

BAGSO-Positionspapier zur gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen*

Mit dem demografischen Wandel und einer steigenden Zahl hochaltriger Menschen verändert sich die Nachfrage nach medizinischer Versorgung. Einerseits sind die heute 70-Jährigen im Durchschnitt deutlich gesünder als die 70-Jährigen noch vor zwei Jahrzehnten. Andererseits steigt das Risiko für chronische körperliche und demenzielle Erkrankungen, für Multimorbidität und Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bei Hochaltrigen deutlich an.

Wir wissen, dass die individuelle Lebensführung, adäquate medizinische Behandlung, Prävention und Rehabilitation den Gesundheitszustand, die Lebensqualität und damit auch die Teilhabechancen Älterer erheblich beeinflussen. Damit ist die Frage nach der Gesundheit und Gesunderhaltung im Alter von erheblicher individueller, aber zugleich auch gesellschaftlicher Bedeutung.

Wir fordern daher die Weiterentwicklung eines leistungsfähigen, bedarfsgerechten und solidarischen Krankenversicherungssystems. Einer weiteren Aufweichung der bewährten Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) treten wir entschieden entgegen.

1. Das Argument, Ältere seien ausschließlich „Nutznießer“ der GKV, lassen wir nicht gelten!

Das Umlageverfahren der GKV bewirkt, dass medizinische Leistungen aus den Beiträgen kollektiv finanziert werden. Wer darauf hinweist, dass ältere Menschen im Durchschnitt mehr Leistungen in Anspruch nehmen als jüngere, darf nicht die Tatsache unterschlagen, dass die heute Älteren während ihres Erwerbslebens das Umlagesystem ebenfalls als Nettozahler solidarisch mitfinanziert haben. Dies ist der Inhalt des Generationenvertrages, den niemand ernsthaft in Frage stellt.¹

* Das Positionspapier wurde von den Mitgliedern der verbandsübergreifenden Fachkommission „Gesundheit und Pflege“ erarbeitet und am 14.12.20110 vom BAGSO-Vorstand verabschiedet.

¹ Wissenschaftliche Studien (u.a. Rostocker MPI für demographische Forschung) belegen zudem, dass nicht das kalendarische Alter sondern vielmehr die Nähe zum Tod für einen Kostenanstieg für Gesundheitsleistungen verantwortlich ist. Das bedeutet, dass eine steigende Lebenserwartung nur zu einer Verschiebung dieser Kosten in eine höhere Altersklasse führt.

2. Das Solidarprinzip „gesund hilft krank“ darf nicht aufgegeben werden!

Das individuelle Krankheitsrisiko darf weder für die Versicherbarkeit noch für die Höhe des Beitragssatzes eine Rolle spielen. Die GKV unterscheidet sich in diesem Prinzip wesentlich von der privaten Krankenversicherung. Insofern warnen wir auch davor, medizinische Leistungen in private Zusatzversicherungen auszulagern. Diese sind infolge individueller Gesundheitsprüfungen für Personen mit bestehenden Vorerkrankungen – und dies sind vermehrt ältere Menschen – entweder nur mit Leistungsausschlüssen zugänglich oder aber wegen erheblicher Risikozuschläge gar nicht bezahlbar.

3. Gesundheit müssen sich alle leisten können!

Rentnerinnen und Rentner werden bei den Beiträgen zur GKV jetzt schon systematisch stärker belastet als Erwerbstätige, da sie z.B. auf Betriebsrenten den vollen GKV-Beitrag selbst zahlen. Die zukünftigen Kostensteigerungen des Gesundheitswesens, die durch das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) einseitig den Versicherten aufgelastet werden, werden durch mögliche Rentensteigerungen nicht annähernd ausgeglichen. Hinzu kommt, dass ältere Menschen aufgrund stärkerer Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen sowie von Heil- und Hilfsmitteln bereits jetzt überdurchschnittlich durch Zuzahlungen und Eigenanteile belastet sind.² Schon jetzt werden notwendige Untersuchungen, Behandlungen oder Hilfsmittel aus finanziellen Gründen häufig nicht genutzt, wodurch hohe und vermeidbare Folgekosten entstehen.

4. Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung muss nachhaltig gesichert werden!

Die Beiträge auf Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung müssen weiterhin paritätisch je zur Hälfte durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber finanziert werden. Wir machen uns außerdem dafür stark, dass alle Einkunftsarten (auch Vermögenseinkommen, Gewinne und Mieteinkünfte) in die Finanzierung der GKV einbezogen werden. Schließlich sollte die Beitragsbemessungsgrenze angehoben werden, um einkommensstarke Personengruppen gemäß ihrer Leistungsfähigkeit einzubeziehen.

5. Wir setzen uns für einen Wettbewerb der Krankenkassen ein!

Wir warnen jedoch davor, den Wettbewerb ausschließlich über die unterschiedliche Höhe von Zusatzbeiträgen zu steuern. Der gewollte Krankenkassenwechsel setzt informierte, aktive und gesunde Versicherte voraus. Hochbetagte und chronisch kranke Menschen sind hierbei jedoch benachteiligt. Diese müssten bei einem Wechsel ihrer Krankenkasse z.B. bewährte Disease Management Programme³ verlassen.

² Siehe auch Stellungnahme der BAGSO zum Entwurf des GKV-Finanzierungsgesetzes vom 15.10.2010 (www.bagso.de)

³ Disease Management Programme (§ 137f-g SGB V) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Patienten, die von einzelnen gesetzlichen Krankenkassen für ihre Versicherten angeboten werden.

6. Wir lassen keine Einschnitte im Leistungskatalog der GKV zu!

Insbesondere wenden wir uns mit Nachdruck gegen Rationierungen medizinischer Leistungen nach dem Lebensalter. Alle Lebensphasen sind gleich wertvoll. Auch ältere Menschen müssen gleichberechtigt vom medizinischen Fortschritt profitieren können.

7. Prävention und Rehabilitation in allen Phasen des Lebenslaufs stärken!

Wir plädieren dafür, die Anstrengungen in allen Bereichen der Prävention und Rehabilitation auszuweiten. Mit dem Ziel der Steigerung von Lebensqualität und der Vermeidung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit sind verstärkt Anreize für eine gesunde Lebensführung zu schaffen. Die von der Bundesregierung geförderten Programme „Fit im Alter“ und „Im Alter in Form“ zeigen, dass Interventionen auch im höheren Alter großen Erfolg haben können.

Die Verantwortung des Einzelnen für einen sorgsamem Umgang mit der eigenen Gesundheit muss gestärkt werden. Für den Erfolg aller präventiven Maßnahmen ist zudem entscheidend, die Verantwortung der Betriebe und Kommunen für gesunde Arbeits- und Lebensbedingungen herauszustellen.

Rehabilitation ist in allen Lebensphasen möglich und sinnvoll. Der Grundsatz „Reha vor Pflege“ muss um den Grundsatz „Reha bei Pflege“ ergänzt werden. Rehabilitationsleistungen müssen vermehrt und zügig bewilligt werden. Hierzu sind die Kooperation der Kosten- und Leistungsträger und das Übergangsmanagement zu verbessern. Insbesondere sollten bei akuten Erkrankungen, die eine anschließende Rehabilitation typischerweise notwendig machen (z.B. Hüft- und Kniegelenk-Operationen, Schlaganfall, Herzinfarkt), diese Maßnahmen ohne Zeitverzug begonnen werden können, um den Therapieerfolg nicht zu gefährden.

Der Ausbau mobiler Rehabilitationsleistungen ist für die geriatrische Rehabilitation unabdingbar.

8. Wir fordern einen Aktionsplan „mündiger Patient“!

Wir unterstützen die Bemühungen, die Versicherten- und Patientenrechte zu stärken. Unabdingbare Voraussetzung für ein gesundheitsbewusstes und die Ressourcen des Gesundheitssystems schonendes Verhalten der Versicherten und Patienten sind verständliche Informationen, Aufklärung und Transparenz.

Jeder Einzelne ist gefordert, sich mit seiner Gesundheit, möglichen Erkrankungen und Vorstellungen für sein Lebensende auseinanderzusetzen. Wir setzen uns daher für einen offenen Dialog über Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und auch das Thema Organspende ein.

Ein mündiger Patient braucht zugleich auch Mitwirkungs- und Beteiligungsrechte. Daher machen wir uns dafür stark, dass ältere Menschen als große Gruppe der Versicherten und Patienten auch eine eigene Interessenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss erhalten.

9. Altersmedizin in Forschung, Weiterbildung und Praxis stärken!

Wir fordern mit Nachdruck, dass die besonderen Bedürfnisse Älterer im Gesundheitswesen anerkannt werden. Es ist dringend geboten, die in den medizinischen und pflegerischen Berufen bestehenden Altersbilder zu hinterfragen, um eine strukturelle Benachteiligung Älterer zu vermeiden.

Der Mehraufwand, der durch die Behandlung und Betreuung mehrfach erkrankter oder behinderter Personen entsteht, muss angemessen vergütet werden.

Wir setzen uns für den Ausbau der Fort- und Weiterbildung in den Bereichen Geriatrie, Alterszahnmedizin und Gerontologie ein. Insbesondere Hausärzte, Internisten und Allgemeinmediziner müssen über gerontologische und geriatrische Kenntnisse verfügen. Daher fordern wir auch den Ausbau von Lehrstühlen für Geriatrie, Alterszahnmedizin und Gerontologie an den Universitäten.

Die Erkenntnisse der Altersmedizin und Alterszahnmedizin müssen auch im Bereich der Pharmakologie stärkere Berücksichtigung finden: So müssen die Wirkungen von Arzneimittelkombinationen bei älteren Patienten erforscht und ältere und hochaltrige Menschen in klinischen Studien besser berücksichtigt werden.

Wir fordern, dass die Strukturen für Palliativmedizin und –pflege weiter verbessert werden, um die fachlich und ethisch angemessene Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen sicherzustellen.

10. Psychiatrie, Psychotherapie und Gerontopsychiatrie ausweiten!

Psychische Erkrankungen können in jeder Lebensphase auftreten. Bei älteren Menschen werden sie jedoch häufig nicht erkannt bzw. nicht fachgerecht behandelt. Daher fordern wir, die psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung der älteren Bevölkerung nachhaltig zu verbessern.

Wir wissen, dass die Zahl demenziell erkrankter Patienten weiter zunehmen wird. Das Gesundheitswesen muss sich auf die besonderen Bedürfnisse dieser Patienten einstellen. Dafür ist es unabdingbar, dass die Kenntnisse über die Erkrankung erweitert und das Verständnis für die Erkrankten in den Fachdisziplinen ebenso wie in der Gesellschaft deutlich gestärkt werden. So sollte das im ambulanten und stationären Bereich beschäftigte Personal im Umgang mit demenzkranken Patienten geschult sein. Der Mehraufwand, der bei der medizinischen Versorgung demenzkranker Patienten entsteht, muss angemessen vergütet werden. Bei stationären Aufenthalten Demenzkranker mahnen wir eine adäquate Abbildung der (Neben-)Diagnose Demenz im Fallpauschalensystem (DRG) an.

11. Die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen sichern!

Ein gleichberechtigter, barrierefreier Zugang zu Gesundheitsdiensten muss auch in ländlichen und strukturschwachen Gegenden gewährleistet sein. Wir begrüßen daher alle Maßnahmen, die die wohnortnahe Versorgungssituation in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gegenden nachhaltig verbessern.

Dazu zählen eine an der Bevölkerungsstruktur orientierte kleinräumige Bedarfsplanung, eine Flexibilisierung der vertragsärztlichen und -zahnärztlichen Angebotsstrukturen, eine dem Mehraufwand der Leistungserbringung im ländlichen Raum angemessene Vergütung, die Förderung von Praxisübernahmen oder Niederlassungen und die Sicherstellung der Erreichbarkeit der medizinischen Leistungen. Die Erreichbarkeit muss durch flexible Transportdienste und aufsuchende Versorgungsangebote gewährleistet werden. Wir befürworten die Stärkung der Delegationsmöglichkeiten hausärztlicher Tätigkeiten an medizinisches Fachpersonal.

12. Medizinische und zahnmedizinische Versorgung in Pflegeheimen verbessern!

Wir fordern seit Jahren, dass die medizinische und zahnmedizinische Versorgung in Pflegeheimen verbessert werden muss. Wir begrüßen daher, dass der große Handlungsbedarf endlich auch von Akteuren des Gesundheitswesens erkannt wird. Die „Initiative Pflegeheim“ der Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen wir mit Nachdruck und fordern die Kassen und Leistungserbringer auf, zügig interdisziplinäre Versorgungskonzepte für Pflegeheime umzusetzen. Dabei sollten Haus- und Fachärzte, aber auch Zahnärzte beteiligt werden. Wir machen uns zudem stark dafür, dass auch die ambulante geriatrische Rehabilitation in die Konzepte eingebunden wird.

13. Das Unterstützungspotenzial von Ehrenamt und Familie stärken!

Als Ergänzung zu den Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung muss das Unterstützungspotenzial durch Familienangehörige und Ehrenamtliche nachhaltig gestärkt und gefördert werden. Da der Aufbau ehrenamtlicher Strukturen vor Ort erfolgen muss, sind die Kommunen gefordert, verlässliche Angebote zu entwickeln und zu vernetzen. Ehrenamtliche und Familienangehörige brauchen Unterstützung, Qualifizierung und Anerkennung. Die Aufgabenverteilung zwischen Haupt- und Ehrenamt muss jedoch klar definiert und abgegrenzt werden.

Die gesetzliche Krankenversicherung muss gestärkt und weiterentwickelt werden, um allen Bevölkerungsgruppen unabhängig von Alter, Geschlecht, finanzieller Situation, Herkunft und Wohnort denselben Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsleistungen zu ermöglichen. An diesem Maßstab muss sich jede Gesundheitsreform messen lassen!