/Clemens 1998, S. 221). Trotz der zunehmenden räumlichen Entfernung zwischen Eltern und Kindern, die meist durch Fortzug aufgrund einer Arbeitsaufnahme entsteht, haben mehr als 80% der 70- bis unter 85-Jährigen regelmäßigen (mind. 1x die Woche) Kontakt zu ihren Kindern. Auch Nachbarschaftsverhältnisse und Freundschaften erhalten im Alter

⁹ Kosten, die entstehen, wenn vorhandene Möglichkeiten nicht genutzt werden, man also zugunsten einer Alternative auf die andere verzichtet.

eine neue Qualität und beeinflussen die Zufriedenheit enorm. Familienangehörige übernehmen im Pflegefall auch als erste die Versorgung des Pflegebedürftigen. Von den insgesamt 2,34 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland werden 1,62 Millionen zu Hause versorgt, das sind 69,3%. Mehr als eine Million von ihnen wird ausschließlich durch Angehörige versorgt, die restlichen Pflegebedürftigen erhalten zusätzliche Unterstützung durch ambulante Pflegedienste (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2012, S. 10).

„In der Familie wird die Versorgung von Pflegebedürftigen derzeit zu zwei Dritteln von Frauen, d. h. von Ehepartnerinnen, Müttern, Töchtern oder Schwiegertöchtern, übernommen, von denen wiederum die Mehrzahl nicht erwerbstätig ist.“ (vgl. Deutscher Bundestag 2002, S. 241). Die Hauptpflegepersonen waren im Jahr 2010 in 19% der Fälle die (Ehe-)Partnerin und in 15% der Fälle der (Ehe-)Partner. Die Aufgabe der Hauptpflegepersonen übernehmen des Weiteren 26% der Töchter, 10% der Söhne und 8% der Schwiegertöchter. Die Geschlechterverteilung bei der Versorgung der Pflegebedürftigen ist ganz klar, denn 72% der Pflegefälle werden von Frauen versorgt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011a, S. 28). *„Die Mehrheit der Hauptpflegepersonen ist 55 Jahre oder älter.“* (Bundesministerium für Gesundheit 2011a, S. 28). Festzuhalten bleibt, dass kleinere Familien mit weniger oder gar keinen Kindern, Singularisierung, eine hohe Frauenerwerbsquote, steigende berufsbedingte Mobilität bisherige Pflegearrangements in Frage stellen. Ob daraus ein Pflegenotstand resultiert, soll anschließend beantwortet werden.

4.2 Drohender Pflegenotstand?

Die vorherigen Ausführungen haben verdeutlicht, dass die „Normfamilie“ kaum noch existiert. Die Ermöglichung der schulischen und beruflichen Qualifikation von Frauen führt zu einer hohen Frauenerwerbsquote und damit zu mehr Selbstständigkeit und Unabhängigkeit. Frauen sehen sich nicht mehr nur als Hausfrauen und Mütter, sondern wollen zunehmend berufliche Erfüllung erlangen (vgl. Röttger-Liepmann 2007, S. 41). Daher stellt die häusliche Pflege einen enormen Einschnitt dar, denn von den pflegenden Angehörigen, die beim Eintreten des Pflegefalls erwerbstätig waren, mussten 34% ihre Arbeitsstunden reduzieren und 15% die Arbeit komplett aufgeben (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011a, S. 30). Hinzu kommt, dass gesellschaftliche Beteiligung in der Regel Erwerbsfähigkeit voraussetzt, die wiederum an Bildungsbeteiligung gebunden ist. Mobilität und Flexibilität sind notwendig und Stellen heutzutage meist befristet, was das langfristige Niederlassen an einem Ort und eine Familiengründung erschwert. Daraus resultiert nicht selten, dass Frauen die Familiengründung aufschieben oder gar keine Kinder bekommen und ihre Heimat aufgrund besserer Berufsaussichten in anderen Bundesländern verlassen. Mecklenburg-Vorpommern leidet bereits heute unter einem Frauenmangel in der Altersklasse der 18- bis 29-Jährigen. Deutschlandweit liegt der Durchschnitt bei 97 Frauen pro 100 Männer in der Altersklasse 18 bis 29, in Mecklenburg-Vorpommern sind es 87 Frauen auf 100 Männer. Weniger Frauen bedeutet zwangsläufig auch weniger Kinder und im Zusammenhang mit der familiären und professionel-

len Pflege, weniger potenzielle Pflegepersonen. Denn, Frauen erbringen den Großteil der häuslichen Pflege (72%) und auch ihre Beteiligung an der professionellen Pflege liegt in Mecklenburg-Vorpommern bei 88%! (vgl. http://service.mvnet.de/sm-indikatoren/daten_berichte/e-bibointerth08/I08_24.xls). Einerseits folgt daraus, dass professionelle Pflegeeinrichtungen mehr Personen versorgen müssen als bisher und andererseits werden die außerfamiliären Beziehungen Älterer vor neue Herausforderungen gestellt, da nun auch vermehrt Freunde als Pflegepersonen in Frage kommen. Bereits 6% der Hauptpflegepersonen sind heutzutage Nachbarn oder Bekannte (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011a, S. 28). Doch, werden die Pflegeeinrichtungen die steigende Nachfrage bewältigen können? Bereits heute sind in Mecklenburg-Vorpommern 94,6% der vollstationären Dauerpflege ausgelastet. Im Landkreis Mecklenburg-Strelitz liegt die Auslastung bei 99,3%! Die Pflegequote¹⁰ in Mecklenburg-Vorpommern ist mit 3,7 die höchste bundesweit (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2012, S. 22). Auf 61.442 Pflegebedürftige in unserem Bundesland kommen 18.480 Pflegefachkräfte, was verdeutlicht, wie sehr die professionelle Pflege auf die Unterstützung von pflegenden Verwandten angewiesen ist (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2012, S. 34).

Im Jahr 2009 waren 2,34 Millionen Personen pflegebedürftig. Zehn Jahre zuvor waren es noch 2.02 Millionen (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2012, S. 6 und Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010, S. 21). Nach Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes (2010, S. 26) wird die Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2030 bei 3,37 Millionen liegen. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung wird auf 4,4% steigen. Zum Vergleich: im Jahr 2009 waren 2,9% der Bevölkerung pflegebedürftig. In Mecklenburg-Vorpommern wird die Zahl der Pflegebedürftigen auf 93.000 steigen (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2012, S. 6 und Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010, S. 28ff.). Da künftig mit einer Zunahme der Schwerpflegebedürftigkeit, auch aufgrund neurodegenerativer Erkrankungen – bereits heute leiden zwischen 1,1 und 1,2 Millionen Menschen an Demenz in Deutschland - gerechnet wird, die häufig in stationären Einrichtungen behandelt werden, ergibt sich daraus akuter Handlungsbedarf (vgl. Deutscher Bundestag 2002, S. 257). Afentakis/Maier (2010, S. 997) gehen davon aus, dass bis zum Jahr 2025 in den Pflegeeinrichtungen (Krankenhäuser, ambulante und (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen) deutschlandweit der Bedarf an Vollzeitkräften um 27,3% steigen wird. Betrachtet man allein die ambulanten und (teil-)stationären Einrichtungen steigt der Personalbedarf sogar um 48,1%. Bereits heute müssen ausgebildete Pflegefachkräfte durch umgelernte unterstützt werden, um den Pflegebedarf zu decken. Dies ist auch deshalb erforderlich, weil ein Großteil der Beschäftigten in Teilzeit absolviert wird. Nur 5.355 von 18.480 Pflegefachkräften waren in Mecklenburg-Vorpommern 2009 Vollzeit beschäftigt. 11.689 arbeiteten Teilzeit. Der Rest verteilt sich auf zeitweilig oder geringfügig Beschäftigte (vgl. http://service.mvnet.de/sm-indikatoren/daten_berichte/e-bibointerth08/I08_25.xls).

Die nahezu vollständige Auslastung der stationären Pflegeplätze in Mecklenburg-Vorpommern und die in Kapitel 2 beschriebene Bevölkerungsentwicklung, die mit einer vermehrten Abwanderung junger Frauen einhergeht, verdeutlichen den akuten Hand-

¹⁰ Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung insgesamt.

lungsbedarf. Welche Empfehlungen es für den Pflegebereich gibt, wird in Kapitel 7.1 thematisiert.

4.3 Drohender Ärztemangel?

Unter dem Schlagwort: Ärztemangel wird seit ca. zehn Jahren immer wieder darauf hingewiesen, wie schlecht es um die Versorgungssituation der Deutschen steht. Ausgelöst wurde die Debatte durch eine Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Jahr 2001. Die Medien taten ihr übriges, um auf die „miserable ärztliche Versorgung“ hinzuweisen. Doch treffen diese Aussagen zu und leidet Deutschland tatsächlich unter einem Ärztemangel?

„Im Jahre 2010 ist die Gesamtzahl der bei den Landesärztekammern gemeldeten Ärztinnen und Ärzte auf 439.090 gestiegen.“ (<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.9237.9238>). Davon waren 333.600 berufstätig und zwar 141.500 ambulant, 163.600 stationär, 9.700 in Behörden oder Körperschaften und 18.800 in anderen Bereichen. Die Abbildung 15 macht den Anstieg der Arztzahlen zwischen 1996 und 2010 deutlich. Angezeigt werden die berufstätigen Ärzte.

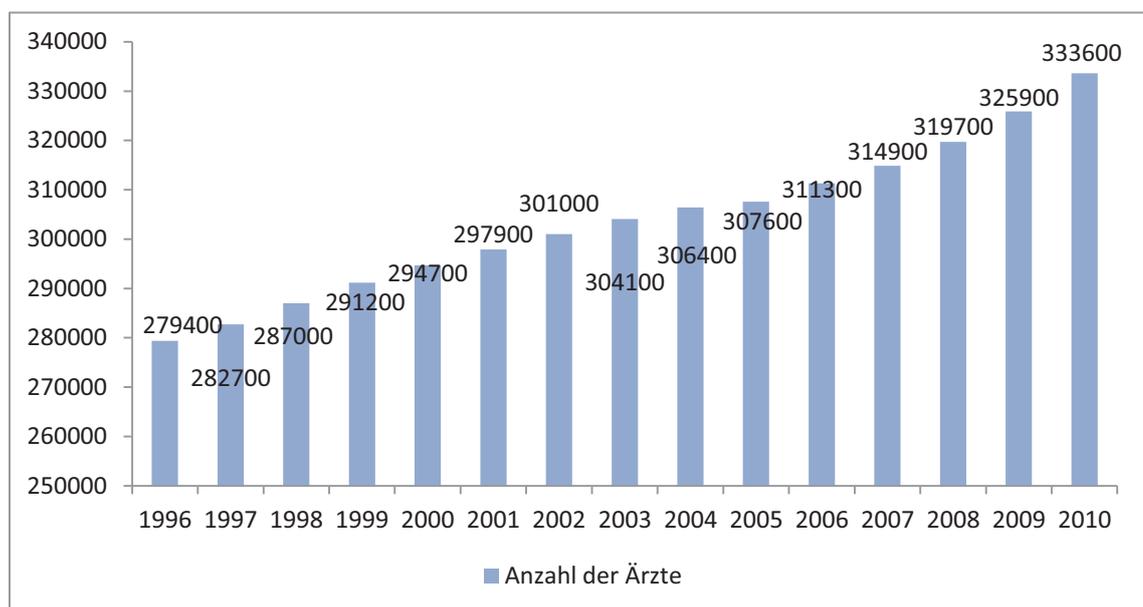


Abbildung 15: Entwicklung der Arztzahlen in Deutschland von 1996 bis 2010 (vgl. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.9237.9238> und <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.8175.8176>, eigene Darstellung).

Da die Bevölkerungszahl abnimmt und die Arztzahlen steigen, ergibt sich im Laufe der Jahre eine zunehmende Arztdichte, d. h. die Anzahl der Ärzte pro Einwohner nimmt zu. Lag die Arztdichte im Jahr 1991 noch bei 304, stieg sie im Jahr 2009 auf 397 Ärzte pro 100.000 Einwohner. In Mecklenburg-Vorpommern stieg die Arztdichte von 275 auf 386 (vgl. Klose/Rehbein 2011, S. 7). Bezogen auf die vertragsärztliche Versorgung stieg die Anzahl der Ärzte zwischen 1990 und 2009 von 88.811 auf 135.434.

Die Bedarfsplanung (§ 99 SGB V) stellt in Deutschland ein wichtiges Mittel zur Planung der vertragsärztlichen Versorgung dar. „*Grundlage der Bedarfsplanung in Deutschland ist das Verhältnis der Zahl der Vertragsärzte bezogen auf die Zahl der Einwohner in einem bestimmten Planungsbereich.*“ (Klose/Rehbein 2011, S. 4f.). Deutschland ist in 395 Planungsbereiche eingeteilt (vgl. Klose/Rehbein 2011, S. 9). „*Je nach Raumordnungstyp und Arztgruppe existiert eine Verhältniszahl Einwohner je Arzt [...], aus der sich ein bestimmtes Soll an Ärzten für einen Planungsbereich ergibt.*“ (Klose/Rehbein 2011, S. 9). Der Versorgungsgrad beträgt 100%, wenn Ist- und Soll-Zahl übereinstimmen. Unterversorgung entsteht, wenn 25% der Hausarztstellen bzw. 50% der Facharztstellen nicht besetzt sind. Überversorgung liegt vor, wenn für einen Planungsbereich 110% der Stellen besetzt sind (Klose/Rehbein 2011, S. 10).

Die Versorgung mit Hausärzten beträgt in Mecklenburg-Vorpommern 101,9% (vgl. Klose/Rehbein 2011, S. 12). Ein flüchtiger Blick auf diese Daten kann den häufig proklamierten Ärztemangel nicht bestätigen. Aber, hier sollte genauer auf die einzelnen Planungsbereiche geschaut werden, um ein exakteres Bild zu erhalten. Betrachtet man dies für die hausärztliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern, liegen 6 der 13 Planungsbereiche bei einem Versorgungsgrad zwischen 90 und 100%. Laut Definition kann hier noch nicht von einer Unterversorgung gesprochen werden, aber es bestehen offene Planungsbereiche. Die Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte¹¹ schreibt eine Einwohner-/Arztrelation in ländlichen Räumen von 1.474 Einwohner pro Hausarzt vor. Laut dem Regionalen Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte besteht für die Region Mecklenburgische Seenplatte im Hausärzterbereich eine Unterversorgung von durchschnittlich 8 % (1.585 Einwohner pro Hausarzt). Auf 1000 Einwohner kamen in der Region 0,63 Hausärzte, der Bundesdurchschnitt liegt bei 0,70 Hausärzten (vgl. Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2011, S. 8). Auch innerhalb der Region Mecklenburgische Seenplatte ergeben sich gravierende Verteilungsunterschiede: kommen im Altkreis Mecklenburg-Strelitz 2.095 Einwohner auf einen Hausarzt, sind es im Landkreis Demmin „nur“ 1.282 Einwohner/Arzt.

Die Betrachtung aller Daten belegt, dass Deutschland unter einer Fehlverteilung (Allokationsproblem) in der ärztlichen Versorgung leidet (vgl. Klose/Rehbein 2011, S. 4f und Wesels 2010, S. 52). Vor allem die Landkreise Starnberg (Bayern) mit 148,4%, Freiburg im Breisgau (Baden-Württemberg) mit 141,3% und München mit 130,5% sind überversorgt. Statistisch belegte Unterversorgung gibt es bislang nur in einem Planungskreis Deutschlands, nämlich dem Saalkreis (Sachsen-Anhalt). Vor allem ländliche, strukturschwache

¹¹ Diese bundesweit geltende Richtlinie wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erstellt und stellt die Grundlage für die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) dar.

Regionen sind eher unterversorgt und Regionen im Süden Deutschlands überversorgt (vgl. Klose/Rehbein 2011, S. 14 und Wessels 2010, S. 54). „Summiert man die Zahl der fehlenden Hausärzte, rechnet also zusammen, wie viel Ärzte notwendig wären, um in den Planungsbereichen mit Versorgungsgraden von weniger als 100 % das Soll an Ärzten zu erreichen, kommt man bundesweit für das Jahr 2010 auf 492 Hausärzte.“ (Klose/Rehbein 2011, S. 16). Im Gegensatz dazu beträgt die Zahl der überschüssigen Hausärzte 4.430. Die Fehallokation wird hier deutlich, denn es mangelt nicht an Ärzten, diese sind nur regional ungleich verteilt. Auch die Versorgung mit Fachärzten unterliegt regionalen Schwankungen. So kann Mecklenburg-Vorpommern in der augenärztlichen Versorgung sowohl den höchsten (LK Mecklenburg-Strelitz 226,3%), als auch einen der niedrigsten Versorgungsgrade (LK Bad Doberan 65,7%) vorweisen. Für alle anderen Fachrichtungen ergeben sich folgende Versorgungsgrade in Mecklenburg-Vorpommern:

- Anästhesisten: 169,7%
- Augenärzte: 140,7%
- Chirurgen: 266,2%
- Internisten: 248,9%
- Frauenärzte: 133,6%
- HNO-Ärzte: 164,6%
- Hautärzte: 160,1%
- Kinderärzte: 173,6%
- Nervenärzte: 157,3%
- Orthopäden: 133,6%
- Psychotherapeuten: 138%
- Radiologen: 202,7%
- Urologen: 159,1% (vgl. Klose/Rehbein 2011, S. 19ff.).

Diese Zahlen rücken den proklamierten Ärztemangel im Bereich der Facharztversorgung in weite Ferne - jedenfalls für das gesamte Bundesland Mecklenburg-Vorpommern. Eine Problematik, die nicht beachtet wird ist, dass die Planungsbereiche häufig großflächig sind und sich Haus- und Facharztpraxen in größeren Städten befinden, während die umliegenden Gemeinden unterversorgt sind. Beispielhaft sei hier auf den Altkreis Mecklenburg-Strelitz verwiesen, in dem im Jahr 2010 83,9% der tätigen Fachärzte in Neustrelitz praktizierten und die verbleibenden 16,1 % sich auf die umliegenden Gemeinden verteilten (vgl. Fischer 2011, S. 134). Dies verdeutlicht die massive Fehlverteilung. Diese kommt auch zum Ausdruck, wenn man die bundesweite Verteilung von Fachärzten kleinräumig betrachtet: In Stralsund betrug der Versorgungsgrad der Hautärzte im Jahr 2010 291,4%, während dieser im Landkreis Lüchow-Dannenberg 0,0% (!) beträgt (vgl. Klose/Rehbein 2011, S. 63). Derartige Verteilungsmuster lassen sich auch in anderen Regionen für alle vertragsärztlichen Abteilungen wiederfinden. „*Einer Unterversorgung bzw. drohenden Unterversorgung in einigen Landstrichen steht eine massive Überversorgung insbesondere in Ballungsgebieten und für Ärzte attraktiven Regionen gegenüber.*“ (Klose/Rehbein 2011, S. 109). In der Bundesrepublik von einem generellen Ärztemangel zu reden, ist demnach falsch. Es liegt lediglich eine gravierende regionale Fehlverteilung vor.

Dabei sollte aber ein Faktor, der ebenfalls entscheidend ist, bei der Betrachtung der Versorgungssituation, nicht außer Acht gelassen werden: die Altersstruktur der Ärzte. Insgesamt lässt sich ein Anstieg des Durchschnittsalters der Ärzte feststellen, wie die Abbildung 16 zeigt. Bundesweit sind 22,9% der Ärzte über 60 Jahre alt. In Mecklenburg-Vorpommern sind dies 20,9%. 228 Hausärzte sind in Mecklenburg-Vorpommern 60 Jahre und älter. Der Großteil der praktizierenden Ärzte ist zwischen 40 und 59 Jahre alt. 9,9% der Ärzte arbeiten gegenwärtig auch über das Rentenalter (> 65) hinaus. Ein möglicher Grund sind fehlende Nachfolger für die Praxisübernahme, denn den mittleren und älteren Altersgruppen stehen nur wenige junge gegenüber. Die Abbildung 10 auf S. 44 dieser Arbeit zeigt, dass ca. 700 praktizierende Ärzte in unserem Bundesland in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen. Wie viele der Medizinabsolventen sich aber in Mecklenburg-Vorpommern niederlassen werden, bleibt fraglich. So zeigt der Vergleich der neu erteilten Zulassungen und Zulassungsbeendigungen in der Region Mecklenburgische Seenplatte, dass zwischen 2000 und 2010 69 Zulassungen erteilt und 105 Zulassungen beendet wurden. Laut Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern suchen aktuell 32 Ärzte einen Nachfolger für ihre Praxis (vgl. http://145.253.244.35/boerse/Praxisboerse_Result.cfm). Die momentane Situation lässt befürchten, dass es zu weiteren Praxisschließungen und Unterversorgung kommen wird. Für die Region Mecklenburgische Sennplatte wird ein Rückgang der Hausärzte bis 2020 um ca. 37% prognostiziert, im Vergleich zum Jahr 2010 (vgl. Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2011, S. 10ff.).

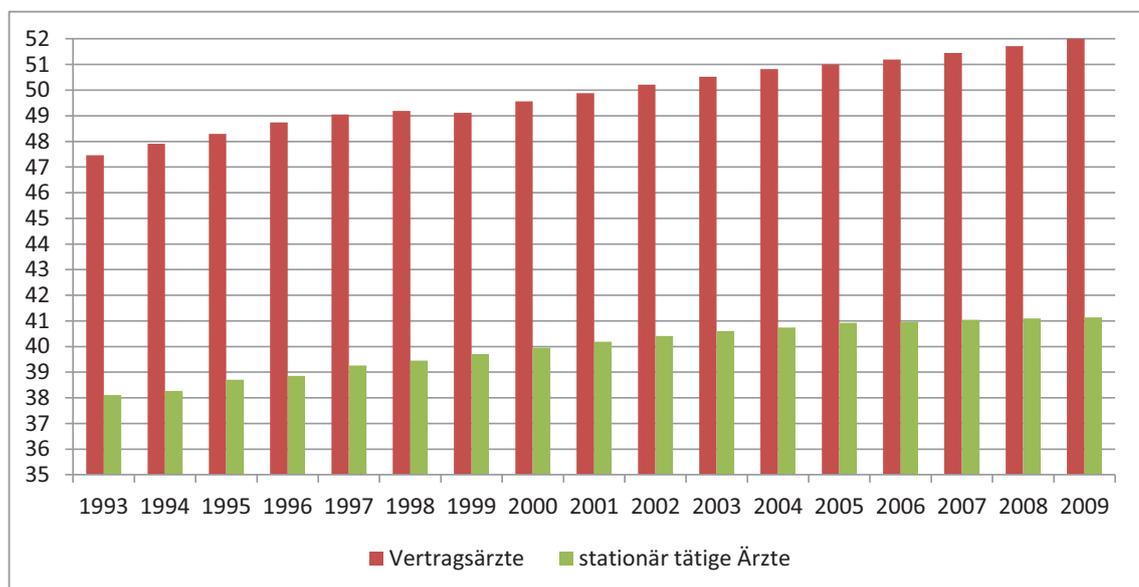


Abbildung 16: Durchschnittliches Alter der Ärzte nach ambulantem und stationärem Sektor (vgl. Kopsch 2010, S. 21, eigene Darstellung).

Doch auch die Altersabgänge bedingen laut Klose et. al (2003, S. 142) keinen generellen Ärztemangel, auch nicht in der Hausarztversorgung. Selbst, wenn nur jede zweite Praxis wieder besetzt werden würde, gäbe es keine generelle Unterversorgung. Dass diese Zahlen vielleicht für die Planungsbereiche gelten, aber nicht für bestimmte Gemeinden oder

Städte, belegt ein aktuelles Beispiel: Woldegk im Kreis Mecklenburgische Seenplatte sucht verzweifelt Landärzte, da die vier praktizierenden Ärzte zwischen 52 und 70 Jahre alt sind. Hierzu werden Anzeigen in der Ärzte Zeitung geschaltet, die aber bisher erfolglos blieben (vgl. Böhm 2012, S. 20). Auch an diesem aktuellen Beispiel stellt sich dar, dass obwohl Deutschland über mehr Hausärzte als nötig verfügt, einige Regionen, vor allem strukturschwache, ländliche Regionen unterversorgt sind.

Ein weiteres Element, das Auswirkungen auf die Arztzahlen hat, ist die Abwanderung von Ärzten ins Ausland. „*Im Ergebnis lässt sich feststellen, dass im Jahre 2010 insgesamt 3.241 ursprünglich in Deutschland tätige Ärztinnen und Ärzte ins Ausland abgewandert sind, wobei der Anteil der deutschen Ärzte 68,7 % beträgt.*“ (<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.9237.9246>). Bessere Arbeitsbedingungen und attraktivere Verdienstmöglichkeiten locken vermehrt Ärzte ins Ausland.

Auch im stationären Bereich hatten 74,2% der Krankenhäuser im Jahr 2010 Schwierigkeiten, offene Stellen zu besetzen. Hochgerechnet entspricht das 5.500 unbesetzten Vollzeitstellen. 930 Stellen entfallen auf ländliche Räume. Eine genaue Unterscheidung nach Bundesländern gibt es momentan noch nicht. Allerdings sind vom Ärztemangel besonders kleine Krankenhäuser und solche in ländlichen Gebieten betroffen (vgl. Blum/Löffert 2010a, S. 126). Auch die Deutsche Ärztezeitung berichtete 2009 über den drohenden Ärztemangel an Krankenhäusern (vgl. http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/klinikmanagement/article/567860/aerztemangel-bedroht-kliniken.html). Blum/Löffert (2010, S. 129) gehen von 139.000 zusätzlich benötigten Ärzten bis 2019 aus, sowohl im ambulanten, als auch im stationären Bereich. Auch durch Neuzugänge (Absolventen der Medizin), kann der Bedarf an Ärzten nicht gedeckt werden. Es verbleiben 37.400 fehlende Stellen. Betrachtet man die Gesamtzahl der Medizinstudenten, ist seit 1992 ein leichter Rückgang festzustellen: 1994 gab es 87.976 Studenten und 2008 insgesamt 76.042 (vgl. Kobetsch 2010, S. 36). Die Zahl der Absolventen sank von 1994 bis 2008 von 11.978 auf 9.857. Jährlich stehen ca. 10.000 Studienplätze für Medizinstudenten zur Verfügung.

Berichte über Schließungen von Krankenhäusern oder einzelnen Abteilungen sind immer wieder Inhalt der Medienberichterstattung, doch der Landeskrankenhausplan Mecklenburg-Vorpommerns aus dem Jahr 2012 besagt: „*Die Versorgung mit Krankenhausleistungen soll im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern möglichst flächendeckend erfolgen. Dies ist trotz zunehmend wirtschaftlich notwendiger Konzentration in Mecklenburg-Vorpommern nach wie vor gewährleistet.*“ (Krankenhausplan 2012 des Landes Mecklenburg-Vorpommern, S. 11). Ob eine Abteilung schließt oder nicht, hängt vereinfacht gesagt von deren Auslastung und damit Erwirtschaftung finanzieller Mittel ab. Wird nicht genug Geld eingenommen, droht die Schließung. Abbildung 17 zeigt die erforderlichen Auslastungsgrade:

Fachgebiet/Einrichtung	Auslastungsgrad (%)
Kinderheilkunde	75
Kinderchirurgie	75
übrige somatische Fachgebiete	85
Anästhesiologie und Intensivmedizin	70
Kinder- und Jugendpsychiatrie	90
Psychiatrie und Psychotherapie, einschließlich Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik	90
Belegabteilungen	75
Tageskliniken bei Zugrundelegung einer 5-Tage-Woche	85

Abbildung 17: Auslastungsgrade der Krankenhausabteilungen (Krankenhausplan 2012 des Landes Mecklenburg-Vorpommern, S. 11).

Eine Erhöhung der Kapazität ist möglich, wenn über zwölf Monate der Auslastungsgrad deutlich überschritten wird. Seit ca. zehn Jahren liegt die Anzahl von Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern bei 39 (35 davon sind Plankrankenhäuser) - Schließungen sind künftig nicht vorgesehen. Die Bettenanzahl sank insgesamt von 11.120 (2000) auf 10.454 (2010), was aufgrund des Bevölkerungsrückgangs aber dennoch eine Steigerung der Bettanzahl je 100.000 Einwohner von 624 auf 635 bedeutet (vgl. http://service.mvnet.de/sm-indikatoren/daten_berichte/e-bibointerth06/I06_11.xls).

Welche Empfehlungen es zur Beseitigung der Fehlallokation gibt, wird in Kapitel 7.5 dieser Arbeit aufgegriffen.

4.4 Auflösung des Generationenvertrages - Zusammenbruch des Systems der Sozialversicherung?

„Die Generation meiner Kinder hat dadurch, dass sie nur wenige Kinder hat, den Generationenvertrag längst aufgekündigt. Die Vorstellung, man könne eine Umlagesystem unbeschadet der demographischen Entwicklung und der Bereitschaft der Bevölkerung, Kapital zu bilden, auf Jahrzehnte hinaus garantieren, ist unrealistisch.....Der Generationenvertrag ist demographisch gekündigt“ (Kurt Biedenkopf, CDU, Ministerpräsident von Sachsen, 1996).

Der Generationenvertrag beschreibt die Verflechtung der Generationen durch Leistungen und Gegenleistungen. Drei Generationen sind Teil des Vertrages, wobei die mittlere Generation für den Unterhalt der noch nicht und nicht mehr Erwerbstätigen sorgt. Ihre gesetzliche Altersversorgung wird erst durch die Einzahlungen der Generation ihrer Nachkommen realisiert (vgl. Deutscher Bundestag 2002, S. 37). Um die Funktionsfähigkeit des sozialen Sicherungssystems aufrecht zu erhalten, ist ein ausgeglichenes Verhältnis der Generationen erforderlich. *„Angesichts des zunehmenden Anteils Älterer an der Ge-*

samtbevölkerung wird [...] zunehmend von einer ökonomischen Belastung der Jüngeren durch die Älteren gesprochen, was sich in Begriffen wie „Alterslast“, „Rentnerberg“ oder gar „Rentnerschwemme“ widerspiegelt.“ (Deutscher Bundestag 2002, S. 50f.). Ausgeblendet wird bei dieser Sichtweise, dass Ältere nicht nur Empfänger von Leistungen sind, sondern auch einen aktiven sozialen und gesellschaftlichen Beitrag leisten. Auch, wenn ihre Tätigkeiten nicht vergütet werden, bedeuten sie eine enorme Entlastung der Gesellschaft und des Staates. Die Rede ist z. B. von Kinderbetreuung oder Pflege und Versorgung bedürftiger Angehöriger. Darüber hinaus werden durch direkte und indirekte Steuern Staatsaufgaben finanziert, die auch Jüngeren zu Gute kommen.

Dennoch werden die Sozialkassen durch eine Abnahme der Anzahl beitragszahlender Erwerbstätiger und einer Zunahme von Rentnern, die darüber hinaus länger Rente beziehen, künftig stärker belastet.

So werden im Jahr 2060 zwischen 32.591.000 (Untergrenze „mittlere“ Bevölkerung) und 36.230.000 (Obergrenze „mittlere“ Bevölkerung) Personen im erwerbsfähigen Alter, also zwischen 20 bis 65 Jahren sein. Die Anzahl der 65-Jährigen steigt auf 21.975.000 bzw. 22.876.000. Der Altenquotient betrage 59,8, auf 100 Erwerbstätige kämen demnach 59,8 Personen über 65. Aufgrund der Anhebung des Rentenalters auf 67 können sich hier leichte Änderungen ergeben und der Altenquotient würde auf 52,7 sinken (vgl. Statistisches Bundesamt, S. 44f.). Die Anhebung der Rentengrenze stellt gleichzeitig einen Schritt zur Aufrechterhaltung des sozialen Sicherungssystems dar, da durch eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit, länger eingezahlt und kürzer Rente beansprucht wird. Doch, fraglich ist, wie viele der Älteren tatsächlich in Anstellung bleiben können bzw. wieder eine Anstellung finden werden. So sind unter den hochqualifizierten 55 bis 64-Jährigen 72% erwerbstätig, aber nur 39% der gering Qualifizierten. Der Bildungsgrad wird, auch aufgrund des Fachkräftemangels, in immer größerem Ausmaß darüber entscheiden, ob jemand auch im fortgeschrittenen Alter Arbeit findet oder nicht (vgl. Kröhnert/Olst/Klingholz 2005, S. 26f.). Die Alterssicherung baut in Deutschland auf drei Säulen auf: der Regelsicherung, der betrieblichen und der privaten Altersvorsorge. Die staatliche Altersrente wird in Deutschland gewährt, wenn eine bestimmte Wartezeit erfüllt ist. Die Höhe der Rente richtet sich maßgeblich nach der Dauer, in der Beiträge eingezahlt wurden, also der Jahre der Erwerbstätigkeit. Finanziert wird die Rente überwiegend aus Beiträgen der Arbeitnehmer und –geber (ca. 70%), aus Bundeszuschüssen (ca. 20%) und Vermögenserträgen und sonstigen Einnahmen durch das Umlageverfahren (vgl. Nagel 2007, S. 54f.). Das bedeutet: die heute gezahlten Beiträge werden im selben Jahr an Rentner ausgezahlt. Man zahlt ergo nicht für seine eigene Rente. Dies übernehmen die nachfolgenden Generationen. Es werden keine Rücklagen für die Zukunft gebildet.

Genau, wie die Rentenversicherung - die hier mit angeführt wurde, weil sie ein wesentlicher Teil des sozialen Sicherungssystems ist, auch wenn kein direkter Zusammenhang zum Gesundheitswesen besteht - werden auch die GKV und die soziale Pflegeversicherung über das Umlageverfahren finanziert. Dieses Finanzierungssystem kann nur so lange aufrecht erhalten werden, wie genügend Beitragszahler zur Verfügung stehen und ausreichend Kinder geboren werden, die künftig für die Versorgung der Älteren aufkommen.

Im Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 03.04.2001 (1 BvR 1629/94) heißt es dazu:

„Wenn aber ein soziales Leistungssystem ein Risiko abdecken soll, das vor allem die Altengeneration trifft, und seine Finanzierung so gestaltet ist, dass sie im Wesentlichen nur durch das Vorhandensein nachwachsender Generationen funktioniert, die jeweils im erwerbsfähigen Alter als Beitragszahler die mit den Versicherungsfällen der vorangegangenen Generationen entstehenden Kosten mittragen, dann ist für ein solches System nicht nur der Versicherungsbeitrag, sondern auch die Kindererziehungsleistung konstitutiv. Wird dieser generative Beitrag nicht mehr in der Regel von allen Versicherten erbracht, führt dies zu einer spezifischen Belastung kindererziehender Versicherter im Pflegeversicherungssystem, deren benachteiligende Wirkung auch innerhalb dieses Systems auszugleichen ist. Die kindererziehenden Versicherten sichern die Funktionsfähigkeit der Pflegeversicherung also nicht nur durch Beitragszahlung, sondern auch durch Betreuung und Erziehung von Kindern.“ (http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20010403_1bvr162994.html).

Auch die Ausgaben der GKV werden im Zuge des weiter voranschreitenden medizinisch-technischen Fortschritts und der Zunahme von Multimorbidität und der Anzahl Älterer steigen. Darüber hinaus zahlen Ältere geringere Beiträge (ca. die Hälfte des Beitrages Erwerbstätiger), nehmen aber mehr Leistungen als Jüngere in Anspruch. *„Die demographische Entwicklung führt längerfristig zu einer tendenziell sinkenden Einnahmenbasis der Versicherungen, während die Ausgaben für die Krankenversorgung in Zukunft steigen werden.“* (Deutscher Bundestag 2002, S. 179). In welchem Ausmaß bleibt ungewiss, da die medizinischen Errungenschaften auch dafür sorgen, dass schwere Krankheiten früher erkannt werden und gar nicht erst ihr volles (Kosten-)Ausmaß erreichen und darüber hinaus die Gesundheit generell länger erhalten bleibt.

Die Einnahmeproblematik der GKV resultiert künftig mehr denn je aus Einnahmeausfällen (abnehmende Bevölkerung). Da die Krankenkassen momentan aber große Gewinne zu verzeichnen haben und ein Überschuss von 20 Milliarden Euro zu verzeichnen ist, bedarf es in naher Zukunft keiner Beitragserhöhungen.

Bereits von 2009 auf 2010 stiegen die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung um 6% (1,2 Milliarden), auf 21,5 Milliarden Euro. Die Ausgaben ambulanter Pflegeeinrichtungen beliefen sich auf 10 Milliarden Euro und die der (teil-)stationären Einrichtungen auf 21,7 Milliarden Euro (vgl. Statistisches Bundesamt 2012a). Die steigenden Ausgaben der stationären Pflege zeigen, dass ein großes Ziel, welches mit Einführung der Pflegeversicherung erreicht werden sollte, nämlich der Verbleib Pflegebedürftiger in ihrer häuslichen Umgebung, nicht erreicht wurde (vgl. Simon 2010, S. 386). *„Die soziale Pflegeversicherung wandte 2009 für insgesamt 1,54 Millionen ambulant versorgte Pflegebedürftige rund 9,6 Milliarden Euro auf, für 702 000 stationär versorgte Kranke dagegen 9,8 Milliarden.“* (Offergeld, 2010). Dieses Zahlenbeispiel stellt beispielhaft die herausragende Bedeutung des familiären Pflegepotenzials dar. Der Wechsel in die stationäre Pflege geschieht vor allem, wenn Angehörige sich nicht mehr in der Lage sehen, den Pflegebedürftigen zu versorgen. Zwar nehmen sie bei höherem Aufwand vermehrt Kombinationsleistungen (Sach- und Geldleistungen) in Anspruch, aber in geringem Ausmaß. Dabei könnte das Hinzuziehen ambulanter Dienste einen Verbleib im eigenen Heim gewährleisten.

Viele Pflegende empfinden das Hinzuziehen professioneller Hilfe als Eingeständnis ihrer eigenen Fehlbarkeit oder lehnen es auf Wunsch der Pflegebedürftigen ab, die nicht von Fremden versorgt werden wollen. Wie sowohl die soziale Pflegeversicherung, als auch pflegende Angehörige entlastet werden können, wird in Kapitel 7.1 genauer beschrieben.

4.5 Gesundheitswesen als Arbeitgeber

„Das Gesundheitssystem ist nicht nur Kostenfaktor, sondern auch bedeutender Wirtschaftsfaktor.“ (Simon 2010, S. 110).

Die, in den letzten Jahren, rasant fortschreitende Entwicklung des Gesundheitsmarktes lässt sich besonders gut an den steigenden Zahlen der Beschäftigten ablesen. Laut Statistischem Bundesamt arbeiteten im Jahr 2010 ca. 4.829.000 Personen im Gesundheitswesen, davon waren 73,64% Frauen (vgl. Statistisches Bundesamt 2011b, S. 12). 39,88% der Beschäftigten arbeiteten in ambulanten Einrichtungen (Arzt-, Zahnarztpraxen, Apotheken etc.) und 43,86% in (teil-)stationären Einrichtungen. Der Großteil der Beschäftigungen entfällt auf Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger und Heilpädagogen mit 31,61%. Ärzte und Zahnärzte stellen 8,33% der Beschäftigten. 31,83% der Beschäftigungen werden in Teilzeit erbracht (vgl. Statistisches Bundesamt 2011b, S. 12). Ein Vergleich der Anzahl Beschäftigter im Jahr 2001 macht auf den Anstieg aufmerksam: damals waren insgesamt 4.180.000 Personen im Gesundheitswesen beschäftigt, was einen Anstieg zu 2010 von 13,4% bedeutet (vgl. Statistisches Bundesamt 2011c, S. 12). Der Wert des Gesundheitswesens als Arbeitgeber kommt damit zum Ausdruck und zeigt ebenfalls, dass die Ausgaben der Finanzierungsträger ebenfalls als Umsatz zu werten sind, der zur Finanzierung von Arbeitsplätzen genutzt wird. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft auch weiterhin mit einem steigenden Bedarf an Gesundheitspersonal verbunden sind. So wurde in dieser Arbeit bereits drauf hingewiesen, dass bis 2025 in den Pflegeeinrichtungen deutschlandweit der Bedarf an Vollzeitkräften um 27,3% steigen wird (vgl. Afentakis/Maier 2010, S. 997). Aber auch im Bereich präventiver Gesundheitsleistungen ist mit einem Anstieg zu rechnen, da vielen Menschen - heute mehr als noch vor einigen Jahrzehnten – bewusst ist, dass sie durch ihr Verhalten ihre Gesundheit beeinflussen.

5. Exkurs: Alter als Chance

5.1 Entwicklung der Lebensphase Alter

Der Australier Allan Stewart hat mit 97 Jahren sein viertes Studium abgeschlossen (vgl. <http://www.spiegel.de/unispiegel/wunderbar/aeltester-student-australier-allan-stewart-macht-vierten-uni-abschluss-a-831338.html>). Mit 100 Jahren hat sich der Brite Fauja Singh den Titel als ältester Marathonläufer der Welt gesichert (vgl. <http://www.news.de/gesellschaft/855233960/100-jaehriger-laeuft-rekord-marathon/1/>). Der 71 Jahre alte Japaner Katsusuke Yanagisawa hat als bislang ältester Menschen den Mount Everest bezwungen (vgl. <http://www.epochtimes.de/71-jaehriger-als-aeltester-mensch-auf-dem-mount-everest-124657.html>). Niki Lauda wurde mit knapp 60 Jahren zum vierten Mal Vater. Ex-Beatle Paul McCartney wurde mit 61 Jahren Vater, Nick Nolte mit 66 Jahren und Anthony Quinn mit 81 Jahren (vgl. http://www.kleinezeitung.at/nachrichten/leute/multimedia.do?action=showEntry_detail&project=2140). Diese Aufzählungen verdeutlichen, dass sich die Lebensphase Alter enorm gewandelt hat. *„Fast alle, die heute dreißig, vierzig, fünfzig Jahre alt sind, stellen irgendwann fest, dass sie viel jünger aussehen, sich fühlen und benehmen, als das in den Biografiefahrplänen vorgesehen ist.“* (Seidl 2005, S. 4). Heute ist das „Alter“ von einer Vielzahl an Ausprägungen gekennzeichnet und eine klare und allgemeine Eingrenzung der Lebensphase „Alter“, die auf die Vorbereitungs- und Erwerbsphase folgt und durch die Einführung der sozialen Sicherungssysteme¹² entstand, ist kaum noch möglich (vgl. Backes/Clemens 1998, S. 56). Daher verwundert es nicht, dass Autoren wie *Laslett, Walker, Mayer* und *Rosenmayr* für eine Erweiterung der Lebensphase „Alter“ plädieren. Diese war bis in die 70er gleichbedeutend mit dem Eintritt in den Ruhestand. Doch, schon lange gehören Personen mit Austritt aus der Erwerbsphase längst nicht zum alten Eisen (vgl. Backes/Clemens 1998, S. 23). Die heutige Lebenserwartung und ein sehr frühes Renteneintrittsalter ermöglichen unter Umständen zwischen 35 und 40 Lebensjahren im Ruhestand. Die Erweiterung bzw. Differenzierung der Altersphase um ein viertes und häufig bereits fünftes Lebensalter scheint daher nur sinnvoll. Die dritte Altersphase („Best Ager“, „junge Alte“), meist zwischen 50 und 74 Jahre, ist geprägt von Aktivität und relativer Gesundheit sowie der Beendigung der Familienphase (die Kinder sind erwachsen und führen ein eigenes Leben). Das vierte Lebensalter („Alte“) ist gekennzeichnet durch einen zunehmenden körperlichen und geistigen Verfall und gesteigerter Abhängigkeit. Die „alten Alten“ (fünftes Lebensalter) sind schwer pflegebedürftig und damit vollkommen abhängig von anderen und stehen kurz vor dem Ende ihres Lebens. Alle Einteilungen erfolgen nicht zwangsläufig anhand des kalendarischen Alters, sondern anhand der jeweiligen körperlichen, sozialen und psychischen Fähigkeiten der Menschen. (Vgl. Backes/Clemens 1998, S. 23f.)

In diesem Zusammenhang muss auch darauf verwiesen werden, dass vor allem die dritte und vierte Lebensphase bei zunehmend guter Gesundheit erlebt werden. Die Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys machen diese Entwicklung deutlich. So zeigt ein Vergleich der Erhebungsjahre 1992, 2002 und 2008 ausdrücklich, dass sich die Multimorbidität,

¹² Im Rahmen der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung wurde 1889 die Invaliditäts- und Rentenversicherung eingeführt.

ausgedrückt im Vorhandensein von fünf oder mehr Krankheiten, der Altersklasse 70 bis 85 von 28,6% (1996) auf 21,4% (2008) verringert hat. Bei den 55- bis 69- Jährigen verzeichneten im Jahr 1996 noch 16,2% fünf und mehr Krankheiten und im Jahr 2008 waren es nur noch 8,4%. In dieser Altersgruppe sank auch das Auftreten von zwei bis vier Krankheiten von 55,5% (1996) auf 48,9% (2008). (Vgl. Motel-Klingebiel 2010, S. 20). Diese Zahlen belegen, dass mit zunehmendem Lebensalter die Krankheitswahrscheinlichkeit zunimmt. Es ist jedoch falsch, Alter mit gesundheitlichen Defiziten und Krankheit gleichzusetzen. Der Zugewinn an Lebensqualität, der durch längere Lebenserwartung bei besserer Gesundheit erlangt werden kann, muss positiv gesehen werden. Hinzu kommt, dass die Lebensweise und auch der Bildungsstand einen großen Einfluss auf den Gesundheitszustand haben, was jeden einzelnen ermutigen sollte, etwas für sich und seine Gesundheit zu tun (vgl. Saß/Wurm/Ziese 2009, S. 59 und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010a, S. 21).

5.2 Altersbilder

„Altersbilder sind individuelle und gesellschaftliche Vorstellungen vom Alter (Zustand des Altseins), vom Altern (Prozess des Älterwerdens) oder von älteren Menschen (die soziale Gruppe älterer Personen)“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010b, S. 36). Aus Altersbildern können Altersstereotypen werden, wenn Menschen aufgrund ihres Alters bestimmte Eigenschaften zugeschrieben werden, ohne auf ihre wahren Verhaltensweisen und Wahrnehmungen zu achten (Backes/Clemens 1998, S. 58). Altersbilder haben eine enorme Bedeutung dafür, wie mit Älteren umgegangen und was als „alt“ angesehen wird (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010, S. 23f.). Sieht man nur Gebrechlichkeit oder Potenziale?

Altersbilder werden meist aufgrund normativer Überzeugungen, die sich an gesellschaftlichen Vorgaben orientieren, und selbstbezogenen Überzeugungen gebildet, die Erwartungen und Hoffnungen an das eigene Alter in den Mittelpunkt rücken. Normativ wäre demnach der Übergang in den Ruhestand als Anzeiger für das Altsein oder aber auch typische Eigenschaften, die man mit dem Alter verbindet, wie Senilität, Vergesslichkeit und Gebrechlichkeit. Subjektive Überzeugungen sind mit den normativen verbunden, aber auch mit persönlichen Erfahrungen. (Vgl. Backes/Clemens 1998, S. 59f.). Vorherrschende Altersbilder, die früher durch Märchen und Sagen und heutzutage vornehmlich durch die Medien (speziell durch Werbung) verbreitet werden, beeinflussen das Selbstbild eines Menschen. Das Ausmaß der Beeinflussung ist jedoch abhängig vom bereits vorhandenen Selbstbild. Meist werden die Elemente übernommen, die am ehesten zur eigenen Betrachtungsweise passen (vgl. Backes/Clemens 1998, S. 61). Vor allem Bilder des alternden Körpers werden mit Altersbildern verbunden, doch auch die Sprache dient als Transportmittel der Altersbilder. *„In diesem Sinne sind Altersbilder verallgemeinernde Aussagen über alte Menschen.“* (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010b, S. 40). Altersbilder, normativ oder subjektiv, entstehen in Gesellschaften über lange Zeiträume, passen sich mehr oder weniger schnell wandelnden Bedingungen

an und differenzieren sich (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010b, S. 65ff.).

Letztlich bietet die heutige Gesellschaft, gezeichnet von der Individualisierung – der Auflösung traditioneller Bezüge – zahlreiche Gestaltungsspielräume, die auch mit Unsicherheiten einhergehen. Diese „Multioptionsgesellschaft“ hat auf alle Lebensphasen Einfluss, so auch auf die des „Alters“ (vgl. Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend 2010b, S. 100). *„Noch dazu wissen die Menschen in der Multioptionsgesellschaft um ihre Wahl-, Kombinations- und Aushandlungsmöglichkeiten. Sie prüfen ihre Optionen selbstbewusst, fragen sich bis ins hohe Alter fortwährend: ‚Wie wollen wir leben?‘.“* (Bundesministerium für Familie Senioren, Frauen und Jugend 2010b, S. 101).

Grundsätzlich sind die Altersbilder in unserer Gesellschaft ebenso vielseitig wie die Lebenswege jedes Einzelnen. Alt sein ist nicht ausschließlich gleichzusetzen mit physischen und psychischen Defiziten. Viele Alte sind bis ins hohe Alter aktiv, bilden sich fortwährend weiter, wie die genannten Beispiele Älterer und Hochaltriger zeigen. Positive Altersbilder können die Potenziale Älterer vor Augen führen. Dennoch entstehen im Rahmen der Hochaltrigkeit und damit verbundener Multimorbidität auch negative Altersbilder, deren Verallgemeinerung auf alle Alten und damit Stereotypisierung vollkommen falsch wäre, wie die kommenden Ausführungen zeigen werden.

5.3 Alter = Krankheit?

„Ein Neudenken des Alterns setzt voraus, dass das Alter als Teil des Lebens verstanden wird, der nicht an eine Jahreszahl gebunden ist und keine allgemein gültigen Halbwertszeiten aufweist, sondern sich abhängig von der individuellen und gesellschaftlichen Situation in sehr differenzierten Ausprägungen darstellen kann.“ (Druyen 2005, S. 20). Die gewonnenen Lebensjahre, die zumeist in guter Gesundheit verbracht werden, müssen viel mehr ins Bewusstsein der Gesellschaft gerückt werden und nicht nur der Fakt, dass mit zunehmendem Alter die Krankheitswahrscheinlichkeit steigt. Dass Gesundheitsprobleme im Alter zunehmen, kann nicht von der Hand gewiesen werden – 21,4% der Menschen zwischen 70 und 85 Jahren haben fünf oder mehr Krankheiten, vor allem Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, des Bewegungsapparates, Krebserkrankungen und neurodegenerative Erkrankungen sind in der Altersgruppe über 65 weit verbreitet - allerdings hängt das Erkranken von vielen verschiedenen Faktoren ab, auch der individuellen Lebensweise oder dem Bildungsgrad (vgl. Saß/Wurm/Ziese. 2009, S. 32 und 59 und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010a, S. 21).

Ernährung, Sport, Konsum von Alkohol oder Tabak uvm. haben Auswirkungen auf den individuellen Gesundheitszustand. Wird den Menschen diese Tatsache bewusst gemacht, steigt das Verantwortungsbewusstsein für den eigenen Körper und weniger Krankheiten sind die Folge. Erkennen Menschen, dass sie selbst etwas beitragen können, erhöht sich auch die Nutzung von Präventionsmöglichkeiten, was einen zusätzlichen positiven Effekt

auf den Gesundheitszustand hat (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010a, S. 20ff.). Positive Auswirkungen auf das Gesundheitswesen ergeben sich in Kosteneinsparungen aufgrund weniger angewendeter Therapien.

Erreicht wird das Bewusstsein der eigenen Verantwortung für die Gesundheit auch dadurch, dass bestehende negative Altersbilder hinterfragt werden und individuelle Erfahrungen mehr in den Fokus geraten. *„Ängste vor Pflegebedürftigkeit und Demenz (als mögliche Grenzsituationen des Alters) sind nicht zuletzt deswegen verbreitet, weil der Verlust der Selbstständigkeit und gravierende Einbußen der kognitiven Leistungsfähigkeit die Integrität und die Würde der Person infrage zu stellen scheinen.“* (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010b, S. 500).

5.4 Potenziale der „jungen Alten“

„Der demographische Wandel und die enorme Verlängerung der durchschnittlichen Lebenszeit dürfen nicht primär als Problem, sondern müssen als Gewinn gesehen werden.“ (Deutscher Bundestag 2002, S. 12).

„Wandel als Chance sehen! Eine große Chance für die entwickelten Länder, ihre Gesellschaften umzubauen, um flexibler und glücklicher zu leben als bisher.“ (Schwentker/Vaupel 2011, S. 3).

Bereits die vor 50.000 Jahren lebenden Cro-Magnon-Menschen nutzten und schätzten die Fähigkeiten der Älteren ihrer Gemeinschaft. Wissen als wertvollste Ressource war ihnen eigen und wurde an nachfolgende Generationen weitergegeben. In einer Zeit ohne Bücher oder gar Internet, waren die Alten ein Quell des Wissens. Ermöglicht nur, durch die körperliche Gebrechlichkeit, die mit dem Altern einhergeht und Jagen unmöglich machte (vgl. Seidl 2005, S. 6f.). Altersbilder einer Gesellschaft bestimmen die Potenziale, aber auch Grenzen des Alters. Da, wie bereits beschrieben, häufig Elemente der Altersbilder in das Selbstbild übernommen werden, sind sie von enormer Bedeutung. *„Dies gilt für die berufliche Leistungsfähigkeit wie für das bürgerschaftliche Engagement, für die Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit wie für die Auseinandersetzung mit Krankheiten, Pflegebedürftigkeit oder Demenz.“* (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010b, S. 499).

„Zu den Potenzialen im Alter gehören neben materiellen Ressourcen insbesondere Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Lernfähigkeit, Interesse, Zeit, Erfahrungen und Wissen.“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005, S. 28f.). Wie einige dieser Potenziale zielbringend genutzt werden können, soll anschließend beschrieben werden.

5.4.1 Potenzial: bürgerliches Engagement

Die Bereitschaft Älterer sich ehrenamtlich zu engagieren nimmt seit Jahren zu – vor allem bei den „jungen Alten“ - wobei sie zahlreiche Aktivitätsfelder für sich entdeckt haben: Vereins- oder Kirchenarbeit, Unterstützung von Freunden und Familie oder die Politik. Circa ein Drittel der 55- bis 64-Jährigen und ein Fünftel der 65- bis 74-Jährigen engagieren sich bereits, wobei ein positiver Zusammenhang zwischen Bildungs- und Berufsstatus und ehrenamtlicher Tätigkeit besteht (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005, S. 362ff.). Der 5. Altenbericht der Bundesregierung beschreibt drei Tendenzen bei der Entwicklung des bürgerlichen Engagements Älterer: sie engagieren sich nicht mehr nur in Vereinen, sondern auch in den Bereichen: Kindergarten, Schule, Kultur oder Ökologie (Pluralisierung). Traditionelle Bezüge entscheiden nicht mehr darüber, in welchem Bereich sich Ältere engagieren (Individualisierung) und nicht nur altruistische Motive stehen im Mittelpunkt, sondern auch Spaß und die Möglichkeit zur Selbstverwirklichung (Motivwandel) (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005, S. 342f.).

Das Programm „Aktiv im Alter“, welches in 150 Kommunen Deutschlands durchgeführt wurde, führte zur Umsetzung von Projekten, in denen Ältere sich für ihre Kommune einbringen konnten.

Ältere schätzen die Vorteile, die sich aus einer ehrenamtlichen Betätigung ergeben sehr. Dazu gehören: soziale Integration und das gute Gefühl eine sinnvolle Tätigkeit auszuüben, intergenerative Kontakte und Unterstützung sozialer Einrichtungen. In Bezug auf das Gesundheitswesen stellen ehrenamtliche Unterstützungsleistungen im Bereich der Pflege einen wichtigen gesellschaftlichen Beitrag dar. Das Kapitel 7.1 beschreibt u. a., wie bürgerliches Engagement Älterer im Bereich der Pflege gefördert werden kann.

5.4.2 Potenzial: Arbeitsmarkt

„Auf das Potenzial der Älteren kann die deutsche Wirtschaft angesichts des demografischen Wandels nicht länger verzichten.“ (Bundesministerium des Innern 2011, S 113).

Eigenschaften wie: Wissen, Erfahrung, Arbeitsmoral, Motivation, Qualitätsorientierung, Zuverlässigkeit, Loyalität, Führungsfähigkeit und soziale Kompetenz können vor allem älteren Arbeitnehmern zugeschrieben werden und sollten durch einen frühen Ruhestand nicht einfach aufgegeben werden. Ein längeres Verbleiben in der Erwerbstätigkeit entlastet die Sozialkassen und ermöglicht es älteren Arbeitnehmern sich weiter über ihre Arbeit zu definieren und Wertschätzung zu erfahren. Die hohe Arbeitslosigkeit und die oft fehlenden altersgerechten Arbeitsplätze verhindern jedoch oft eine Beschäftigung Älterer. Ihr Anteil an den Arbeitslosen ist höher, als vergleichbarer Jahrgänge (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005, S. 58f.). Arbeitnehmer stellen sich heute mehr denn je darauf ein, länger zu arbeiten und nicht früher in den Vorruhestand zu

gehen. Gründe, für eine weiterhin stattfinden werdende Frühverrentung sind u. a:

- Arbeit stellt für viele nicht die Erfüllung ihres Lebens dar, daher wollen Sie früher ihre Freizeit genießen und sich nicht den Zwängen des Arbeitsmarktes unterwerfen.
- Finanzielle Absicherung ermöglicht ein früheres Ausscheiden aus dem Beruf, auch durch Erhöhung der Frauenerwerbsquote. Zwei Verdiener bedeutet mehr Geld (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005, S. 88f.).

Aufgrund der Zunahme körperlicher Gebrechlichkeiten im Alter, werden einige Menschen, vor allem körperlich schwer arbeitende, nicht bis zum gesetzlichen Rentenalter arbeiten können. Tritt man vorzeitig in den Ruhestand ein, ist mit Abzügen zu rechnen. Auf diesem Wege soll versucht werden, eine Frühverrentung unattraktiv zu machen. Personen, die genügend finanzielle Reserven haben, werden sich davon jedoch nicht abhalten lassen, früher in Rente zu gehen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005, S. 96). Auch, wenn das Rentenalter erhöht wurde, heißt das nicht, dass mehr Ältere beschäftigt sein werden. Solange die Unternehmen älteren Arbeitnehmern keine Arbeitsmöglichkeiten anbieten, bleibt die Arbeitslosigkeit in der Personengruppe 55+ überproportional hoch. *„Andererseits wird durch die Senkung des Rentenniveaus der Kreis der Personen größer, die aus finanziellen Gründen länger arbeiten müssen.“* (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005, S. 97). Die aus Langzeitarbeitslosigkeit resultierenden Renten, die ein Leben am Existenzminimum bedeuten, geben dem Thema der Altersarmut neue Brisanz. Ist eine Anhebung des Rentenalters bei fehlenden Arbeitsplätzen für Ältere zu rechtfertigen?

Wichtig für die Beschäftigung Älterer ist es, die Arbeitsbedingungen bedarfsgerecht anzupassen. Hierzu existieren verschiedene Förder- und Modellprogramme¹³, die Betriebe auf ihre Verantwortung aufmerksam machen und bei der Umsetzung entsprechender Maßnahmen unterstützen wollen. Unternehmen wie Fahrion oder die Daimler-Benz AG sind Vorreiter der demografieorientierten Personalplanung und Beschäftigungspolitik (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005, S. 104). Dennoch sind die meisten Betriebe nicht auf älter werdende Arbeitnehmer eingestellt – hier besteht akuter Handlungsbedarf! Maßnahmen und Handlungsempfehlungen werden in Kapitel 7.4 beschrieben.

5.4.3 Potenzial: Konsummarkt

Die Bedeutung von Älteren als Konsumenten ist enorm. Dennoch steckt die Entwicklung von speziellen Angeboten für Senioren bislang noch in den Kinderschuhen. Dabei wird künftig die Nachfrage nach Dienstleistungen, vor allem im Gesundheitssektor, steigen. Insbesondere Dienstleistungen im Rahmen von Haushaltshilfen oder im Pflegebereich werden künftig mehr nachgefragt werden, aufgrund der veränderten Familienstrukturen.

¹³ 2002 wurde die Initiative „Neue Qualität der Arbeit (INQA) ins Leben gerufen, die auf die Modernisierung der Arbeitsbedingungen und Förderung der Gesundheit abzielt.

Dies zeigt sich bereits jetzt, wenn das Ausgabenmuster Älterer betrachtet wird: Güter der Gesundheitspflege werden bereits heute häufig konsumiert (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005, S. 229). *„Wie sich allerdings die Gesamtnachfrage Älterer nach Gesundheitsleistungen absolut und relativ entwickeln wird, hängt u.a. maßgeblich auch davon ab, in welchem Umfang z.B. bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit zusätzliche Ausgaben privat getragen werden müssen – z.B. in Form von Zuzahlungen oder zur Finanzierung nicht mehr im Leistungskatalog der Kranken- oder Pflegeversicherung enthaltener Leistungen oder infolge eines gesenkten Leistungsniveaus.“* (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005, S. 233).

Die Gesundheits- und Tourismusbranche sollte das Potenzial älterer Konsumenten erkennen und verstärkt Angebote für Senioren bereithalten. Dazu gehören beispielsweise Reisen für Pflegebedürftige und deren Pflegepersonen/Angehörige.

6. Was wird getan?

Seit ca. zehn Jahren wird der demografische Wandel öffentlich diskutiert und auf seine prognostizierten und bereits eintreffenden Auswirkungen für die Gesellschaft, die Wirtschaft und die Daseinsvorsorge reagiert. Zuvor wurden Hinweise auf die problematischen Auswirkungen des demografischen Wandels ignoriert oder gar in Frage gestellt. Dies änderte sich rasant und die Initiierung diverser Modellvorhaben und Rahmenprogramme beweist, dass ein Umdenken stattgefunden und ein Handlungsbewusstsein eingesetzt hat.

Das folgende Kapitel beschreibt im ersten Teil eine Auswahl der von der Bundesregierung initiierten Rahmenprogramme und Modellvorhaben zum demografischen Wandel, geht dann im zweiten Teil auf Maßnahmen der Gesundheitspolitik ein und erläutert im dritten Teil weitere Modellvorhaben, die auf Initiative diverser Akteure entstanden sind.

6.1 Modellvorhaben und Rahmenprogramme der Bundesregierung

6.1.1 Demografiestrategie und Demografiebericht der Bundesregierung

Im November 2009 hat die Bundesregierung die Entwicklung einer Demografiestrategie, welche die demografische Lage Deutschlands erfassen und die daraus ableitbare künftige Entwicklung analysieren soll, beschlossen. Der genaue Auftrag lautet:

„Der Bundesminister des Innern wird beauftragt, einen interministeriellen Ausschuss ‚Demografie‘ zur Koordinierung von Programmen und Initiativen der Ressorts zur Gestaltung des Demografischen Wandels auf Staatssekretärs-Ebene einzuberufen und federführend dem Kabinett bis zum Jahr 2011 einen ‚Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes‘ vorzulegen. Der Bundesminister des Innern wird ferner beauftragt, dem Kabinett hierauf aufbauend bis zum Jahre 2012 einen Vorschlag für eine ressortübergreifende ‚Demografie-Strategie der Bundesregierung‘ vorzulegen.“ (Bundesministerium des Innern 2011, S. 8).

Der Demografiebericht erschien im Oktober 2011 und beschreibt die demografische Entwicklung Deutschlands sowie die von der Regierung ergriffenen Maßnahmen. Es wird ebenso der weitere Handlungsbedarf beschrieben. Dieser besteht insbesondere im Bereich der Familien-, Zuwanderungs-, Arbeitsmarkt-, und Bildungspolitik, der Alterssicherung, dem Gesundheitssystem, der Raumentwicklung und bei den öffentlichen Finanzen.

Familienpolitische Entscheidungen z. B. die Zahlung von Kindergeld und die Ermöglichung von Erziehungszeiten unterstützen Familien und sollen einen positiven Effekt auf die Familiengründung haben. Es geht demnach darum, Familien finanziell abzusichern, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu erleichtern und Kinderwünsche zu unterstützen. Hierzu zählt u. a. die Bereitstellung von ausreichend Betreuungsmöglichkeiten für Kinder (vgl. Bundesministerium des Innern 2011, S. 55).

Eine gezielte Zuwanderungspolitik soll Engpässe auf dem Arbeitsmarkt, vor allem im Bereich des Fachkräftemangels, ausgleichen.

Die Arbeitsmarktpolitik soll darauf abzielen, die Erwerbsbeteiligung von Frauen und älteren Mitbürgern zu fördern, aber auch die Arbeitsplatzgestaltung an heutige Bedarfe anzupassen. Dazu gehört die Implementierung betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Die Bildungspolitik zielt auf Erhöhung des Bildungsniveaus – begonnen bei der frühkindlichen über die schulische bis zur Aus- und Weiterbildung.

Durch die Alterssicherung soll das Einkommen nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben gesichert werden. Ein angemessener Lebensstandard und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben soll gewährleistet werden. Damit auch in Zeiten des demografischen Wandels die Finanzierung gesichert wird, wurden Anpassungen vorgenommen, wie die schrittweise Erhöhung des Renteneintrittsalters und die Einführung von Abschlägen auf die Rentenhöhe, wenn die Rente vor dem gesetzlichen Rentenalter in Anspruch genommen wird (vgl. Bundesministerium des Innern 2011, S. 141). Das Rentenversicherungsnachhaltigkeitsgesetz aus dem Jahr 2004 führte zu einer Erweiterung der Rentenformel um den Nachhaltigkeitsfaktor „[...] der Veränderungen im Verhältnis von Leistungsbeziehern und Beitragszahlern berücksichtigt.“ (Bundesministerium des Innern 2011, S. 142). Ziel der Gesundheitspolitik ist eine weiterhin, unabhängig vom Einkommen, gesicherte medizinische Versorgung auf hohem Niveau sowie die angemessene Versorgung Pflegebedürftiger. Gesetze diesbezüglich werden im folgenden Unterkapitel behandelt.

Der demografische Wandel hat maßgebliche Auswirkungen auf die Entwicklung von Regionen. Wüstungen – das Sterben von Dörfern und Städten – zählen zu einer der drastischsten Auswirkungen – und sind meist über Jahre/Jahrzehnte anhaltende Prozesse. Unterstützende Maßnahmen – zum Erhalt der Lebensqualität, zur Stabilisierung und Sicherung der Daseinsvorsorge – können kleinräumig nicht gelöst und langfristig nur durch die Zusammenarbeit von Bund und Ländern gelingen. Um besonders betroffene Regionen zu unterstützen, werden zwei Arten von Strategien verfolgt: die Vermeidungsstrategien und die Anpassungsstrategien. Da man sich in betroffenen Regionen politisch lange nicht dem Fakt der dauerhaften Abwanderung und den Folgen der demografischen Entwicklung stellen wollte, kamen meist Vermeidungsstrategien z. B. durch die Ausweisung von Gewerbegebieten und diverse Projekte und Förderprogramme die die Wirtschaftskraft ländlicher Regionen fördern sollten zum Einsatz. Da sich aber die öffentlichen Finanzen neuen Herausforderungen stellen müssen, z. B. aufgrund des Rückgangs der Personen im erwerbsfähigen Alter, werden inzwischen auch vermehrt Anpassungsstrategien verfolgt: Arbeitskraft – in jedem Alter – ist ein wesentlicher Faktor des Wirtschaftswachstums. Um die öffentlichen Finanzen zu stabilisieren, wurden u. a. Reformen im System der sozialen Sicherung und Förderung der Erwerbsbeteiligung unternommen (vgl. Bundesministerium des Innern 2011, S. 203f.).

Ähnlichen Zielsetzungen folgt auch, die im April 2012 veröffentlichte Demografiestrategie: „Jedes Alter zählt!“. Hierin werden Handlungsfelder benannt und es wird prokla-

miert, dass notwendige Rahmenbedingungen, die zur individuellen Lebensgestaltung erforderlich sind, geschaffen werden. Ein Beispiel: die Familie als Gemeinschaft soll u. a. dadurch gefördert werden, dass die Entscheidung für Kinder unterstützt wird. Dies soll durch den Ausbau an Betreuungsmöglichkeiten – auch durch Qualifizierung von Tagespflegepersonen, der Vereinbarkeit von Ausbildung/Beruf und Familie – durch familienbewusste Arbeitsbedingungen und der Unterstützung ungewollt kinderloser Paare geschehen (vgl. Bundesministerium des Innern 2012, S. 12ff.). Unklar bleibt, wie genau diese Ziele erreicht werden sollen. Es wird geprüft und ausgelotet, aber ob am Ende dabei wirklich für die Familien eine messbare Unterstützung heraus kommt, wird nicht verbindlich geäußert.

Auch der Demografiebericht beschränkt sich auf eine Beschreibung der demografischen Situation Deutschlands und daraus resultierenden Anforderungen an die Politik. In den einzelnen Bereichen wird beschrieben, welche Maßnahmen – häufig sind es Projekte und Förderprogramme, die initiiert werden – ergriffen werden und was für Ziele damit verfolgt werden. Es wird jedoch nicht darauf eingegangen, wie nachhaltig diese Projekte sind oder was durch sie erreicht wurde. Konnte durch Programme zur Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie tatsächlich die Frauenerwerbsquote erhöht werden? Ist durch familienpolitische Maßnahmen, wie Kindergeld oder der Erziehungszeit eine Erhöhung der Geburtenzahl festzustellen? Beeinflussen die Programme zur positiven Besetzung des Alters (z. B. „Erfahrung ist Zukunft“) wirklich die Sichtweise auf diese Lebensphase? Fragen, deren Beantwortung nach Ansicht der Verfasserin von Bedeutung wäre.

Darüber hinaus führen politische Entscheidungen, wie die Anhebung der Rentenaltersgrenze ohne weitere begleitende Maßnahmen nicht zu den gewünschten – manchmal genau zu den umgekehrten Effekten (siehe Altersarbeitslosigkeit – Altersarmut). Das bedeutet, wenn Unternehmen keine Möglichkeiten haben Ältere zu beschäftigen oder sie nicht beschäftigen wollen, können diese nicht bis 67 arbeiten und erhalten durch die fehlenden Beitragsjahre eine deutlich verminderte Rente.

6.1.2 Regionalstrategie Daseinsvorsorge

Das Modellvorhaben „Demografischer Wandel - Region schafft Zukunft“, welches vom Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) initiiert wurde, unterstützte von 2007 bis Ende 2011 Städte und Gemeinden bei der aktiven Gestaltung des demografischen Wandels (vgl. http://www.region-schafft-zukunft.de/cln_032/DE/Home/homepage__node.html?__nnn=true). Die Ergebnisse dieses Modellvorhabens gingen in ein weiteres Aktionsprogramm des BMVBS ein, der „Regionalstrategie Daseinsvorsorge“, welches als Modellvorhaben der Raumordnung (MORO) durchgeführt wird. Modellregionen in ländlichen Räumen werden in der Erstellung einer Regionalstrategie Daseinsvorsorge unterstützt. Es sollen Diskussionsprozesse eingeleitet werden, die Gemeinden und Städte anregen sollen, sich mit den Auswirkungen des demografischen Wandels auseinanderzusetzen und Anpassungsstrategien zu entwickeln (vgl. Bundesministerium für

Verkehr, Bau und Stadtentwicklung 2011, S. 9). Vor allem die sozialen Dienstleistungen: Kulturangebote, Gesundheitsleistungen, Kinderbetreuung, Schulausbildung und Altenpflege sind hier von Bedeutung. In der Veröffentlichung des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung: „Regionalstrategie Daseinsvorsorge. Denkanstöße für die Praxis“ werden Handlungsempfehlungen und Praxisbeispiele veröffentlicht. Von der Problemanalyse, zur Zielformulierung bis zur Definition von Handlungsempfehlungen wird anhand ausgewählter Modellregionen beschrieben, wie diese den besonderen Herausforderungen begegnet sind.

Zu den Modellregionen zählte auch die Region Stettiner Haff, die in sechs Handlungsfeldern mehr als 20 Projekte durchführte. Im Rahmen des Handlungsfeldes: „Soziale Daseinsvorsorge und Familienfreundlichkeit“ wurden u. a. die Projekte: „Junge Alte in der Mitte der Gesellschaft“ und „Angebote im Vorfeld der Leistungen von Pflegekassen“ umgesetzt, die für diese Arbeit näher betrachtet werden sollen. Das Projekt „Angebote im Vorfeld der Leistungen von Pflegekassen“ verfolgte das Ziel, niedrighschwellige professionelle und ehrenamtliche Angebote und Strukturen zu etablieren und miteinander zu vernetzen. Weiterhin wurde ein Wegweiser auf den Weg gebracht, um Betroffene und Angehörige und die regionale Bedarfsplanung durch differenzierte Prognosedaten zur Pflegebedürftigkeit in zu Ostvorpommern unterstützen. Darüber hinaus sollen jährliche Seniorenkonferenzen organisiert werden, die sich als Ziel, die Verbesserung der Situation Älterer gesetzt haben. Die Folgeprojekte „Modellvorhaben Kreispflegeplan“ und „Handlungsleitfaden zur Versorgung von Demenzerkrankten“ sind ebenfalls Ergebnis dieses Prozesses. Neben der Durchführung eines regionalen Gesundheits- und Pflegekongresses und der Gründung von Arbeitsgruppen ist öffentlich nichts über deren Ergebnisse bekannt. Über das Projekt „Junge Alte in der Mitte der Gesellschaft“ konnte sich lediglich ein monatlicher „Erzählalon“ etablieren. (Vgl. http://www.region-schafft-zukunft.de/cln_032/nn_253304/DE/ProjekteStettinerHaff/SozialeDaseinsvorsorgeFamilie/JungeAlte/projekt1.html).

Die Ergebnisse des Modellvorhabens „Demografischer Wandel – Region schafft Zukunft“ in den Altkreisen Uecker-Randow und Ostvorpommern sollen in der „Regionalen Entwicklungs- und Stabilisierungsinitiative (RESI)“ vertieft und weiterentwickelt werden. Letztere setzt sich unter anderem die Aufgabe, eine „Agentur für Zivilgesellschaftliches Engagement und Bürgerbeteiligung (AZEB)“ aufzubauen. Ziele sind der Aufbau bürgerschaftlicher Netzwerke und Förderung zivilgesellschaftlichen Engagements zur Entwicklung der Gemeinden und Städte. Auch die Unterstützung bestehender Projekte und Programme, wie das der multiplen Häuser (siehe Exkurs: Multiple Häuser) zählt zum Aufgabenspektrum. Als Träger vorgesehen sind die Hochschule Neubrandenburg und die Altkreise Uecker-Randow und Ostvorpommern. Gestartet im September 2010, soll Ende 2013 eine ausführliche Bilanz gezogen werden. Bisher sind öffentlich keine Zwischenergebnisse abrufbar.

Ein dargestelltes Beispiel der „Regionalstrategie Daseinsvorsorge“, welches für diese Arbeit von besonderem Interesse ist, ist das aus dem Südharz-Kyffhäuser Kreis zur ärztlichen Versorgung. Berichtet wird hier über den Ärztemangel der Region. Ein Ziel, wel-

ches im Rahmen des Modellprojektes Daseinsvorsorge erreicht werden sollte, war die wohnortnahe hausärztliche Versorgung und die Versorgung durch Fachärzte in zentralen Orten. Es wurde eine Bestandsanalyse durchgeführt und die Erreichbarkeit der Arztstandorte ermittelt. Darüber hinaus wurde der künftige Bedarf prognostiziert, um Aussagen über die Nachfrage der nächsten Jahre zu ermöglichen. Es wurden auch Szenarien entwickelt, die darlegten, welche Folgen die Schließung diverser Praxen für die Bevölkerung des Kreises hätte. Besonders wichtige Standorte konnten lokalisiert werden. Es wurden auch Handlungsmöglichkeiten, wie die Diskussion mit der Kassenärztlichen Vereinigung über die Erhaltung prioritärer Standorte, aufgeführt (vgl. Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung 2011, S. 47ff.). Die Ergebnisse belegten, dass bereits jetzt in einigen Teilen des Kreises Unterversorgung besteht. Ergebnisse, die so auch auf besonders benachteiligte Regionen Mecklenburg-Vorpommerns zutreffen und das, obwohl die „offiziellen“ Zahlen, d. h. die Versorgungsgrade der Planungsbereiche eher eine Überversorgung anzeigen.

Exkurs: Multiple Häuser

Ein weiteres Forschungsvorhaben, das der „Multiplen Häuser“ wird im Rahmen der Forschungsinitiative „Zukunft Bau“ des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtplanung durchgeführt und zählt zum Handlungsfeld „Neue Formen des Wohnens und Zusammenlebens“ des Modellvorhabens „Region schafft Zukunft“.

Was sind „Multiple Häuser“? Das Motto lautet: Vom Leerstand zum Multiplen Haus. Diese Häuser sollen in ländlichen Regionen eine Anlaufstelle für Bürger bieten und offerieren diverse Angebote, der medizinischen Versorgung, des Handels, freier Gewerke, etc., die von Tag zu Tag wechseln können. So können sich Ärzte, Physiotherapeuten, Friseure, aber auch Einzelhändler und Vereine an verschiedenen Tagen im jeweiligen Haus einmieten. Geplant ist ein Rotationsprinzip in einem Netz von multiplen Häusern: So können die Beteiligten fünf bis sechs Tage die Woche an verschiedenen Standorten die Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum garantieren, ohne dass für die beteiligten Ärzte, Physiotherapeuten, Unternehmen und Händler umfangreiche Kosten für eigene Filialen, Praxen oder Zweigstellen anfallen.

Zur Kostendeckung der Betriebskosten können Räumlichkeiten des Hauses aber auch von den Bürgern angemietet werden, um Feiern zu veranstalten, Nachbarschaftstreffs aufzubauen, sich in Selbsthilfegruppen zu treffen und ähnliches. Die Nutzung durch Gemeindeschwestern ist ebenfalls in Regionen mit drohender Unterversorgung angedacht und von Vorteil (vgl. Reichenbach-Behnisch 2010, S. 7). Bürger können sich mit ihren gesundheitlichen Beschwerden bei der Gemeindeschwester vorstellen ohne den oftmals schon sehr weiten Weg zum Arzt auf sich nehmen zu müssen. Dieser Ansatz wurde bereits im Programm „Schwester AGnEs“ (AGnES = Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention) umgesetzt und kann durchaus positive Erfolge vorweisen. Vor allem ältere und mobil eingeschränkte Bürger können von diesem

Angebot profitieren.

Im Juni 2011 wurden mehrere Gebäude in der Region Stettiner Haff ausgewählt, um darin multiple Häuser zu errichten. Zu den Modelldörfern zählen Vogelsang-Warsin, Altwarp, Rieth, Hintersee, Ahlbeck, Gladrow, Löwitz und Schlatkow. In Vogelsang-Warsin soll beispielsweise die alte Dorfschule Anfang August 2012 zum multiplen Haus ausgebaut werden. Die Mittel der beantragten Zuwendung kommen aus dem Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums. Auch die anderen Modelldörfer befinden sich in der zweiten Wettbewerbsphase für den LEADER-Wettbewerb Mecklenburg-Vorpommern 2012: „Best-Practice-Beispiele zur Sicherung der Grundversorgung/ Daseinsvorsorge in den ländlichen Räumen unter Berücksichtigung des demografischen Wandels“ (vgl. http://www.multiples-haus.de/ahlbeck_foerdermittelantrag.htm). „*Ergebnis des Forschungsprojekts ist die Entwicklung eines prototypischen Gebäudes als bauliche Hülle für vielfältige Nutzungen, die im Tagesrhythmus wechseln können. Es dient der Wiederbelebung der verlorengegangenen Infrastruktur und somit der Erhöhung der Lebensqualität in ländlichen Regionen.*“ (http://www.multiples-haus.de/gegenstand_forschungsvorhaben.htm). Die Räumlichkeiten der multiplen Häuser müssen für die verschiedensten Nutzungsmöglichkeiten geplant und ausgestattet werden. Nicht jeder Raum kann aus rechtlichen und hygienischen Gründen für jede Nutzung zur Verfügung stehen, so ist eine Untergliederung in medizinisch genutzte und für Handel und Veranstaltungen genutzte Bereiche des Hauses sinnvoll. Die Miete und Nebenkosten werden auf alle Mieter verteilt. Erforderlich sind das Engagement der Dorfbewohner und deren Offenheit für das neue Angebot. Sie selbst können das Haus mit Leben füllen und Einfluss auf die inhaltliche Ausgestaltung der Dienstleistungen im Haus nehmen. Die Dienstleistungsanbieter sind aber auch auf die Annahme ihres Angebotes angewiesen, um wirtschaftlich tragfähig arbeiten zu können. Der Forschungsbericht von Jana Reichenbach-Behnisch beschreibt auch Energiekonzepte und Finanzierungsmöglichkeiten zur Umsetzung der multiplen Häuser. „*„Alte Dorfschule m.H. – durch den einfachen Zusatz m.H. im Namen wird ein Gebäude als Multiples Haus regional und überregional identifizierbar.*“ (<http://www.multiples-haus.de/fazit.htm>).

Der aktuelle Umsetzungsstand in den einzelnen Modellregionen kann unter: <http://www.multiples-haus.de/index.htm> abgerufen werden. Das Konzept erweist sich als eine sehr gute Möglichkeit, sowohl die Bausubstanz vieler Dörfer zu erhalten, in den Gemeinden wieder ein lebendiges Dorfzentrum aufzubauen und zugleich den Bedürfnissen der Bürger durch den Aufbau einer sozialen Infrastruktur entgegen zu kommen.

6.1.3 Forschungsagenda „Das Alter hat Zukunft“

Die „Forschungsagenda der Bundesregierung für den demographischen Wandel“ umfasst sechs Forschungsfelder, von den „Grundsatzfragen einer Gesellschaft des längeren Lebens“, über „Älter werden bei guter Gesundheit“ bis zu „Mit guter Pflege zu mehr Lebensqualität“. Die Potenziale des Alters sollen durch diverse Maßnahmen gefördert

werden, sodass im besten Fall ein gesamtgesellschaftlicher Nutzen entsteht. Eines der Ziele der Agenda ist die Sicherstellung der häuslichen Pflege, die von vielen Älteren gegenüber einer Betreuung in einer Pflegeeinrichtung gewünscht wird. Dies bedeutet eine zusätzliche Belastung für Pflegepersonen, weshalb zu deren Unterstützung verschiedene Maßnahmen umgesetzt werden. Dazu zählt z. B. die Entwicklung von technischen Assistenzsystemen, die den Pflegealltag erleichtern sollen. Auch die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen soll durch spezielle Assistenzsysteme erleichtert werden. Seit 2012 werden vom Bundesministerium für Bildung und Forschung mehr als 20 Projekte für altersgerechte Assistenzsysteme gefördert, darunter u. a. das Forschungsprogramm „Altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben – AAL“ oder das Projekt ACCESS, welches ein elektronisches Leitsystem zur barrierefreien Routenplanung und Navigation durch Städte und Gebäude für gehbehinderte Senioren entwickelt. Darüber hinaus werden Forschungsprojekte gefördert, die internationale Erfahrungen des Praxishandelns in die familiäre Pflege einbinden sollen. Auch ein Beitrag zur Attraktivitätssteigerung des Arbeitsfeldes Pflege ist vorgesehen, um den Beruf auch künftig für eine Vielzahl von Schulabgängern oder Umschülern interessant zu machen. (Vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung 2011, 3ff.).

Die Forschungsagenda setzt sich zum Ziel, „[...] Fragen der gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen zu erforschen und innovative Lösungen, einschließlich neuer Produkte und Dienstleistungen für ein langes und gesundes Altern zu entwickeln.“ (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2011, 18). Dies geschieht zumeist im Rahmen der Förderung von Verbundprojekten. Die Laufzeit der Forschungsagenda ist bis Ende 2016 ausgerichtet. Über erste Ergebnisse kann bisher noch nicht berichtet werden.

6.1.4 Zukunftswerkstatt Demenz

Ein besonderer Schwerpunkt der Gesundheitspolitik liegt auf der Bewältigung der Herausforderungen, die die Zunahme neurodegenerativer Erkrankungen mit sich bringt. Daher ging das Leuchtturmprojekt Demenz – welches von 2008 bis 2009 29 Projekte förderte - in die Zukunftswerkstatt Demenz über. Dieses Nachfolgeprogramm soll ergänzend wirken und bereits vorhandenes Wissen in die Praxis überführen (vgl. <http://www.bmg.bund.de/pflege/demenz/zukunftswerkstatt-demenz.html>). Im Rahmen der Leuchtturmprojekte wurde z. B. untersucht, welchen Einfluss nicht-medikamentöse Behandlungen – u. a. Ergo- oder Verhaltenstherapie – haben. Dazu wurde eine Studie durchgeführt, die zum Ergebnis kam, dass sich das psychische Wohlbefinden durch Verhaltenstherapien verbessert. Auch so genannte Mehrkomponenten-Aktivierungsprogramme, die Geist und Körper aktivieren sollen, führten zu dem Ergebnis, dass kognitive Fähigkeiten über ein Jahr erhalten werden konnten, was als großer Fortschritt gewertet werden kann. Es wurden ebenfalls Projekte durchgeführt, die für Angehörige unterstützend wirken sollten. Dazu gehören Tandemgruppen, in denen sich jeweils Angehörige und Betroffene trafen oder das Angebot einer telefonischen Therapie. Auch Konzepte für die stationäre Pflege wurden entwickelt und Möglichkeiten des moderierten Austausches von Pflegefachkraft,

Betroffenem und Angehörigen geboten (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011c, S. 18ff). Viele der Projekte konnten sehr positive Ergebnisse erzielen und sollten daher ausgeweitet werden, vor allem, da die Versorgung an Demenz Erkrankter besondere Kompetenzen erfordert und mit starken Belastungen für Pflegende verbunden ist. Welche Projekte die Zukunftswerkstatt Demenz bisher fördert, stand zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Arbeit noch nicht fest.

6.1.5 Mehrgenerationenhäuser

Von 2006 bis 2011 wurde das Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser (MGH) durch die Bundesregierung gefördert. *„Für ein gutes Miteinander der Generationen stehen die Angebote der Mehrgenerationenhäuser, die praktische Hilfe und freiwilliges Engagement miteinander verbinden.“* (Bundesministerium des Innern 2011, S. 73). Bisher sind 500 dieser Häuser entstanden, in denen das Zusammentreffen der Generationen ermöglicht wird. Meist werden Unterstützungen für Familien oder haushaltsnahe Dienstleistungen angeboten. Auch Beratungen Demenzkranker und deren Angehörigen finden in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimergesellschaft statt, womit auf eine Folge der ansteigenden Lebenserwartung reagiert wird. (vgl. <http://www.mehrgenerationenhaeuser.de/web/guest/923> und Bundesministerium des Innern 2011, S. 73). In vielen Städten und Gemeinden haben sich die Mehrgenerationenhäuser als verbindliche Anlaufstelle vor allem für ältere Menschen etabliert. Kritisch ist jedoch, dass viele dieser Häuser nicht trägerunabhängig agieren und die Bindung an einen großen Wohlfahrtsverband oder kirchlichen Träger große Personenkreise von den Angeboten des MGH ausschließt. Hier gilt es Lösungen zu finden. Die positiven Ergebnisse sollen in einer zweiten Projektlaufphase (2012-2014) fortgeführt werden.

6.2 Maßnahmen der Gesundheitspolitik

„Ziel der Bundesregierung ist es, dass alle Menschen in Deutschland auch in Zukunft unabhängig von Einkommen, Alter und gesundheitlichem Risiko die notwendige medizinische Versorgung qualitativ hochwertig und wohnortnah erhalten und am medizinischen Fortschritt teilhaben können.“ (Bundesministerium des Innern 2011, S. 152). Durch diverse Reformen und Gesetzesentwürfe vergangener Jahre soll dieses Ziel erreicht werden. In folgenden werden die wichtigsten Maßnahmen der Gesundheitspolitik in Bezug auf den demografischen Wandel kurz zusammengefasst.

6.2.1 Einführung und Erweiterung der Pflegeversicherung

Bereits mit Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde eine wichtige Hürde zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit genommen. Wie bereits beschrieben, folgt die Pflegeversicherung der Krankenversicherung und muss abgeschlossen werden. Hier findet keine Bedarfsdeckung statt, sondern lediglich eine Minderung der anfallenden Kosten. Ein Ziel der Pflegeversicherung ist es, Pflegepersonen zu unterstützen und einen möglichst langen Verbleib Pflegebedürftiger in der häuslichen Umgebung zu gewährleisten. Die steigende Lebenserwartung und prozentuale Zunahme Älterer an der Bevölkerung hat Auswirkungen auf alle sozialen Sicherungssysteme, besonders betroffen ist die Pflegeversicherung, da von einer erhöhten Anzahl Pflegebedürftiger (von derzeit 2,34 Millionen auf 3,37 Millionen bis 2030) ausgegangen wird. Dabei spielen dementielle Erkrankungen eine besondere Rolle. Die Anzahl der Erkrankten wird sich bis 2050 fast verdoppeln. Bisher sind ca. 1,1 Millionen Menschen demenzkrank in Deutschland. Die Ausgaben der Pflegekassen werden demnach steigen, weshalb zum 1. Juli 2008 der Beitragssatz auf 1,95 Prozent (bei Kinderlosen 2,2 Prozent) angehoben wurde. „*Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte führt in der sozialen Pflegeversicherung zu jährlichen Mehreinnahmen von rund 2,5 Mrd. Euro.*“ (<http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegeversicherung/beitragssatz-beitragshoehe.html>). Diese sind notwendig, wenn man einen Blick auf die steigenden Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung wirft: im Jahr 2010 stiegen die Ausgaben um 6% (1,2 Milliarden) auf 21,5 Milliarden Euro.

6.2.2 Gesetzesentwürfe und Reformen

2011 trat das **GKV-Finanzierungsgesetz** in Kraft, welches der Stabilisierung der GKV dienen soll. Dazu wurden folgende Maßnahmen ergriffen: Festsetzung des Arbeitgeberanteils auf 7,3%, Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge, die es den Krankenkassen erlauben, „*[...] ihre Vorteile mit festen Europreisen darzustellen und damit zu werben.*“ (Bundesministerium des Innern 2011, S. 153) und Einführung des Sozialausgleichs.

Das **Pflegeweiterentwicklungsgesetz** von 2008 setzte sich zum Ziel häusliche Pflege vermehrt zu unterstützen und führte zum Ausbau ambulanter und stationärer Leistungen. Es wird darüber hinaus regelmäßig geprüft, ob Leistungen angepasst werden müssen (vgl. Bundesministerium des Innern 2011, S. 162). Die Bundesregierung sieht sich auch in der Pflicht, ehrenamtliche Pflege zu unterstützen, um die professionelle Pflege zu entlasten.

Das **Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)**, welches 2012 verabschiedet wurde, will mit neuen Ideen und Unterstützungsleistungen auf die Auswirkungen des demografischen Wandels reagieren. Dazu gehört die Förderung von Pflegewohngruppen, die Verbesserung der ambulanten Versorgung Demenzkranker, die Ausweitung der Unterstützung pflegender Angehöriger und die Förderung der freiwilligen privaten Vorsorge (vgl. <http://www.bmg.bund.de/pflege/das-pflege-neuausrichtungsgesetz.html>). Pro Person können

die WG-Bewohner 2.500 Euro Förderung erhalten (maximal 10.000 Euro pro Gruppe), z. B., wenn sie Umbauten an ihrer Wohnung vornehmen wollen/müssen. Auch, eine monatliche Förderung i. H. v. 200 Euro als Ausgleich des höheren Organisationsaufwandes ist möglich (vgl. <http://www.bmg.bund.de/pflege/das-pflege-neuausrichtungsgesetz/pflegewohngruppen.html>).

Die Verbesserung der ambulanten Pflege Demenzkranker bezieht nun auch Betreuungsleistungen ein. Zudem können Zeitvolumen für die Pflege vereinbart werden. *„Gemeinsam mit den Pflegediensten können sie sich dadurch flexibel auf Leistungen verständigen, die auch insbesondere den Bedürfnissen von Demenzpatienten gerecht werden.“* (<http://www.bmg.bund.de/pflege/das-pflege-neuausrichtungsgesetz/demenz.html>). Auch die Höhe der Leistungen für Demenzkranke wurde angepasst für alle Pflegestufen, auch die der Stufe 0¹⁴.

Die Unterstützung pflegender Angehöriger zählt zu einem wichtigen Element des PNG, denn dadurch erhofft man sich den längeren Verbleib Pflegebedürftiger im häuslichen Umfeld. Angehörige sollen künftig bei Inanspruchnahme von Kurzzeit- oder Verhinderungspflege weiterhin die Hälfte des Pflegegeldes erhalten. Damit wird es ihnen ermöglicht Auszeiten zu nehmen, die keinen allzu großen finanziellen Einschnitt bedeuten. Eine Verbesserung der Regelungen zur Rentenversicherung von Pflegepersonen ist ebenfalls beabsichtigt (<http://www.bmg.bund.de/pflege/das-pflege-neuausrichtungsgesetz.html>).

Um diese Leistungserweiterungen zu finanzieren, ist eine Beitragssatzanhebung um 0,1 Beitragssatzpunkte zum 1. Januar 2013 vorgesehen. Da die Umlagefinanzierung der Pflegeversicherung nicht als zukunftssträchtig betrachtet wird, wird mit dem PNG eine Kapitaldeckung eingeführt (vgl. Bundesministerium des Innern 2011, S. 163). Versicherte können private Pflegezusatzversicherungen abschließen, die staatlich gefördert werden. Vorgesehen ist ein jährlicher Zuschuss von 60 Euro zur Versicherungsprämie. Leistungen werden dann im Falle einer Pflegebedürftigkeit als Pflegemonatsgeld in Abhängigkeit zur Pflegestufe gezahlt. Der monatliche Mindestbeitrag liegt bei 10 Euro und darf als Höchstgrenze den Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung nicht überschreiten. Es besteht Kontrahierungszwang und ein Ausschluss von Risikobeiträgen (vgl. <http://www.bmg.bund.de/pflege/das-pflege-neuausrichtungsgesetz/finanzierung.html>).

Das **Pflegezeitgesetz** von 2008 ermöglicht es Erwerbstätigen, bei Auftreten eines Pflegefalls in der Familie, zehn Tage von der Arbeit fernzubleiben, um die Versorgung zu regeln. Wollen sie den Angehörigen selbst pflegen, können sie eine sechsmonatige Auszeit (Pflegezeit) nehmen. Zum 01. Januar 2012 wurde ebenfalls die Familienpflegezeit beschlossen. *„Durch sie soll pflegenden Angehörigen die Möglichkeit eröffnet werden, in einem Zeitraum von bis zu zwei Jahren zur häuslichen Pflege von Angehörigen mit reduzierter Stundenanzahl im Beruf weiterzuarbeiten und durch eine staatlich geförderte Aufstockung ihres Arbeitsentgelts dennoch ihre finanzielle Lebensgrundlage zu behalten.“* (Bundesministerium des Innern 2011, S. 164). Arbeiten Pflegepersonen dann nur noch mit der halben Stundenzahl, erhalten sie 75% ihres Bruttoeinkommens, müssen

14 Patienten ohne Pflegestufe, deren Pflegebedarf noch unter 45 Minuten Grundversorgung am Tag liegt.

dann aber in der Nachpflegephase wieder Vollzeit für weiterhin 75% des Geldes arbeiten, bis ein Ausgleich des Zeitkontos stattgefunden hat. Beruf und Pflege können so besser miteinander vereinbart werden.

Das **GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)**, erlassen 2003, ermöglichte u. a. die Eröffnung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) und die ambulante Versorgung in Krankenhäusern (vgl. http://www.aok-bv.de/lexikon/g/index_00375.html). Diese Maßnahmen stellen einen entscheidenden Beitrag zur bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der Bevölkerung, vor allem in ländlichen Regionen, die besonders vom Bevölkerungsrückgang und Ärztemangel betroffen sind, dar.

Das **GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)** vom 01. Januar 2012 zielt insbesondere auf eine bessere Versorgung für Patienten, flexiblere Versorgungsstrukturen auf dem Land, Anreize für Ärzte in strukturschwachen Gebieten, gute Rahmenbedingungen für den Arztberuf und zielgenaue Bedarfsplanung ab. Letztere soll künftig nicht mehr nur den Stadt- und Landkreisen entsprechen. Dass eine derartige Einteilung der Planungsbereiche problematisch ist, wurde in vorangegangenen Kapiteln bereits dargelegt, da so trotz scheinbarer Überversorgung eine tatsächliche Unterversorgung in einigen Regionen vorliegt. Weiterhin sollen mobile Versorgungskonzepte und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie gefördert und der Ausbau der Telemedizin¹⁵ gefördert werden. Eine leistungsgerechtere Vergütung ärztlicher Leistungen wurde ebenso beschlossen (vgl. <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/gkv-versorgungsstrukturgesetz/gkv-versorgungsstrukturgesetz.html>). Dargelegt wurden nur einige der Änderungen, die das GKV-VStG mit sich bringt, da diese von besonderem Interesse für diese Arbeit sind.

6.3 Weitere Projekte

Neben den Förderprogrammen des Bundes existieren auch Projekte, die auf Initiative einzelner Akteure oder Vereine entstanden sind. Einige ausgewählte sollen kurz vorgestellt werden.

6.3.1 Wohnen für Hilfe

„Statt die harte Eurowährung für Wohnraum zu verlangen, erhalten ‚Vermieter‘ Hilfeleistungen im Alltag, die variabel von beiden Parteien vorher vereinbart werden.“ (<http://www.wohnenfuerhilfe.info/>). Als Mieter treten meist Studenten auf, die preiswerten Wohnraum suchen.

¹⁵ *„(...) elektronische Übertragung diagnostischer Bilder (CT, MRT), ärztlicher Befunde sowie anderer medizinischer, patientenbezogener Dokumente zwischen einem Zentrum der Bildgebung/Untersuchung (Klinik oder Praxis) und einem regional entfernt liegenden Befundzentrum (Expertenzentrum) – mit dem Ziel, eine integrative Versorgung sicherzustellen.“* (http://www.imaging-service.de/home_1.html).

Vermieter können Einzelpersonen, aber auch Vereine oder Kooperationen von Studentenwerken und ansässigen Hochschulen sein. Finanziert wird das Projekt demnach von diversen Trägern – es handelt sich nicht um ein bundesweites Programm, sondern wird als Initiative von Städten und Hochschulstandorten autonom verwaltet (vgl. <http://www.wohnen-für-hilfe.info/>).

Welche Leistungen vereinbart werden, wird individuell ausgehandelt. Möglich sind: Haushaltshilfe, Kinderbetreuung, Gartenpflege, Einkaufen, gemeinsame Spaziergänge oder Unternehmungen. Bisher ausgenommen sind Pflegeleistungen, wegen der besonderen Anforderungen. Meist gilt, dass pro gemietetem m² Wohnraum, monatlich eine Stunde Hilfe angeboten werden muss. Die Regelungen sind von Vermieter zu Vermieter verschieden. Wer Wohnraum anbieten will, kann sich an die jeweilige „Wohnen für Hilfe“ Initiative seiner Stadt wenden und wird bei passendem Wohnraumangebot in die Kartei aufgenommen und an potenzielle Mieter weiter geleitet. Als Mieter muss man mindestens 18 Jahre alt und bereit sein, Hilfe zu leisten. Werden die Wohnungen von Studentenwerken getragen, ist der Studentenstatus Voraussetzung.

Bereits in mehreren Städten Deutschlands – von Aachen über Saarbrücken bis München – wird das Projekt „Wohnen für Hilfe“ angeboten und es bietet beiden Parteien Vorteile: die einen erhalten günstigen Wohnraum und können sich sozial engagieren und die anderen erhalten Hilfe für Aktivitäten, die sie allein nicht (mehr) bewältigen können und müssen nicht allein in ihrem Haus leben. Weitere Informationen gibt es unter: <http://www.wohnen-für-hilfe.info/> oder <http://www.wohnenfuerhilfe.info/>.

6.3.2 Dorf im Dorf – Dobbertin

Das Modellvorhaben „Dorf im Dorf“ im Klosterdorf Dobbertin/Mecklenburg-Vorpommern sieht vor, eine Siedlung für Ältere in der Nähe des Dorfkerns zu errichten, die selbstbestimmtes und unabhängiges Leben im hohen Alter möglich macht. Durch die fußläufige Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten und die Barrierefreiheit werden grundsätzliche Bedingungen für ein altersgerechtes Wohnen geschaffen. Es sollen 40 Wohneinheiten entstehen, die zusammen mit Spiel- und Freiflächen eine kleine Siedlung bilden, die sowohl Rückzugsmöglichkeiten, als auch Treffpunkte bietet. *„Die Häuser werden den individuellen Bedürfnissen der späteren Bewohner entsprechend geplant als 1.5- bis 3-Zimmer-Wohnungen für Paare und Alleinstehende mit Möglichkeiten des Dachgeschossbaus für z.B. Gästezimmer.“* (<http://www.dorfimdorf.de/>). Moderne Energiekonzepte sollen umgesetzt werden und selbstbestimmtes Wohnen durch Verwendung technischer Assistenzsysteme (AAL – Ambient Assisted Living) ermöglicht werden. Im Falle einer Pflegebedürftigkeit ist der Einzug von Betreuungspersonal ebenfalls mitgedacht (vgl. <http://www.dorfimdorf.de/>).

Das Modellvorhaben entsteht in Kooperation verschiedener mittelständischer Unternehmen, der öffentlichen Hand und der Universität Rostock.

6.3.3 MV4you

MV4you ist eine Agentur, die im Jahr 2001 von der „Stiftung evangelische Jugend Schwerin“ und dem IT-Unternehmen „Planet internet commerce“ gegründet wurde. Getragen wird das Projekt von der UdW GmbH - Gesellschaft für Dienstleistung, Unternehmensberatung der Wirtschaft, in Kofinanzierung aus Mitteln des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (vgl. <http://www.mv4you.de/index.php/de/impressum> und Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2005, S. 43). Gedacht ist es, ehemalige Abwanderer, die eine Anstellung in ihrer alten Heimat suchen, wieder nach Mecklenburg-Vorpommern zu holen. Natürlich können auch Menschen, die nicht aus Mecklenburg-Vorpommern stammen die Plattform zur Jobsuche nutzen. Das System ist bedienerfreundlich: Unternehmen stellen ihre Stellenangebote ein und Rückkehrwillige legen ein Profil an und nehmen Kontakt auf. *„Die Agentur mv4you stellt Verbindung zwischen Fach- und Führungskräften sowie den im Land angesiedelten Unternehmen und Institutionen her und pflegt diese.“* (<http://www.mv4you.de/index.php/de/unser-service>). Die Agentur organisiert auch Jobmessen (MV-Abend), Pendleraktionen, Workshops und Recruiting-Touren, um auf sich und ihr Angebot aufmerksam zu machen. Bisher soll es der Agentur gelungen sein, mehr als 5.000 Auswanderer wieder in die Heimat zurück zu holen. Viele von ihnen verließen das Land aufgrund schlechter beruflicher Perspektiven und sind überdurchschnittlich qualifiziert (vgl. Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2005, S. 43).

7. Was kann noch getan werden? – Handlungsempfehlungen

Wie die voran gegangenen Ausführungen bereits deutlich gemacht haben, existieren sehr viele Programme und Initiativen zum Thema: Auswirkungen des demografischen Wandels. Auch der Gesetzgeber hat reagiert durch Anpassung vorhandener und Erlassen neuer Gesetze. Die folgenden Punkte sollen weitere Denkanstöße liefern, wie künftig noch besser mit Versorgungsfragestellungen und den wirtschaftlichen sowie sozialen Folgen des demografischen Wandels umgegangen werden kann.

7.1 Förderung professioneller und familiärer Pflege

Vor allem die Attraktivität der Pflegeberufe als Ausbildungsberufe muss verstärkt werden, da die meisten Beschäftigten Zeit ihres Lebens im erlernten Beruf arbeiten. Hier könnte vermehrt der Auftritt von Unternehmen auf regionalen Messen genutzt werden, um Jugendliche für eine Ausbildung zu gewinnen. *„Die ‚Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege‘ von Bund, Ländern und Verbänden wird die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege stärken und die Attraktivität des Berufs- und Beschäftigungsfeldes steigern.“* (Bundesministerium des Innern 2012, S. 36). Um den steigenden Bedarf von Pflegekräften in den nächsten Jahren decken zu können, müssen Pflegeberufe perspektivisch auch ökonomisch attraktiver werden - hier sind deutliche Verbesserungen der Verdienstmöglichkeiten anzustreben. Perspektivisch sinnvoll ist ebenfalls eine gemeinsame Grundausbildung der Pflegeberufe und anschließende Spezialisierung. Diese wird erforderlich aufgrund des immer höheren Anspruches, den die Pflege Demenzkranker erfordert. Dadurch soll es ermöglicht werden ein möglichst breites Grundwissen zu erlangen, das für zahlreiche Eventualitäten im anschließenden Berufsleben wappnet. Werden darüber hinaus Weiterbildungen und Aufstiegschancen in Verbindung mit einer mitarbeiterfreundlichen Arbeitsablauforganisation angeboten, wird die Chance erhöht, Pflegepersonal zu gewinnen und im Beruf zu halten (vgl. Deutscher Bundestag 2002, S. 258).

Ein weiterer Grund zur Ausübung eines Pflegeberufes liegt sicherlich in der relativen Arbeitsplatzgarantie, denn Pflegekräfte werden immer und in allen Regionen benötigt werden. *„Eine Umwandlung von geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen in Teilzeitverhältnisse oder der Teilzeit- in Vollzeitverhältnisse beziehungsweise eine Anhebung der geleisteten Wochenstunden bei Teilzeit- oder geringfügig Beschäftigten würde den Pflegepersonalengpass verzögern.“* (Afentakis/Maier 2010, S. 1001). Die hohe Anzahl an Teilzeitbeschäftigten spiegelt die Geschlechterverteilung wider. Da vor allem Frauen als Pflegekräfte arbeiten und sie auch meist die familiäre Kinderbetreuung übernehmen, arbeiten sie häufiger Teilzeit. *„Dabei könnte eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf in den Pflegeberufen auch dazu beitragen, die Attraktivität der Pflegeberufe für junge Frauen zu steigern.“* (Afentakis/Maier 2010, S. 1002).

Wie bereits erwähnt, wird über eine Million der 2,34 Millionen Pflegebedürftigen aus-

schließlich durch Angehörige versorgt. Ohne das Engagement der Angehörigen wäre die bedarfsgerechte Pflege nicht zu realisieren bzw. würde eine enorme Belastung der sozialen Sicherungssysteme entstehen. Um pflegende Angehörige zu unterstützen, wurden in den letzten Jahren zahlreiche Reformen erlassen. Dazu zählen u. a. das bereits erwähnte Pflegezeitgesetz und das PNG. Auch die Einführung der Familienpflegezeit, wie in Kapitel 6.2.2 beschrieben, stellt eine wesentliche Erleichterung dar. Die physischen und psychischen Belastungen einer jahrelangen Pflegetätigkeit dürfen ebenfalls nicht unterschätzt werden. Häufig leiden Partnerschaften und die ganze Familie unter familiären Pflegefällen. Zeit mit dem Partner oder den Kindern zu verbringen, kann durch Angebote professioneller und ehrenamtlicher Pflegepersonen unterstützt werden. Vor allem die besondere Beanspruchung von Pflegepersonen, die demenzkranke Angehörige pflegen, findet in Gesetzesnovellen und Förderprogrammen (z. B. Zukunftswerkstatt Demenz) ihren Niederschlag. Die starke – oft jahrelange – Belastung und die speziellen Bedürfnisse der Demenzkranken erlauben kaum Freizeiten. Nur selten wird Hilfe von außen in Anspruch genommen, weil Demenzkranke auf Änderungen nur schlecht eingehen können und Pfleger die Inanspruchnahme als Eingeständnis des Versagens interpretieren. Neuartige Angebote, die Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen Entlastung bringen sollen, sind betreute Urlaube. Das Ostseebad Boltenhagen bietet mit der Hotelanlage „Tarnewitzer Hof“ Angehörigen kurze Momente der Entspannung: <http://www.betreuter-urlaub-tarnewitz.de/home.html>.

Auch, die Aktivierung freiwilliger Helfer ist eine Option familiäre und professionelle Pflegekräfte zu unterstützen. Der Bundesfreiwilligendienst stellt eine dieser Möglichkeiten dar, aber auch ehrenamtliches Engagement von Senioren kann eine Entlastung der zum Teil dramatischen Pflegesituation darstellen. *„Für den Bereich des bürgerschaftlichen Engagements ist festzustellen, dass ältere Menschen vor allem dann bereit sind, verantwortliche Aufgaben innerhalb der Gesellschaft zu übernehmen, wenn sie davon ausgehen, dass sie den zugehörigen Anforderungen auch auf Dauer gewachsen sind und ihr Engagement von anderen in angemessener Weise nachgefragt und geschätzt wird.“* (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010b, S. 500). Die größten Ressourcen der Älteren für die Gesellschaft sind ihre Zeit und ihre Erfahrung. Beides kann sinnvoll genutzt werden, indem attraktive Ehrenamtsstrukturen geschaffen werden. Es entstehen ausschließlich Win/Win-Situationen: soziale Integration und das gute Gefühl eine sinnvolle Tätigkeit auszuüben, intergenerative Kontakte und Unterstützung sozialer Einrichtungen sind einige Beispiele. Dies kann vor allem in Bereichen der Altenpflege geschehen. Einige Modellprogramme der Bundesregierung setzten sich zum Ziel das bürgerliche Engagement, vor allem Älterer, zu fördern. Dazu zählt das Bundesmodellprogramm „Erfahrungswissen für Initiativen (EFI)“. Ein Ziel des Programmes ist die Ausbildung von SeniortrainerInnen, die wiederum älteren Menschen Formen der Teilhabe, auch ehrenamtliche, näher bringen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005, S. 346). Die Einrichtung von Anlaufstellen für motivierte und engagierte Senioren, z. B. in Form von Seniorenbüros, ist eine Grundvoraussetzung für den Beginn einer ehrenamtlichen Tätigkeit, da vielen Menschen die Orientierung fehlt, sie nicht wissen, an wen sie sich wenden können. Die bereits vorgestellten Mehrgenerationenhäuser oder multiplen Häuser wären eine mögliche Anlaufstelle für Interessierte und

könnten auch als Ort gemeinsamer Aktivitäten genutzt werden.

Vor allem im Bereich der Altenpflege und -versorgung werden künftig die Unterstützungsleistungen ehrenamtlich tätiger, älterer Menschen benötigt werden, aufgrund des steigenden Pflegebedarfs und der sich ändernden Familienstrukturen. Hierbei stehen pflegerische Leistungen nicht unbedingt im Mittelpunkt. Oftmals genügen Gespräche oder gemeinsame Aktivitäten (z. B. Feste), um den Alltag in stationären Einrichtungen lebenswerter zu gestalten (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005, S. 351).

In den letzten Jahren konnte ein stetiger Anstieg des ehrenamtlichen Engagements der Älteren festgestellt werden. Je nach Quellen liegt die Beteiligung der 55- bis 64-Jährigen bei bis zu 40% (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005, S. 354f.). Dieses Potenzial ließe sich auch für ehrenamtliche Tätigkeiten in stationären Einrichtungen nutzen.

Die zunehmende gesellschaftliche Forderung nach mehr ehrenamtlicher Tätigkeit in der Nacherwerbsphase kommt aber auch an ihre Grenzen: Menschen, die von Altersarmut bedroht sind oder bereits in ihr leben, immobile oder familiär sehr eingebundene Ältere sind als Zielgruppe schwer zu erreichen. Sie stellen berechtigt die Frage: Was habe ich von meinem Engagement? – Hier ist es Zeit, in Deutschland neue Wege zu gehen: Beispiele wie „Wohnen für Hilfe“, das System der Zeitrenten oder des Sozialgeldes rentieren sich für alle Beteiligten – auch wirtschaftlich – und bauen ein vom Generationenvertrag und von familiären Unterstützungssystemen entkoppeltes Solidarsystem auf, auf das Deutschland in den nächsten Jahrzehnten nicht verzichten können.

7.2 Bedarfsgerechter Rück- und Umbau von Städten und Dörfern

Viele, vor allem ländliche, Regionen sind besonders betroffen vom Bevölkerungsrückgang, als Folge des demografischen Wandels. So wird beispielsweise Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2030 1.451.887 Einwohner zählen, was einen Rückgang der Bevölkerung gegenüber dem Jahr 2010 um fast 250.000 bedeutet (Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2009, S. 3). Als Folge werden Dörfer und Städte „entvölkert“. Strategien, dem zu begegnen, sind Konzepte zum bedarfsgerechten Wohnungsrückbau oder in Ausnahmefällen Entsiedlungen und anschließende Renaturierung der Gemeindeflächen. Die Konzentration auf ein definiertes, funktionierendes Ortszentrum sollte jedoch vor dieser Radikallösung stehen, denn die Menschen verbleiben am liebsten – auch im hohen Alter – im gewohnten Lebensumfeld. *„Aller Erfahrung nach ist es sinnvoll, den Rückbau von den Stadträndern nach innen zu organisieren und kein Geld in die Sanierung von Außenbezirken zu stecken.“* (vgl. Kröhnert/Olst/Klingholz 2005, S. 92). Ob die Errichtung kompletter Seniorenstädte, wie sie im sonnigen Süden der USA – daher der Name Sun City – existieren, auch für Deutschland möglich und sinnvoll ist, muss untersucht werden. Generell sollte der Umbau von Bestandsstrukturen vor dem Neubau von Siedlungen

Vorrang haben. Vorliegende Strukturen und räumliche Gegebenheiten sprechen zudem für Schwierigkeiten bei der Umsetzung. Dennoch entstehen erste Ideen, „Seniorenviertel“ in Dörfern oder Städte zu integrieren, die den speziellen Bedürfnissen der alternden Bevölkerung entsprechen. Eines dieser Konzepte ist das genannte Modellvorhaben „Dorf im Dorf“ im Klosterdorf Dobbertin/Mecklenburg-Vorpommern (Kapitel 6.3.2). Dieses Konzept kann und sollte auf weitere Dörfer und Städte angewendet werden, da auf diesem Weg deren Attraktivität steigt und man den Bedürfnissen einer älter werdenden Gesellschaft gerecht wird.

7.3 Alter ≠ Krankheit! Gesundheitsverhalten fördern!

Trotz Zunahme von Gesundheitsproblemen im Alter, wird ein Großteil dieser Lebensphase bei guter Gesundheit verbracht. Umwelt-, Lebens-, Arbeitsbedingungen und Lebensstile - vor allem Ernährung, Sport, Konsum von Alkohol oder Tabak - haben Auswirkungen auf den Gesundheitszustand. Dieser Tatsache sollte sich jeder bewusst sein und durch Nutzung von Präventionsmöglichkeiten, zu einem Leben mit längerer Gesundheit beitragen. Neben dem Gewinn an zusätzlicher Lebensqualität und längerer Gesundheit, sind Kosteneinsparungen aufgrund weniger angewendeter Therapien die Folge. *„Theoretisch werden die Einsparpotenziale in Deutschland durch eine langfristig angelegte Prävention auf bis zu 30 % der heutigen Gesundheitskosten geschätzt [...].“* (Deutscher Bundestag 2002, S. 188). Durch früh einsetzende Präventionsprogramme kann die Wahrscheinlichkeit chronischer Erkrankungen, die besonders kostenintensiv sind, gesenkt werden. *„Durch eine bessere Ernährung, Tabakabstinenz und die Vermeidung von Übergewicht wird das Risiko für Herz-Kreislauf- und Tumorerkrankungen sowie Erkrankungen der Atemwege, der Verdauungsorgane und des Muskel-Skelett-Systems reduziert.“* (Deutscher Bundestag 2002, S. 201). Bereits bestehende Programme müssen intensiver beworben, z. B. von Hausärzten, werden.

7.4 Arbeitsmarkt und Flexibilisierung des Renteneintrittsalters

Im Jahr 2009 waren 6.152.000 Menschen über 55 Jahren erwerbstätig, das entspricht 43,3% der Altersgruppe zwischen 55 bis 65 (vgl. Statistisches Bundesamt 2011a, S. 91). Eine Heraufsetzung des Renteneintrittsalters diene zum gegebenen Zeitpunkt also vorrangig der Entlastung der Rentenkassen, als der Versorgung der Unternehmen mit erfahrenen Arbeitnehmern zur Deckung des Fachkräftebedarfs. Noch entdeckt der Arbeitsmarkt die Zielgruppe 55+ nur sehr zögerlich für sich: Unternehmen sollten die Fähigkeiten älterer Mitarbeiter schätzen und Arbeitszeitmodelle, Arbeitsplatzausstattungen und/oder Assistenzsysteme etablieren, um ältere Mitarbeiter in den Unternehmen zu halten. Das Bewusstsein über diesen Zugewinn für beide Seiten wird mit dem steigenden Risiko von Altersarmut großer Teile unserer Gesellschaft auch als individueller Existenzsicherungsfaktor und als Entlastung der sozialen Sicherungssysteme zunehmend wichtig.

Nicht wenige der Rentner fallen mit dem Austritt aus der Erwerbsarbeit in ein finanzielles und emotionales Loch („Pensionierungsschock“), da ihr bisheriges Leben stark an der Erwerbsarbeit ausgerichtet war und ein Wegfallen einen gravierenden Einschnitt bedeutet (vgl. Backes/Clemens 1998, S. 61ff.).

Die mittlerweile auf 67 Jahre angehobene Renteneintrittsgrenze bedeutet eine Entlastung der sozialen Sicherungssysteme. Länger arbeiten = länger einzahlen. Da viele Ältere aber auch noch über 67 hinaus leistungsfähig und gesund sind, sollte eine flexible Altersgrenze ermöglicht werden. Flexibel und berufsabhängig lauten die Stichwörter, denn vor allem körperlich schwer arbeitende Menschen sollten bei Bedarf auch in jüngeren Jahren ohne Abzüge in Rente gehen können. Die Auswirkungen einer körperlich stark beanspruchenden Arbeit auf die Gesundheit sind bewiesen und sollten Berücksichtigung finden (vgl. Kröhnert/Olst/Klingholz 2005, S. 37). Ein Modell zur flexiblen Rentengrenze stammt von Axel Börsch-Supan, der vorschlägt, „[...] die *hinzukommenden Lebensjahre nach einem festen Verhältnis auf Arbeits- und Pensionszeit [zu] verteilen. Rechenbeispiel: Wählte man die heutige Aufteilung von etwa 2:1 bei einer konservativ geschätzten Steigerung der Lebenserwartung von zwei Jahren pro Jahrzehnt, so läge das Renteneintrittsalter 2030 bei 67 Jahren und acht Monaten und 2050 bereits bei 70 Jahren und vier Monaten.*“ (Schwentker/Vaupel 2011, S. 7f.). Schwentker/Vaupel (2011, S. 9) beschreiben noch einen anderen Weg, den der Umverteilung der Arbeit über die Lebensphasen: „*Es würde ausreichen, wenn alle im Alter von 20 bis 65 nur 25 Stunden pro Woche arbeiteten – vorausgesetzt, Menschen bis 70 Jahre beteiligten sich auch zu einem kleineren Teil.*“ (Schwentker/Vaupel 2011, S. 9). Die Umsetzung ist in Form von Lebensarbeitszeitkonten möglich, wobei die bisherigen Lebensphasen: Vorbereitungsphase, Erwerbsphase und Ruhestand aufgebrochen und vermischt werden würden. Von anderen Autoren wird dieses Prinzip auch als Lebensarbeitszeitgestaltung beschrieben. Lernen würde man lebenslang, je nachdem, wie die Anforderungen der jeweiligen Arbeitsstelle aussehen. Entscheiden sich Paare für die Familiengründung, können sie so lange zu Hause bleiben, wie sie es für sinnvoll und in der Situation angemessen halten, denn die Jahre können „nachgearbeitet“ werden. So hätte man Zeit für die Erziehung der Kinder, wenn sie benötigt wird und nicht mit 65, wenn die Kinder längst ihr eigenes Leben führen. Es wird vermutet, dass diese Form der Arbeitszeitgestaltung die Produktivität, Mitarbeiterzufriedenheit und Motivation erhöht. „*Bei der praktischen Umsetzung sind neben den betrieblichen Implementierungsproblemen insbesondere die Konsequenzen für die individuelle soziale Sicherung in der Diskussion; letzteres vor allem wegen der traditionell engen Verknüpfung von sozialer Sicherung und (möglichst) lebenslanger bzw. vollkontinuierlicher Erwerbsarbeit.*“ (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005, S. 112). Für die Umsetzung dieses Modells müssen vermehrt Teilzeitjobs angeboten werden und Arbeitgeber flexibler auf Arbeitszeitwünsche reagieren. Es würde aber sowohl die Familiengründung erleichtern, als auch die Potenziale der älteren Bevölkerung nutzen (vgl. (Schwentker/Vaupel 2011, S. 9). Dieses Modell entspräche einer altersngerechten Arbeitszeitpolitik (vgl. Seifert 2008, S. 27f.). Altersgerechte Arbeitszeitpolitik wiederum richtet sich vermehrt nach den Wünschen älterer Arbeitnehmer. Beide Ansätze können miteinander kombiniert werden (vgl. Seifert 2008, S. 28). Der 5. Altenbericht der Bundesregierung (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005,

S. 116) formuliert ebenfalls Handlungsempfehlungen zur Lebensarbeitszeit, denen aber keine politischen Konsequenzen bzw. Umsetzungsstrategien folgen.

Wie in Kapitel 5.4.2 erwähnt wurde, haben einige Unternehmen (Fahrion, Daimler-Benz AG) die Vorteile älterer Beschäftigter erkannt und eine altersgerechte Personalplanung und Beschäftigungspolitik eingeführt. Allerdings kann dies nur für sehr gut qualifizierte Angestellte nachgewiesen werden. Erforderlich wären Maßnahmen, die die Beschäftigung Älterer mit mittlerem oder geringem Qualifikationsniveau fördern (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010b, S. 499f.). Auch die Demografiestrategie der Bundesregierung sieht eine Erhöhung der Erwerbsbeteiligung Älterer als ein Ziel an, da ältere Beschäftigte motiviert und leistungsfähig sind und Chancen zur Mitgestaltung gern nutzen (vgl. Bundesministerium des Innern 2011, S. 113). Anpassungen des Arbeitsplatzes an Erfordernisse älterer Beschäftigter sind hierzu unabdingbar. Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitspolitik sollen u. a. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung getroffen werden, damit nicht nur ältere Mitarbeiter leistungsfähig bleiben. Dies kann geschehen durch eine altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitszeitanpassung, Ermöglichung von Gruppenarbeit oder die Umstrukturierung von Arbeitsaufgaben (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005, S. 105).

7.5 Optimierung der Bedarfsplanung und der Versorgungsstrukturen

Die in dieser Arbeit herausgestellte Problematik der zu großen Planungsbereiche - die eine optimale Versorgung suggerieren, tatsächlich jedoch zur Unterversorgung in bestimmten Gebieten des Planungsbereiches führen - muss entgegen gewirkt werden durch eine kleinräumige und regional differenzierte Bedarfsplanung. Bislang entsprechen die 395 Planungsbereiche ungefähr den Kreisen in Deutschland. Dabei konzentrieren sich viele Ärzte in den größeren Städten, während die umliegenden Gemeinden keine Ärzte mehr haben und Bewohner lange Fahrwege auf sich nehmen müssen. Die Beschreibung der Versorgungssituation und die Darlegung des drohenden Ärztemangels in Mecklenburg-Vorpommern und vielen weiteren ländlichen Regionen, verdeutlicht, dass hier akuter Handlungsbedarf besteht, der zum Teil bereits von den Gesetzgebern als solcher erkannt wurde. So wurden durch das Vertragsänderungsgesetz (VÄndG) Teilzulassungen ermöglicht, die es den Ärzten erlauben, sowohl im ambulanten, als auch stationären Bereich zu arbeiten. Dies wirkt dem Ärztemangel entgegen und sorgt für eine bessere Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors. Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) hob die Altersgrenze für Vertragsärzte auf, was diesen erlaubte länger zu praktizieren als bis zum Alter von 68 Jahren (vgl. Wessels 2010, S. 56). Darüber hinaus sollte es in erhöhtem Maß möglich sein, dass Krankenhäuser die Facharztversorgung für die Bevölkerung anbieten dürfen. Hierdurch wäre die fachärztliche Versorgung gesichert. Weitere Maßnahmen zur Absicherung der vertragsärztlichen Versorgung sind Umsatzgarantien für Arztpraxen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen ausgesprochen werden können und Darlehen für Praxisneugründungen in strukturschwachen Gebieten. Die KVn können im Rahmen

der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung diese Maßnahmen ergreifen (gemäß § 75 Abs. 8 SGB V) (vgl. Beivers/Minartz 2009, S. 206). Um dem Problem der Fehlallokation zu begegnen kann die Zulassung in einem überversorgten Bereich abgelehnt werden. Weiterhin besteht die Möglichkeit, dass kleine Krankenhäuser im ländlichen Raum „[...] in ein Gesamtsystem mit poliklinischer Struktur umgewidmet werden.“ (Beivers/Minartz 2009, S. 207). Einzelne Abteilungen bleiben erhalten und darüber hinaus wird z. B. eine chirurgische Ambulanz eingerichtet und ein Hausarzt angestellt.

Um Ärzten eine Niederlassung „auf dem Land“ und in strukturschwachen Regionen attraktiver zu gestalten, wurden mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz Honorarzuschläge bzw. Honorarabschläge auf den Orientierungswert¹⁶ eingeführt, jedoch konnten diese finanziellen Anreize langfristig nicht den gewünschten Erfolg vorweisen (vgl. Beivers/Minartz 2009, S. 41).

Das VÄndG stellt einen ersten Ansatz dar, beide Sektoren miteinander zu verbinden, indem Ärzte sowohl im Krankenhaus tätig sein dürfen, als auch Praxen an verschiedenen Tagen der Woche in der Region unterhalten können (Teilzulassungen). Hierzu könnten multiple Häuser der ideale Anlaufpunkt, in Form der Zurverfügungstellung von Praxisräumen sein. An den Tagen, die der Arzt seinen Dienst im Krankenhaus ableistet, könnten Gemeindegewerkschaften die Versorgung der Bürger übernehmen und in kritischen Fällen per Telemedizin Kontakt zum Arzt aufnehmen oder die Fälle für den Praxistag des Arztes vormerken. Das Modellprogramm FONTANE testet in der Region Nordbrandenburg telemedizinische Versorgungskonzepte, die eine medizinische Versorgung ermöglichen, auch, wenn der Arzt nicht vor Ort ist.

Ein weiterer Vorteil der Tätigkeit eines Arztes im Krankenhaus und eigener Praxis ist der, dass derselbe Arzt die Einweisung und Behandlung im Krankenhaus übernehmen kann. Teilzeitanstellungen in Medizinischen Versorgungszentren kommen ebenfalls Ärzten – vor allem Ärztinnen – zu Gute, da sie flexiblere Berufs- und Arbeitsbedingungen bieten.

Die strikte Trennung des ambulanten und stationären Sektors führt zu einem erschwerten Informationsaustausch, unter dem besonders chronisch kranke Patienten leiden. Deren Behandlung erfordert einen häufigen Wechsel zwischen den Sektoren, dieser hat „[...] sich dabei sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Behandelnden oft als unangenehm, unzweckmäßig und für das Gesundheitssystem nicht selten als unwirtschaftlich erwiesen.“ (Deutscher Bundestag 2002, S. 201). Bisher konnte keine flächendeckende Lösung dieses Problems gefunden werden, auch, wenn die Möglichkeit von Ärzten sowohl ambulant als auch stationär tätig zu sein, ein Schritt zur Verzahnung beider Sektoren darstellt. Generell sollte eine verbesserte Koordination und Kooperation zwischen Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegebereichs angestrebt werden.

16 „Mit der Honorarreform 2009 ist in der vertragsärztlichen Vergütung ein bundesweiter Orientierungswert eingeführt worden, den der Bewertungsausschuss von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband jeweils bis zum 31. August eines Jahres für das Folgejahr festlegt. Auf der Basis des Orientierungswertes legen Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen die regionale Euro-Gebührenordnung fest.“ (http://www.aok-bv.de/lexikon/o/index_02071.html).

Versorgungsaufgaben können demnach nicht nur von Gemeindeschwestern, sondern auch von Vertretern anderer Gesundheitsberufe übernommen werden. Die Einrichtung Medizinischer Versorgungszentren, die dem Vorbild der Poliklinik folgen und durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ermöglicht wurden, kann als ein wesentlicher Schritt zur Kooperation verschiedener medizinischer Berufsgruppen angesehen werden und dient gleichzeitig als ganzheitliche ambulante Versorgung der Bevölkerung. Kooperationen unter Ärzten verschiedenster Fachrichtungen können die Behandlung verkürzen und einen Krankenhausaufenthalt unter Umständen verhindern.

Darüber hinaus wird es erforderlich sein, durch die Zunahme altersbedingter Erkrankungen, die medizinische Versorgung mit der pflegerischen zu verbinden. (vgl. Bundesministerium des Innern 2011, S. 157). Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege z. T. verortet in einer Einrichtung und koordiniert von einem behandelnden Arzt wären das Ziel, welches es zu erreichen gilt. Auch, wenn ein stationärer Aufenthalt notwendig wird, sollten die Abstimmungsprozesse vereinfacht werden, sodass belastende und teure Doppeluntersuchungen entfallen. Auch der Übergang z. B. vom Krankenhaus in die stationäre oder ambulante Pflege soll durch das mit dem GKV-WSG und der Pflegereform eingeführten Entlassungsmanagement erleichtert werden. Die Kontaktaufnahme zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtung unterstützt Angehörige und Patienten und führt zu einem nahtlosen Übergang der Behandlungsfolge ohne Wartezeiten (vgl. Bundesministerium des Innern 2011, S. 158).

Letztendlich sollten alle Gemeinden und Städte in Deutschland alle planerischen und wirtschaftlichen Möglichkeiten nutzen, eine flächendeckende medizinische Versorgung bereit zu stellen, da diese ein entscheidendes Kriterium für die Attraktivität der Region darstellt.

8. Fazit

„Altern ist bis jetzt das einzige Mittel, das man gefunden hat, um länger zu leben.“
(Charles-August Sainte-Beuve 1804-1869).

In dieser Arbeit wurden die Faktoren des demografischen Wandels in der Bundesrepublik Deutschland dargestellt. Im Fokus der Betrachtungen standen die etablierten Strukturen des Gesundheitssystems, die Zuständigkeiten auf Bundes-, Landes- und institutioneller Ebene. Inwiefern die sich wandelnden Familienstrukturen, die stetig steigende Lebenserwartung der Bevölkerung und die geringe Fertilitätsrate tatsächlich einen drohenden Pflegenotstand und regionalen Ärztemangel bedingen, wurde untersucht.

Die bereits eingetretenen und antizipierten Auswirkungen der einzelnen Faktoren des demografischen Wandels auf die sozialen Sicherungssysteme, das Gesundheitssystem und die regionale Daseinsvorsorge wurden ebenfalls beschrieben. Die Darlegungen zeigen, dass der demografische Wandel nicht nur die Bevölkerungspyramide förmlich „auf den Kopf“ stellt, sondern dass die Folgen des Wandels Deutschland und vor allem Mecklenburg-Vorpommern vor enorme Aufgaben stellen. Städte, Gemeinden und der Bund werden gemeinsam agieren müssen, um den Herausforderungen in sämtlichen Bereichen wirkungsvoll und nachhaltig begegnen zu können. Die beschriebenen Maßnahmen der Bundesregierung im Umgang mit den Auswirkungen des Wandels stellen erste Schritte, erste Modelle, aber noch keinen ganzheitlichen Lösungsansatz dar. Auch im Handlungsfeld des demografischen Wandels zeigt sich, dass einzelne, befristete Modellförderungen eine verlässliche Regelfinanzierung dauerhafter Strukturen nicht ersetzen dürfen, weil kurzfristig forcierte Aktivitäten, Projekte und aufgebaute Strukturen nach Auslaufen der Förderung häufig nicht verstetigt werden. Modellprojekte sind als Innovator in Ergänzung zur Regelfinanzierung und für den bundesweiten Wissenstransfer förderlich, wenn die Verstetigung aufgebauter Strukturen Projektziel ist.

Als eine besondere Herausforderung wurde die Pflegebedürftigkeit von Personen mit neurodegenerativen Erkrankungen dargestellt. Da deren Zahl durch die steigende Lebenserwartung künftig weiter zunehmen wird, ist eine Anpassung bestehender Pflege-, Finanzierungs- und Versorgungsstrukturen zwingend nötig.

Als Exkurs wurden die Potenziale des demografischen Wandels betrachtet. Hier liegt es sowohl in der persönlichen als auch in der gesellschaftlichen Verantwortung, die Zukunft einer immer älter werdenden Gesellschaft in Deutschland finanzierbar, lebenswert und sozial zu gestalten. Wie erste Handlungsansätze greifen und was darüber hinaus an Handlungsoptionen besteht, beschließt die vorliegende Arbeit.

Literaturverzeichnis

Afentakis, Anja/ Maier, Tobias (2010): Projektionen des Personalbedarfs und –angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: Statistisches Bundesamt (2010): Wirtschaft und Statistik 11/2010. Wiesbaden. S. 990-1002.

Backes, Gertrud M./ Clemens, Wolfgang (2003): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. 2. Aufl. Weinheim und München.

Beck, Ulrich/Beck-Gernsheim, Elisabeth (1994): Individualisierung in modernen Gesellschaften-Perspektiven und Kontroversen einer subjektorientierten Soziologie. In: Beck, Ulrich/Beck-Gernsheim Elisabeth (Hrsg.): Riskante Freiheiten. Frankfurt a. M. S. 10-42.

Beck-Gernsheim, Elisabeth (1994): Auf dem Weg in die postfamiliale Familie-Von der Notgemeinschaft zur Wahlverwandtschaft. In: Beck, Ulrich/Beck-Gernsheim Elisabeth (Hrsg.): Riskante Freiheiten. Frankfurt a. M. S. 115-138.

Beivers, Andreas/Minartz, Christof (2009): Ärztemangel in strukturschwachen Regionen. Zukunftsorientierte Lösungsansätze über die Sektorengrenzen hinweg. In: Gesellschaftspolitische Kommentare Nr. 1/09. S. 37-43.

Blum, Karl/Löffert, Sabine (2010a): Ärztemangel im Krankenhaus. Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen. Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Düsseldorf.

Blum, Karl/Löffert, Sabine (2010b): Ärztemangel im Krankenhaus. Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen. Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Zusammenfassung. Düsseldorf.

Boeckh, Jürgen/Huster, Ernst-Ulrich/ Benz, Benjamin (2006): Sozialpolitik in Deutschland, 2.Aufl., Wiesbaden.

Böhm, Susanne (2012): Ein Landarzt für Woldegk gesucht. In: Nordkurier, Strelitzer Zeitung vom 26./27.05.2012, S. 20.

Bundesärztekammer: Ärztestatistik (verschiedene Jahrgänge), online abrufbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.1667>

Bundesministerium des Innern (2011): Demografiestrategie. Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes. Berlin.

Bundesministerium des Innern (2012): Jedes Alter zählt. Demografiestrategie der Bundesregierung. Berlin.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2011): Das Alter hat Zukunft. Berlin/Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit (2011a): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (2011b): Daten des Gesundheitswesens 2011. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (2011c): Leuchtturmprojekt Demenz. Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010a): Altern im Wandel. Zentrale Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010b): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Berlin.

Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2011): Regionalstrategie Daseinsvorsorge. Denkanstöße für die Praxis. Berlin.

Deutscher Bundestag (2002): Schlussbericht der Enquete-Kommission „Demografischer Wandel- Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“. Drucksache 14/8800, Bonn.

Druyen, Thomas (2005): Die große Alterswende. In: In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Alter und Altern. 49-50/2005. Bonn. S. 17-25.

Fischer, Stefan (2011): Ressourcen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. In: Referat Gesundheit des Landkreises Mecklenburg-Strelitz (Hrsg.): 3. Gesundheitsbericht des Landkreises Mecklenburg-Strelitz. Berichtszeitraum 2005 bis 2010. S. 134-170.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2010): Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2010. Zahlen. Fakten. Informationen.

- Klose**, Joachim/ Rehbein, Isabel (2011): *Ärzteatlas 2011. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten*. Hg. vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO). Berlin.
- Klose**, Joachim/Uhlemann, Thomas/Gutschmidt, Swen (2003): *Ärztmangel – Ärzteschwemme? Auswirkungen der Altersstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung*. Hg. vom Wissenschaftlichen Institut der AOK. Bonn.
- Kopetsch**, Thomas (2010): *Dem Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlenentwicklung*. 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Aufl., Berlin.
- Kröhnert**, Steffen/Olst, Nienke van/Klingholz, Reiner (2005): *Deutschland 2020. Die demografische Zukunft der Nation*. Hg. vom Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. 3. Aufl. Berlin.
- Kröhnert**, Steffen et. al (2011): *Die demografische Zukunft der Nation. Was freiwilliges Engagement für die Regionen leistet*. Hg. vom Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. 1. Aufl. Berlin.
- Loeffelholz**, Hans Dietrich von: (2011): *Demografischer Wandel und Migration als Megatrends*. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte. Demografischer Wandel*. 10-11/2011. S. 34-40.
- Motel-Klingebiel**, Andreas/Wurm, Susanne/Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.) (2010): *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Tabellenanhang*. Berlin.
- Nagel**, Eckhard (Hrsg.) (2007): *Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur-Leistungen-Weiterentwicklung*. Köln, 4. Aufl.
- Offergeld**, Silke (2010): *Die Unschätzbaren*. In: *Frankfurter Rundschau. Panorama* - 15 | 12 | 2010.
- Oyen**, Rainer/Löhe, Irmgard (1996): *Soziale Sicherheit durch Sozialversicherung*. In:
- Schwarzer**, Wolfgang (Hrsg.): *Lehrbuch der Sozialmedizin - für Sozialarbeit, Sozial- und Heilpädagogik*. Dortmund, S. 98-105.
- Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte** (Hrsg.): *Hausärztliche Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte. Monitoring 2011*. Neubrandenburg.
- Reichenbach-Behnisch**, Jana (2010): *Installieren multipler Häuser als gemeinschaftlicher Stützpunkt von Dienstleistung und Nachbarschaft in ländlichen Regionen in der vom Demografischen Wandel besonders betroffenen Modellregion „Stettiner Haff“*. Forschungsbericht im Rahmen der Forschungsinitiative „Zukunft Bau“ Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung. Leipzig.

Ritter, Gerhard A. (1983): Sozialversicherung in Deutschland und England. Entstehung und Grundzüge im Vergleich. München.

Robert Koch-Institut (2006a): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin.

Robert Koch-Institut (2006b): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Datentabellen. Berlin.

Rothgang, Heinz et. al (2005): Differenzierung privater Krankenversicherungstarif nach Geschlecht: Bestandsaufnahme, Probleme, Optionen. Gutachten für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bremen.

Röttger-Liepmann, Beate (2007): Pflegebedürftigkeit im Alter. Aktuelle Befunde und Konsequenzen für künftige Versorgungsstrukturen. Weinheim und München.

Saß, Anke-Christine/Wurm, Susanne/Ziese, Thomas (2009): Alter = Krankheit? Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung. In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin. S. 32-62.

Schneider, Norbert F./Dorbritz, Jürgen (2011): Wo bleiben die Kinder? Der niedrigen Geburtenrate auf der Spur. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Demografischer Wandel. 10-11/2011. Bonn. S. 26-34.

Schulenburg, J.-Matthias Graf von der (2005): Versicherungsökonomik. Karlsruhe.

Schwentker, Björn/Vaupel, James W. (2011): Eine neue Kultur des Wandels. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Demografischer Wandel. 10-11/2011. Bonn. S. 3-10.

Seidl, Claudius (2005): Warum wir nicht mehr älter werden. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Alter und Altern. 49-50/2005. Bonn. S. 3-9.

Seifert, Hartmut (2008): Alternsgerechte Arbeitszeiten. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Ältere: Gesellschaftliches Potential! 18-19/2008. Bonn. S. 23-30.

Simon, Michael (2010): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 3., Aufl. Bern.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Heft 2. Wiesbaden.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2012): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2006): Bevölkerung Deutschlands bis 2050: 11. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2011a): Statistisches Jahrbuch 2011. Für die Bundesrepublik Deutschland mit „internationalen Übersichten“. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2011b): Gesundheit. Personal 2010. Fachserie 12 Reihe 7.3.1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2011c): Gesundheit. Personal 2001 bis 2010. Fachserie 12 Reihe 7.3.2. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2012a): Pressemitteilung vom 5. April 2012 – 125/12: Gesundheitsausgaben 2010 auf rund 287 Milliarden Euro gestiegen. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2012b): Gesundheit. Ausgaben 2010. Fachserie 12 Reihe 7.1.1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2012c): Gesundheitsausgabenrechnung. Wiesbaden.

Wessels, Michael (2010): Regionale Versorgungsunterschiede in Deutschland. In: Die Ersatzkasse 2/2010.

Zweifel, Peter/Eisen, Roland (2003): Versicherungsökonomik. 2. Aufl., Berlin.

Internet:

- http://www.bpb.de/die_bpb/PMF4ZV,0,0,Chancen_und_Perspektiven.html (11.04.2012).
- http://www.region-schafft-zukunft.de/cIn_032/DE/Home/homepage__node.html?__nnn=true (11.04.2012).
- <http://www.regionale-daseinsvorsorge.de/22/> (11.04.2012).
- <http://www.bpb.de/apuz/33444/oekonomische-auswirkungen-des-demografischen-wandels?p=all> (11.04.2012).
- http://www.bpb.de/themen/WM0Z6D,0,0,Zur_demografischen_Lage_der_Nation.html (02.05.2012).
- <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Bevoelkerungsstand.html> (02.05.2012).
- <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/wegweiser/einfuehrung.html> (02.11.2011).

- <http://www.pkv-infos.net/geschichte-der-pkv.php> (03.11.2011).
- <http://www.pkv.de/verband/> (07.11.2011).
- <http://www.pkv-private-krankenversicherung.net/pkv-beitragserhoehungen-fuer-2012-wahrscheinlich-2403> (08.11.2011).
- <http://www.gesundheitsstrukturreform.de/services/faq.pl?val=1320739350&job=uni&faq=13763785> (08.11.2011).
- <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/LebenserwartungBundeslaenderMaennlich.html> (14.05.2012).
- <http://www.bmg.bund.de/ministerium/aufgaben-und-organisation/aufgaben.html> (20.05.2012).
- <http://www.g-ba.de/> (22.05.12).
- <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/finanzierung/gesundheitsfonds.html> (24.05.2012).
- <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.9237.9238> (25.05.2012).
- <http://www.bundesaerztekammer.de/specialdownloads/Stat10Abbildungsteil.pdf> (25.05.2012).
- <http://www.gkv-spitzenverband.de/ITSGKrankenkassenListe.gkvnet> (29.05.2012).
- <http://www.cecuc.de/versicherungspflichtgrenze.html> (29.05.2012).
- <http://www.wdr5.de/sendungen/tagesgesprach/s/d/13.03.2012-09.20/b/die-kranken-kassen-machen-hohe-gewinne.html> (29.05.2012).
- http://service.mvnet.de/sm-indikatoren/daten_berichte/e-bibointerth08/I08_05.xls (01.06.2012).
- <http://www.kbv.de/39165.html> (01.06.2012).
- https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/_Grafik/Nominal.html (07.06.2012).
- https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/_Grafik/AnteilBIP.html (07.06.2012).
- http://service.mvnet.de/sm-indikatoren/daten_berichte/e-bibointerth08/I08_24.xls (07.06.2012).
- <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.1667> (12.06.2012).
- <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.9237.9246> (12.06.2012).
- http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20010403_1bvr162994.html (15.06.2012).
- <http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegeversicherung/beitragssatz-beitragshoeh.html> (19.06.2012).
- http://www.region-schafft-zukunft.de/nn_252590/DE/ProjekteStettinerHaff/projekte_stettiner_haff_node.html?__nnn=true (19.06.2012).
- http://www.region-schafft-zukunft.de/cln_032/nn_253304/DE/ProjekteStettinerHaff/SozialeDaseinsvorsorgeFamilie/JungeAlte/projekt1.html (19.06.2012).
- <http://www.bmg.bund.de/pflege/demenz/zukunftswerkstatt-demenz.html> (20.06.2012).
- <http://www.bmg.bund.de/pflege/das-pflege-neuausrichtungsgesetz.html> (20.06.2012).
- <http://www.mehrgenerationenhaeuser.de/web/guest/923> (20.06.2012).
- <http://www.bmg.bund.de/pflege/das-pflege-neuausrichtungsgesetz/pflege-wohngruppen.html> (20.06.2012).

- <http://www.bmg.bund.de/pflege/das-pflege-neuausrichtungsgesetz/demenz.html> (20.06.2012).
- <http://www.bmg.bund.de/pflege/das-pflege-neuausrichtungsgesetz/finanzierung.html> (21.06.2012).
- http://www.aok-bv.de/lexikon/g/index_00375.html (21.06.2012).
- http://www.imaging-service.de/home_1.html (21.06.2012).
- http://www.aok-bv.de/lexikon/o/index_02071.html (27.06.2012).
- http://sisonline.statistik.m-v.de/sachgebiete/A418803L/stand/1/Krankenhaeuser_und_Betten_nach_Krankenhaustypen (03.08.2012).
- http://145.253.244.35/boerse/Praxisboerse_Result.cfm (03.08.2012).
- <http://www.spiegel.de/unispiegel/wunderbar/aeltester-student-australier-allan-stewart-macht-vierten-uni-abschluss-a-831338.html> (14.08.2012).
- <http://www.news.de/gesellschaft/855233960/100-jaehriger-laeuft-rekord-marathon/1/> (14.08.2012).
- <http://www.epochtimes.de/71-jaehriger-als-aeltester-mensch-auf-dem-mount-everest-124657.html> (14.08.2012).
- http://www.kleinezeitung.at/nachrichten/leute/multimedia.do?action=showEntry_detail&project=2140 (14.08.2012).
- <http://www.betreuter-urlaub-tarnewitz.de/home.html> (14.08.2012).

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift