

**Antwort
der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Angelika Graf (Rosenheim), Petra Crone, Steffen-Claudio Lemme, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
– Drucksache 17/10175 –**

Alternde Gesellschaft und Gesundheitssystem – Prävention und Rehabilitation statt Zusatzbeiträge**Vorbemerkung der Fragesteller**

Die Lebenserwartung nimmt seit Jahrzehnten kontinuierlich zu. Im Jahr 2060 wird jeder Dritte mindestens 65 Jahre alt sein und die durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen vermutlich zwischen 89 und 91 Jahren liegen. Waren 2008 noch 25,6 Prozent der Menschen in Deutschland 60 Jahre und älter, so prognostiziert das Statistische Bundesamt für 2050 einen Anstieg auf 38,9 Prozent für diese Altersgruppe.

Diese Zahlen sind im Grunde positiv. Zeigen sie doch den Anstieg an gesunden Jahren aufgrund der Erfolge in der Medizin und bei den Lebensverhältnissen der Menschen. Doch wird die Alterung der Gesellschaft vor allem im Bereich der gesundheitlichen Versorgung häufig negativ problematisiert und als Begründung für Kürzungen herangenommen. So wurde die Einführung der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung auch unter Bezugnahme auf die Alterung der Gesellschaft begründet. Auch die Bundesregierung und die sie tragenden Bundestagsfraktionen hinterlassen immer wieder den Eindruck, Einschnitte in der gesundheitlichen Versorgung oder Kopfpauschalen würden wegen der alternden Gesellschaft vonnöten sein. Die Alterung der Gesellschaft wird als der wesentliche Kostentreiber im Gesundheitssystem dargestellt. Demografisch bedingte Kostensteigerungen spielen aber bei den Gesundheitskosten eine wesentlich geringere Rolle als der medizinisch-technische Fortschritt.

In welchem Maße die Alterung der Gesellschaft tatsächlich zu Mehrkosten führen, diese verhindert werden können und wie ein stereotypes negatives Altersbild in Bezug auf Gesundheitsreformen verhindert werden kann, sind wichtige Fragen für eine solidarische Gesundheits- und Sozialpolitik.

Die Kleine Anfrage dient dazu, über neue Erkenntnisse in diesem Bereich zu informieren und aktuelle Daten für eine differenzierte Sichtweise zu erhalten.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Vor 30 Jahren lebten in Deutschland auf 100 Menschen im Alter von 20 bis 60 Jahren 36 Menschen, die 60 Jahre und älter waren. Dieser sogenannte Altenquotient liegt heute bei 48. Nach der aktuellen Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes wird er bis 2050 auf 91 ansteigen. Hieraus wird deutlich, dass die wesentlichen Herausforderungen des demografischen Wandels noch vor uns liegen. Die demografische Entwicklung hatte in den letzten 30 Jahren einen eher untergeordneten Erklärungsanteil an der beobachteten Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen. Neben der Ausgabenentwicklung ist bei der Bewertung, in wieweit die zukünftige demografische Entwicklung eine Herausforderung für das Gesundheitssystem darstellt, auch die Einnahmeseite zu berücksichtigen. Eine einkommensabhängige Finanzierung ist den Folgen des demografischen Wandels dabei stärker ausgesetzt als eine einkommensunabhängige Finanzierung.

Hinsichtlich des medizinisch-technischen Fortschritts ist sich die Wissenschaft darüber einig, dass dieser in der Vergangenheit für einen erheblichen Anteil des beobachteten Ausgabenanstiegs verantwortlich war. Der Einfluss des medizinisch-technischen Fortschritts auf die zukünftige Entwicklung der Gesundheitsausgaben wird dagegen kontrovers diskutiert.

Unstrittig ist in der wissenschaftlichen Diskussion, dass die Gesundheitsausgaben in der Zukunft ansteigen werden. Eine verantwortungsvolle Gesundheitspolitik hat diese Erkenntnisse bei der zukunftsfesten Ausgestaltung des Gesundheitssystems zu berücksichtigen. Die Bundesregierung begegnet den Herausforderungen des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts u. a. durch eine nachhaltige Ausgestaltung der Finanzierung. Mit der Weiterentwicklung der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge und des Sozialausgleichs wird die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gegenüber einer ausschließlich einkommensabhängigen Finanzierung stabilisiert und weniger anfällig gegenüber der demografischen Entwicklung. Dies verhindert nach Auffassung der Bundesregierung ein „negativ stereotypes Altersbild“ und trägt dazu bei, dass auch zukünftig alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung am medizinischen Fortschritt gleichermaßen teilhaben können. Hiervon profitieren in besonderer Weise die älteren Mitglieder unserer Gesellschaft.

1. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur Korrelation von demografischer Entwicklung und Gesundheitskosten im Gesundheitssystem?
 - a) Was sind nach Ansicht der Bundesregierung die wesentlichen Gründe für Kostensteigerungen im Gesundheitssystem in den letzten 30 Jahren, und auf welchen wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert diese Ansicht?
 - b) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Kosten der demografischen Entwicklung im Gesundheitssystem in den letzten 30 Jahren und deren jährliche Entwicklung, und auf welchen wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert dies?
 - c) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur Korrelation von demografischer Entwicklung und den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel, und auf welchen wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert dies?
 - d) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur Korrelation von demografischer Entwicklung und den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für ärztliche Behandlung, und auf welchen wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert dies?
 - e) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur Korrelation von demografischer Entwicklung und den Ausgaben der gesetzlichen Kran-

kenversicherung für zahnärztliche Behandlung, und auf welchen wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert dies?

- f) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur Korrelation von demografischer Entwicklung und den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die Krankenhausbehandlung, und auf welchen wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert dies?
- g) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur Korrelation von demografischer Entwicklung und den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Heil- und Hilfsmittel, und auf welchen wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert dies?
- h) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Kosten aufgrund von Leistungs- und Zugangsausweiterungen in den letzten 30 Jahren und deren jährliche Entwicklung?
- i) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere im ländlichen Raum und deren Entwicklung in den vergangenen drei Jahrzehnten und deren jährliche Entwicklung?
- j) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen unter expliziter Berücksichtigung der Teuerung in den letzten 30 Jahren und deren jährliche Entwicklung?
- k) Teilt die Bundesregierung die Ansicht wissenschaftlicher Studien, wonach der größte Kostentreiber im Gesundheitssystem der medizinische Fortschritt und nicht demografiebedingte Kosten sind, und auf welchen wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert diese Ansicht?

Der Zusammenhang zwischen der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen insgesamt – und speziell in der GKV – mit der demografischen Entwicklung und dem medizinisch-technischen Fortschritt wird seit Jahrzehnten öffentlich und in der wissenschaftlichen Literatur diskutiert und analysiert. Hierzu äußert sich u. a. der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen regelmäßig in seinen Gutachten, ebenso wie die Altenberichte der Bundesregierung. Im deutschsprachigen Raum widmen sich dem Thema der Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen und möglichen Erklärungsansätzen zudem u. a. Veröffentlichungen von Breyer, Busse, Felder, Fries, Häussler, Ulrich und Zweifel. Für den internationalen Bereich existieren Veröffentlichungen bei der OECD (Martins, del la Maisoneuve; 2006; „Projecting Health Care Expenditure: What are the main drivers?“) und im aktuellen Bericht der Europäischen Kommission zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen (The 2012 Ageing Report).

Grundsätzlich tragen sowohl demografischer Wandel wie auch medizinischer und medizinisch-technischer Fortschritt zu Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen und der GKV bei, deren jeweiliges Gewicht unterschiedlich bewertet wird. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass beide Faktoren miteinander und mit anderen Effekten zusammenwirken. Tabelle 1 gibt Auskunft über die Ausgabenentwicklung der GKV in den wesentlichen Leistungsbereichen in den vergangenen dreißig Jahren. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Werte für die Jahre 1980 und 1990 sich ausschließlich auf die Entwicklung der Ausgaben im früheren Bundesgebiet beziehen. Bei der Bewertung der Entwicklungen ist ergänzend zu berücksichtigen, dass diese neben dem demografischen Wandel und dem medizinischen Fortschritt zusätzlich durch eine Reihe weiterer Faktoren maßgeblich beeinflusst werden. Hierzu zählen die Entwicklung der Anzahl der Leistungserbringer, das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten, die Vertragsgestaltung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sowie der Wettbewerb. Weiterhin spielen gesetzliche Regelungen, Einflüsse der Rechtsprechung und Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

eine zentrale Rolle für die Ausgabenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen der GKV

Tabelle 1: Ausgaben in der GKV nach ausgewählten Leistungsarten in Deutschland

Ausgaben in der GKV insgesamt nach ausgewählten Leistungsarten in Deutschland														
	Aufwendungen insgesamt endgültige Jahresrechnungsergebnisse													
	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	in Mrd. Euro													
Leistungen insgesamt darunter:	43,95	68,63	125,9	130,6	134,3	136,2	131,2	134,8	138,7	144,4	150,9	160,4	165,0	168,7
Ärztliche Behandlung*	8,05	12,8	22,0	22,4	22,8	23,3	21,9	22,0	22,7	23,6	24,6	26,4	27,1	27,6
Zahnärztliche Behandlung o.ZE	2,13	4,18	7,7	7,9	8,0	8,0	7,6	7,5	7,7	7,9	8,0	8,2	8,3	8,5
Zahnersatz	0,69	2,47	3,5	3,7	3,5	3,8	3,7	2,4	2,7	2,8	2,9	3,0	3,1	3,2
Zahnärztl. Behandl. insg.	2,82	6,65	11,2	11,6	11,5	11,8	11,3	9,9	10,4	10,7	10,9	11,2	11,4	11,7
Arzneimittel	6,43	11,16	19,4	21,6	22,7	23,4	21,1	24,7	25,1	27,0	28,4	30,0	30,2	29,0
Hilfsmittel	4,82	1,90	5,5	5,7	5,9	6,2	5,2	5,2	5,3	5,5	5,7	5,9	6,0	6,3
Heilmittel	3,75	1,51	3,1	3,2	3,7	3,9	3,6	3,7	3,8	3,9	4,2	4,3	4,6	4,9
Heil- u. Hilfsmittel insg.	8,57	3,41	8,6	8,9	9,6	10,1	8,9	8,9	9,0	9,4	9,9	10,3	10,6	11,2
Krankenhausbehandlung insg.	12,78	23,21	44,2	44,6	45,8	46,3	47,2	48,5	49,9	50,4	52,1	55,4	58,1	59,9
Krankengeld	3,40	4,98	7,1	7,7	7,6	7,0	6,4	5,9	5,7	6,0	6,6	7,3	7,8	8,5
Leistungen im Ausland	0,62	0,26	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,7	0,8
Fahrkosten	0,13	0,78	2,5	2,6	2,8	2,9	2,6	2,8	2,9	3,0	3,3	3,5	3,6	3,8
Vorsorge- u.	0,58	1,23	2,7	2,7	2,7	2,6	2,4	2,4	2,3	2,5	2,5	2,4	2,4	2,4
Rehabilitationsleistungen insg.	0,24	0,09	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Ambulante Kuren	0,05	0,96	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,3
Stationäre Kuren	0,05	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Kuren für Mütter und Väter	0,29	0,12	1,4	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7
Anschlussrehabilitation (AHB)	0,45	0,20	0,9	0,9	0,9	1,0	1,1	1,2	1,4	2,1	2,3	2,3	1,6	1,7
Soziale Dienste, Prävention u.	1,53	1,30	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0
Selbsthilfe	0,05	0,09	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Früherkennungsmaßnahmen ¹⁾	0,45	1,6	1,6	1,7	1,7	1,8	2,0	2,1	2,3	2,6	2,9	3,2	3,5	
Schwangerschaft / Mutterschaft ²⁾	0,12	0,22	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4
Betriebs-, Haushaltshilfe	1,98	0,07	0,5	0,5	0,7	0,7	0,9	0,8	1,2	1,3	1,8	1,5	1,5	1,4
Häusliche Krankenpflege	1,92	3,72	7,3	7,6	8,0	8,2	8,1	8,2	8,1	8,2	8,2	8,9	9,5	9,4
Med. Dienst, Gutachter														
Sonst. Aufwend. ohne RSA														
Netto-Verwaltungskosten														

*) ohne Dialyse Sachkosten u. Soziotherapie, mit Belegärzten und Ausgaben für ärztl. Beh. bei Empfängnisverhütung etc., ab 2004 Ausgabenreduzierung durch Praxisgebühr

1) mit Ärztlicher Betreuung bei Schwangerschaft

2) ohne Entbindungsanstaltspflege und Ärztliche Betreuung

Der Erklärungsanteil der demografischen Entwicklung an der Gesamtentwicklung der Gesundheitsausgaben in den letzten 30 Jahren wird in den meisten wissenschaftlichen Veröffentlichungen für gering gehalten. Der sogenannte rein demografische Effekt – also der Anteil des durch die demografische Entwicklung verursachten Ausgabenanstiegs im Verhältnis zur Entwicklung der Gesamtausgaben – wird beispielsweise bei der OECD basierend auf Regressionsanalysen für die OECD-Staaten auf ca. 10 Prozent beziffert. Wie bereits in der Vorbemerkung der Bundesregierung ausgeführt, ist dieser Wert jedoch keine geeignete Orientierungsgröße bezüglich der Bedeutung des demografischen Wandels für die zukünftige Entwicklung des Gesundheitssystems.

Wissenschaftliche Studien zum Einfluss nominaler Preissteigerungen auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben sind der Bundesregierung nicht bekannt. Dies ist insbesondere dadurch zu erklären, dass beim beobachteten Anstieg der Gesundheitskosten je Versichertem in der Vergangenheit nominale Preisveränderungen und Preisveränderungen, die neuen Behandlungsmethoden oder sonstigen Qualitätsverbesserungen geschuldet sind, nicht getrennt erfasst werden können.

Für die Vergangenheit wird der medizinisch-technische Fortschritt unstrittig als der wichtigste Erklärungsfaktor für die in diesem Zeitraum beobachtete Ausga-

benentwicklung gesehen. Die Bandbreite des Erklärungsanteils wird in der Wissenschaft auf 27 bis 48 Prozent des gesamten Ausgabenanstiegs seit 1960 beziffert. Der zukünftige Einfluss des medizinisch-technischen Fortschritts auf die Gesundheitsausgaben ist dagegen Gegenstand einer kontroversen Debatte. Hierbei ist insbesondere strittig, in welchem Ausmaß der zukünftig zu erwartende Anstieg der Lebenserwartung, der auch durch den medizinisch-technischen Fortschritt ermöglicht wird, mit einem Gewinn an gesunden Lebensjahren einhergeht.

2. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Kosten des medizinischen Fortschritts?
 - a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Kosten des medizinisch-technischen Fortschritts in den letzten 30 Jahren und deren jährliche Entwicklung?

Es wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

- b) Was sind nach Ansicht der Bundesregierung die wesentlichen Faktoren für Kostensteigerungen im Gesundheitssystem durch medizinischen Fortschritt in den letzten 30 Jahren?

Ob eine medizinische Innovation kostensparend oder -steigernd ist, hängt vom Einfluss dieser Innovation auf die Behandlungskosten je Einzelfall, von ihrem Einfluss auf die Häufigkeit der Anwendung und von der Frage ab, ob die Innovation ein bisheriges Verfahren ersetzt oder eine zusätzliche Behandlungsmöglichkeit darstellt. Wird ein bisheriges medizinisches Verfahren durch ein innovatives und kosteneffizienteres Verfahren ersetzt, so ist der Einfluss dieser Innovation zunächst kostensparend. Ermöglicht dieses Verfahren jedoch eine Ausweitung der Anwendungsmöglichkeiten, so kann der Einfluss für das Gesundheitssystem insgesamt ausgabensteigernd sein. Verfahren, die neue Behandlungsmöglichkeiten erlauben, die in der Vergangenheit nicht möglich waren, wirken in der Regel direkt ausgabensteigernd, wobei auch hier zu differenzieren ist, wenn beispielweise durch neue Verfahren der Vorsorge operative Folgekosten vermieden werden können. Grundsätzlich ist hier auch zwischen diagnostischen und therapeutischen Verfahren zu unterscheiden.

Die einseitige Betrachtung des medizinisch-technischen Fortschritts als Ursache für Kostensteigerungen in der Vergangenheit vernachlässigt allerdings den zusätzlichen Nutzen, der von medizinischen Innovationen ausgeht. Hierzu gehören neben der Verlängerung des Lebens in Gesundheit eine Verbesserung der Lebensqualität in Krankheit sowie eine schnellere Rekonvaleszenz, die wiederum auch gesamtwirtschaftlich positive Effekte nach sich zieht.

3. Wie haben sich die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten zehn Jahren prozentual und in Euro für folgende Bereiche verändert:

 - a) Krankenhausbehandlung,
 - b) Arzneimittel,
 - c) ärztliche Behandlung,
 - d) zahnärztliche Behandlung,
 - e) Zahnersatz,
 - f) Heil- und Hilfsmittel,
 - g) häusliche Krankenpflege,
 - h) soziale Dienste, Prävention und Selbsthilfe (Gesamtübersicht sowie Einzelposten),
 - i) Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen,
 - j) Früherkennungsmaßnahmen,
 - k) ambulante Kuren,
 - l) stationäre Kuren,
 - m) Kuren für Mütter und Väter,
 - n) Netto-Verwaltungskosten?

Tabelle 2: Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	veränderung	
											2002/2011	abs. in v.H.
a. Krankenhausbehandlung insg.	45,79	46,31	47,17	48,53	49,93	50,42	52,14	55,41	58,13	59,95	14,16	30,92
b. Arzneimittel	22,66	23,40	21,13	24,67	25,10	27,04	28,39	30,00	30,18	28,98	6,32	27,91
c. Ärztliche Behandlung	22,80	23,33	21,86	21,95	22,69	23,55	24,65	26,39	27,09	27,63	4,82	21,15
d. Zahnärztliche Behandlung	7,97	8,03	7,59	7,49	7,67	7,85	8,01	8,19	8,30	8,47	0,50	6,26
e. Zahnersatz	3,52	3,79	3,67	2,43	2,70	2,83	2,92	3,03	3,12	3,18	-0,34	-9,64
f. Heil- u. Hilfsmittel insg.	9,59	10,13	8,89	8,90	9,02	9,43	9,86	10,28	10,59	11,17	1,59	16,55
g. Häusliche Krankenpflege	1,68	1,70	1,79	1,95	2,12	2,30	2,61	2,91	3,20	3,52	1,84	109,97
h. Soziale Dienste, Prävention und Selbsthilfe	0,92	1,03	1,08	1,21	1,36	2,14	2,30	2,01	1,88	1,74	0,81	88,12
Förderung von Selbsthilfegruppen	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,04	0,04	0,04	0,04	0,02	83,41
Schutzimpfungen Insgesamt	0,68	0,76	0,77	0,87	0,96	1,66	1,76	1,50	1,36	1,27	0,59	86,94
Soziale Dienste	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,12	0,12	0,13	0,12	0,02	16,28
Primäre Prävention	0,12	0,15	0,19	0,22	0,27	0,34	0,38	0,35	0,35	0,31	0,19	153,61
i. Vorsorge- u. Rehabilitationsleistungen*	2,65	2,57	2,40	2,38	2,34	2,45	2,48	2,44	2,39	2,36	-0,29	-11,00
j. Früherkennungsmaßnahmen	1,15	1,18	1,32	1,32	1,52	1,57	1,80	2,01	1,93	1,95	0,80	69,10
k. Ambulante Kuren	0,09	0,10	0,08	0,09	0,09	0,10	0,09	0,08	0,07	0,06	-0,03	-35,02
l. Stationäre Kuren	0,57	0,48	0,43	0,41	0,38	0,37	0,39	0,36	0,36	0,34	-0,23	-40,71
m. Kuren für Mütter und Väter	0,37	0,36	0,29	0,26	0,26	0,30	0,34	0,32	0,29	0,28	-0,09	-24,77
n. Netto-Verwaltungskosten	8,02	8,21	8,11	8,16	8,11	8,20	8,23	8,91	9,51	9,44	1,42	17,72

4. Welche Ursachen sieht die Bundesregierung für die Entwicklungen in den in Frage 3 genannten einzelnen Bereichen, und welchen Anteil an den Entwicklungen haben nach Ansicht der Bundesregierung jeweils der medizinische Fortschritt und die demografische Entwicklung an den Ausgabenentwicklungen?

Es wird auf die Erläuterungen zu Frage 1 verwiesen.

Eine differenzierte Analyse von demografischen Einflussfaktoren sowie dem jeweiligen Einfluss des medizinischen Fortschritts – nach allen in Frage 3 genannten Ausgabenbereichen – ist mangels entsprechender Datenquellen nicht möglich. Festzustellen ist, dass die sogenannten Altersprofile (durchschnittliche Gesundheitsausgaben je Versichertem in Abhängigkeit des Lebensalters) im Krankenhausbereich ab dem 60. Lebensjahr besonders deutlich zunehmen. In diesem Bereich hat also die demografische Entwicklung der Vergangenheit zu einem Anstieg der Gesundheitskosten beigetragen. Zusätzlich ist im Krankenhausbereich seit Jahren eine Versteilerung dieser Profile – also eine Zunahme von Behandlungsfällen und Behandlungskosten von älteren Personen im Krankenhausbereich festzustellen (sogenannte Profilversteilerung). Eine Profilversteilerung spricht grundsätzlich für einen Anstieg der Morbidität in den höheren Altersklassen. Dies deutet darauf hin, dass auch der medizinische Fortschritt im stationären Bereich einen gewichtigen Erklärungsfaktor für beobachtete Kostensteigerungen einnimmt. Diese Profilversteilerung nimmt in den letzten Jahren jedoch offenbar ab. Im Bereich der ärztlichen Behandlung und der Arzneimittlerversorgung steigen die Altersprofile bei den höheren Altersgruppen weniger stark an als im Krankenhausbereich. Zudem traten in den letzten 15 Jahren in beiden Bereichen Phasen der Profilverflachung auf.

Im Bereich der Zahnbehandlung wirkt sich höheres Lebensalter eher ausgabenkend aus. In diesem Bereich hat die demografische Entwicklung ebenso wie Verbesserungen in der Mundhygiene der Bevölkerung einen dämpfenden Einfluss auf die Entwicklung der Behandlungskosten, weil die Verbesserung der Mundgesundheit inzwischen alle Altersgruppen der Bevölkerung umfasst.

Die Ausgaben der Krankenkassen für die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln nehmen nach den vorliegenden Daten bei erwachsenen Versicherten mit zunehmendem Alter kontinuierlich zu. Es ist somit davon auszugehen, dass die demografische Entwicklung in diesen Leistungsbereichen zu Ausgabensteigerungen beiträgt.

5. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die kostenreduzierende Wirkung von Prävention und Gesundheitsförderung sowie Rehabilitation im Alter?
 - a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über das Ausmaß der Kostenreduzierung durch Prävention und Gesundheitsförderung (im Alter) in den letzten 30 Jahren und deren jährliche Entwicklung?

Die Fragen 5 und 5a werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Es liegen weder für Deutschland noch international Kosten-Nutzen-Analysen vor, die das Ausmaß der Kostenreduzierung durch gesundheitsfördernde, präventive und rehabilitative Maßnahmen zusammenfassend beurteilen ließen.

Aussagen zu Kosteneinsparungen durch Prävention können sich nur auf umschriebene Maßnahmen beziehen, die wissenschaftlich im Hinblick auf Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit evaluiert worden sind (Cohen et al. 2008).

Für die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung fehlt derzeit noch das adäquate wissenschaftlich-methodische Instrumentarium zur Durchführung

von Kosten-Nutzen-Analysen. Folglich gibt es derzeit nur wenige von der Bundesregierung geförderte Forschungsprojekte zur Kosten-Nutzen-Analyse von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen. Bei den Maßnahmen zur Rehabilitation haben Studien jedoch eine gewisse Kosteneffektivität durch eine schnellere Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit gezeigt. Die Bundesregierung plant, in zukünftigen Forschungsfördermaßnahmen in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation auch gesundheitsökonomische Analysen weiter zu integrieren.

- b) Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Wirksamkeit der einzelnen Präventions- und Vorsorgemaßnahmen für Ältere?

Ziele von Gesundheitsförderung und Prävention im höheren Lebensalter sind zum einen die Verhinderung, Hinauszögern oder Milderung von altersassoziierten Krankheiten, Gesundheitsproblemen und Einschränkungen körperlicher und kognitiver Funktionsfähigkeiten. Zum anderen soll bei bereits eingetreterner Erkrankung und Funktionseinschränkung einer weiteren Verschlechterung des Allgemeinzustandes vorgebeugt werden (Schüz, Wurm 2009; Kooperationsverbund gesundheitsziele.de 2012).

In zahlreichen Forschungsprojekten zur Präventionsforschung, die die Bundesregierung mit Mitteln aus dem Rahmenprogramm Gesundheitsforschung fördert, ist die Wirksamkeit sowohl von verhältnis- als auch verhaltenspräventiven Maßnahmen über den jeweiligen Beobachtungszeitraum bewertet und nachgewiesen worden. Insbesondere konnte gezeigt werden, dass eine spezifische Ausrichtung solcher Maßnahmen erforderlich ist, um auch besonders vulnerable Gruppen wie Langzeitarbeitslose, Ältere sowie Menschen mit Migrationshintergrund zu erreichen.

Einen ersten internationalen Überblick hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2012 mit dem Compendium „Healthy and active Ageing“ vorgelegt. Die Studie gibt einen Überblick über Studien, Programme und Praxisbeispiele der Gesundheitsförderung für Ältere in Europa und Kanada.

- c) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über das Ausmaß der Kostenreduzierung durch Rehabilitation (im Alter) in den letzten 30 Jahren und deren jährliche Entwicklung?

Es liegen weder für Deutschland noch international Kosten-Nutzen-Analysen vor, die das Ausmaß der Kostenreduzierung durch rehabilitative Maßnahmen zusammenfassend beurteilen ließen.

- d) Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Wirksamkeit der einzelnen Rehabilitationsmaßnahmen für Ältere?

Es liegen weder für Deutschland noch international Kosten-Nutzen-Analysen vor, die in diesem Bereich das Ausmaß der Kostenreduzierung durch einzelne Maßnahmen beurteilen ließen.

- e) Welche konkreten Maßnahmen des Bundes und der Länder im Bereich der Prävention und Rehabilitation für das Alter hält die Bundesregierung für sinnvoll, um die altersbedingten Kosten im Gesundheitswesen zu senken, und inwiefern ist deren Wirksamkeit jeweils nachgewiesen?

Forschungsprojekte haben gezeigt, dass sowohl Präventions- als auch Rehabilitationsangebote für Menschen im Alter evidenzbasiert, qualitätsgesichert und zielgruppenspezifisch strukturiert sein sollten. Zur Frage der Kosten bzw. Wirksamkeit vgl. die Antworten zu Frage 5a beziehungsweise 5b.

Die BZgA sieht eine besondere Bedeutung in der Verzahnung professioneller Dienste mit bürgerschaftlichem Engagement, auch unter den Aspekten Teilhabe und Sinnstiftung. Die BZgA-Regionaltagungen „Gesund und aktiv älter werden“ in 14 Bundesländern 2011 und 2012 haben den Bedarf an einer systematischen Verzahnung von Bundes-, Länder- und kommunalen Aktivitäten verdeutlicht und konkrete Hinweise für künftiges Handeln erbracht. Ein gezieltes Zusammenwirken in den Bereichen Prävention und Rehabilitation ist unverzichtbar, eine Koordinierung erforderlich, um Synergieeffekte zu erreichen. Es gibt hinreichende Evidenz, dass eine multisektoriale Strategie wirksam ist, um Präventionserfolge nachhaltig zu erreichen. Allerdings liegen der BZgA noch keine ökonomischen Evaluationen derartiger Interventionen vor.

Gesundheitsförderung und Prävention in einer Gesellschaft des langen Lebens umfassen darüber hinaus Ansätze in allen Altersgruppen. Maßnahmen zur Förderung gesundheitsbewusster Verhaltensweisen und zur Primärprävention oder Früherkennung chronischer Erkrankungen werden sich langfristig auch auf die Gesundheit im höheren Lebensalter auswirken. Von besonderer Bedeutung ist auch die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention, da hier nicht nur langfristige Effekte zu erwarten sind. Bisherige Ergebnisse weisen darauf hin, dass verhaltenspräventive betriebliche Gesundheitsförderung nicht nur Gesundheitsrisiken, sondern auch Krankheitskosten reduziert und Fehltage verringert (Kreis, Bödeker 2003; Walter et al. 2011).

Einen umfassenden Ziel- und Maßnahmenkatalog für die Zielgruppe älterer Menschen in Deutschland hat der Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“, in dem das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) engagiert ist, mit der Entwicklung eines nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ vorgelegt (ergänzend wird auf die Antwort zu Frage 14 hingewiesen). Zu den einzelnen Punkten wird jeweils der Stand der Forschung dargelegt. Schwerpunkte zu gesundheitsfördernden Maßnahmen liegen auf dem Erhalt von körperlicher Aktivität und Mobilität, einer ausgewogenen Ernährung, einer guten Mund- und Zahngesundheit sowie einer Sicherung von gesellschaftlicher Teilhabe und Gesundheitsförderung für benachteiligte Gruppen, etwa sozial benachteiligte ältere Menschen und ältere Menschen mit Migrationshintergrund. Die Zielsetzungen präventiver Maßnahmen sind auf die spezifischen Bedarfe bestimmter Zielgruppen abgestimmt. Hierzu zählen ältere Menschen mit hohem Risiko für zukünftige Pflegebedürftigkeit infolge von Mehrfacherkrankungen und Gebechlichkeit, ältere Menschen mit Demenzerkrankungen, ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen, ältere Menschen mit Behinderungen und bereits pflegebedürftige Ältere. Neben einer verbesserten Evaluationsforschung unter Einschluss gesundheitsökonomischer Analysen nehmen auch die Verbesserung der Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse sowie die Einbindung der älteren Menschen in die Versorgungsprozesse einen hohen Stellenwert ein.

Auch die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder sieht in ihrem Beschluss vom 28. Juni 2012 in dem Gesundheitskonzept des Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ eine wichtige Grundlage für ihre eigenen Zielprozesse und prioritären politischen Handlungsfelder in diesem Bereich.

- f) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über mögliche Kostenreduzierung mittels Prävention und Gesundheitsförderung sowie Rehabilitation (im Alter) für die Zukunft, und auf welchen wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert diese Einschätzung?

Aus zahlreichen Studien und Modellprojekten ergeben sich Hinweise auf mögliche Kostenreduzierungen durch gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen, die sich direkt an ältere Menschen richten. In der Regel handelt es sich hier jedoch um Modellierungen zu möglichen Einsparpotenzialen.

Die Analyse von Kosten-Nutzen-Relationen von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen im Alter bildeten bislang aus den in der Antwort zu Frage 5a genannten Gründen keinen Schwerpunkt der Forschungsförderung in Deutschland. Die gesundheitsökonomische Evaluation in zukünftigen Forschungsfördermaßnahmen zu Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation wird aber als sinnvoll erachtet.

6. Welcher Anteil der gesetzlich Versicherten über 65 Jahre nutzt nach Kenntnis der Bundesregierung staatlich unterstützte Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung sowie Rehabilitationsmaßnahmen?
 - a) Wie hat sich die Teilnahme Älterer an Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen prozentual und insgesamt in den letzten zehn Jahren entwickelt?
 - b) Wie hat sich die Teilnahme Älterer an ambulanten Kuren prozentual und insgesamt in den letzten zehn Jahren entwickelt?
 - c) Wie hat sich die Teilnahme Älterer an stationären Kuren prozentual und insgesamt in den letzten zehn Jahren entwickelt?

Angaben über die Inanspruchnahme stationärer Vorsorge und Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen mit mehr als 100 Betten sind den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes (Fachserie 12, Reihe 6.2.2) zu entnehmen. Bezogen auf alle Älteren, die stationär in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen betreut wurden, zeigt sich, dass sowohl die Anzahl der Fälle als auch ihr Anteil in den letzten Jahren angestiegen ist. Im Jahr 2003 nahmen gut 460 000 Männer und Frauen ab 65 Jahren an einer stationären Maßnahme teil, 2010 waren es über 603 000. Der Anteil Älterer an allen Teilnehmern hat sich in diesem Zeitraum von 31,4 Prozent auf 36,6 Prozent erhöht. Die Teilnahmeraten der 65-Jährigen und Älteren bezogen auf die gesamte Bevölkerung in dieser Altersgruppe ist ebenfalls gestiegen: von 3 143 auf 3 576 Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner.

Altersspezifische Angaben über die Inanspruchnahme ambulanter Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen liegen nicht vor. Aus Befragungen des Robert Koch-Instituts (RKI) lässt sich schließen, dass rund 20 Prozent der Rehabilitationsmaßnahmen von älteren Teilnehmern ambulant durchgeführt werden.

Die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verankerten Maßnahmen der Primärprävention (Grippeschutzimpfung) und Früherkennung (Gesundheitsuntersuchung Check-up, Krebsfrüherkennung) werden von älteren Menschen ab 65 Jahren zumeist stärker genutzt als von jüngeren Versicherten. Beispielsweise ließen sich nach Daten der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) 2009, die vom RKI durchgeführt wurde, 61,1 Prozent der 65-Jährigen und Älteren in der Grippe saison impfen im Vergleich zu 22 Prozent der jüngeren Erwachsenen. Am Gesundheits-Check-up nahm ab dem 65. Lebensjahr gut ein Viertel der Erwachsenen teil, unter den jüngsten Anspruchsberechtigten (35 bis unter 40 Jahre) nutzten dieses Angebot nur 14,6 Prozent. Die Teilnahmeraten der Krebsfrüherkennung sinken dagegen bei Frauen mit zunehmendem Alter auf unter 10 Prozent bei den 80-Jährigen und Älteren. Bei den Männern steigen sie bis zum 70. Lebensjahr auf etwa ein Drittel an und sinken danach wieder.

7. Lehnt die Bundesregierung weiterhin ein Präventionsgesetz, das präventive Maßnahmen (im und für das Alter) ausbauen und besser als bisher koordinieren könnte, ab?

Wenn ja, warum?

Wie im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP festgelegt, wird die Bundesregierung die Prävention weiterentwickeln und dazu eine Präventionsstrategie vorlegen. Im Rahmen der Präventionsstrategie wird geprüft, ob und welche gesetzgeberischen Maßnahmen erforderlich sind, um bewährte Programme und Strukturen weiterzuentwickeln. Eine Schaffung neuer bürokratischer Strukturen – wie in früheren Legislaturperioden – wird nicht weiterverfolgt.

8. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung, dass die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung sowie Rehabilitation auch für Ältere Kosten im Gesundheitswesen ersparen und Krankheiten vermeiden oder verschieben können?

Die Bundesregierung teilt die Einschätzung, dass auch für ältere Menschen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abwenden, mindern, ausgleichen, ihre Verschlimmerung verhüten oder ihre Folgen mildern und dadurch Kosten im Gesundheitswesen erspart und Krankheiten vermieden oder verschoben werden können. Durch adäquate Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere bei kardiovaskulären, orthopädischen und onkologischen Erkrankungen, können individuelle Krankheitsfolgen, z. B. Funktionseinschränkungen, gelindert, vermindert, kompensiert werden. Somit kann z. B. Mobilitätseinschränkungen, einer Behinderung von Alltagsaktivitäten und einer Beeinträchtigung der sozialen Teilhabe vorgebeugt bzw. entgegengewirkt werden.

Grundsätzlich wird der Zusammenhang zwischen Alter und Gesundheit in der Wissenschaft kontrovers diskutiert, da es sowohl empirische Belege für eine Kompression als auch für eine Ausweitung der Morbidität gibt.

Da für Deutschland keine Erkenntnisse vorliegen, wie das Ausmaß der Kostenreduzierung durch gesundheitsfördernde, präventive und rehabilitative Maßnahmen zu beurteilen ist, kann auch keine allgemeine Aussage für die Zukunft getroffen werden.

Für die betriebliche Gesundheitsförderung sind der Bundesregierung allerdings mehrere Studien bekannt aus denen hervorgeht, dass sich betriebliche Gesundheitsförderung auszahlt. Trotz verschiedener Evaluationsansätze weist ein Großteil der Studien auf einen positiven Effekt hinsichtlich einer Senkung der Krankheitskosten und der durch Absentismus hervorgerufenen Kosten hin. Die Untersuchungen gehen von einem „Kosten-Nutzen-Verhältnis“ in Höhe von etwa 1:1,6 bis etwa 1:5 aus.

Die Bundesregierung legt Wert auf die Feststellung, dass Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation im Alter nicht in allererster Linie der Kostenreduzierung dienen. Sie dienen primär der Gesunderhaltung durch Stärkung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils, der Früherkennung und Frühbehandlung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie – mit Blick auf die Rehabilitation – des Wiedererwerbs der erforderlichen Fähigkeiten für eine möglichst autonome Lebensführung mit befriedigender Lebensqualität. Insofern haben die Leistungen in den genannten Bereichen einen Wert an sich, indem sie die Lebensqualität fördern und werden auch bereits unabhängig davon erbracht, ob dadurch zusätzlich Kostenreduktionseffekte für das Gesundheitswesen nachgewiesen werden konnten.

9. Wann ist mit der seit 2009 von der Bundesregierung angekündigten Präventionsstrategie der Bundesregierung zu rechnen, und inwiefern wird deren Umsetzung überhaupt noch in dieser Legislaturperiode erfolgen?

Werden Prävention und Gesundheitsförderung im Alter ein Schwerpunkt dieser Strategie sein?

Wenn ja, mit welchen Maßnahmen?

Die Inhalte und Schwerpunkte der Präventionsstrategie werden – wie schon mehrfach ausgeführt – noch 2012 vorgestellt.

10. Mit welchen neuen Maßnahmen und mit welchem finanziellen Umfang hat die Bundesregierung seit 2009 Prävention und Gesundheitsförderung sowie Rehabilitation ausgebaut, und welche davon richten sich speziell an Ältere?
11. Bei welchen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie Rehabilitation auch für Ältere hat die Bundesregierung seit 2009 mit welchem finanziellen Umfang gekürzt?
12. Wie haben sich die finanziellen Mittel des Bundes für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Rehabilitation speziell für Ältere sowie insgesamt seit 2009 entwickelt (bitte jährlich und untergliedert nach Maßnahmen)?

Die Fragen 10, 11 und 12 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Alle Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen, sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich. Hierzu zählen u. a. auch Leistungen der geriatrischen Rehabilitation. Da der Leistungsanspruch umfassend formuliert ist, bedarf es keiner Erweiterung. Im Bereich der GKV gab es keine Kürzungen bei den medizinischen Leistungen zur Rehabilitation. Vielmehr ist der Bundesregierung die Bedeutung der Rehabilitation ein wichtiges Anliegen. So wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, die ambulante Rehabilitation gestärkt. Ambulante Rehabilitationseinrichtungen wurden den stationären gleichgestellt, indem einheitliche Versorgungsverträge geschlossen werden. Zudem wurde auch für die ambulante Rehabilitation ein Schiedsverfahren zu den Vergütungsverträgen vorgesehen. Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz, das der Deutsche Bundestag am 29. Juni 2012 beschlossen hat, wird der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ gestärkt. Dazu gehören insbesondere Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der GKV für pflegende Angehörige. Darüber hinaus hat die Bundesregierung sich im Dialog mit den Beteiligten für eine verbesserte Bewilligungspraxis der Krankenkassen im Bereich der Mütter-Väter-Kind-Maßnahmen eingesetzt.

Gemäß § 20 SGB V sollen die Krankenkassen in ihren Satzungen Leistungen zur primären Prävention für ihre Versicherten vorsehen. Nach § 20a SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu erbringen. Für die Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen zur Prävention und zur betrieblichen Gesundheitsförderung gilt ein gesetzlich vorgegebener Richtwert, der jährlich entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen sozialversicherungsrechtlichen Bezugsgröße angepasst wird.

Innerhalb der präventionspolitischen Maßnahmen der Bundesregierung stellen ältere Menschen eine wichtige Zielgruppe dar. Zur Umsetzung dieses Anliegens hat die Bundesregierung seit 2009 diverse Maßnahmen ergriffen.

So hat die BZgA den Zielgruppenschwerpunkt „Gesund und aktiv älter werden“ 2010 als eigenes Teilprogramm in das Jahresarbeitsprogramm aufgenommen. Der BZgA standen für 2010 220 000 Euro und für die Jahre 2011 und 2012 je 400 000 Euro zur Durchführung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für die Zielgruppe der älteren Menschen zur Verfügung.

Der Stellenwert der Thematik Prävention für ältere Menschen kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass das BMG mit der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. am 12. November 2012 in Köln den fünften gemeinsamen Präventionskongress veranstalten wird. Dieser Kongress „Gesund und aktiv älter werden – Strategien für Deutschland und Europa“ wird mit einer Bundeszuwendung in Höhe von insgesamt bis zu 69 730 Euro gefördert.

Im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM „Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“, der gemeinsam durch das BMG und das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) durchgeführt wird, will die Bundesregierung erreichen, dass Kinder gesünder aufwachsen, Erwachsene gesünder leben und dass alle von einer höheren Lebensqualität und einer gesteigerten Leistungsfähigkeit profitieren. Dabei sind ältere Menschen eine wichtige Zielgruppe. Zu den einzelnen Projekten und dem finanziellen Umfang der Förderung in den Jahren 2009 und 2010 wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Projekte im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Ernährung“ auf Bundestagsdrucksache 17/4447 verwiesen. Darüber hinaus haben die Zentren für Bewegungsförderung in 2011 für den Zeitraum von März bis Dezember eine Anschlussförderung in Höhe von 295 000 Euro erhalten.

Das BMELV führt(e) in den Jahren 2011 bis 2012 die in o. g. Antwort auf die Kleine Anfrage genannten Aktivitäten, die sich an ältere Menschen richten, fort. Hierfür wurden in den Jahren 2011 bis 2012 – einschließlich der Verpflegung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken – Mittel in Höhe von rund 2,3 Mio. Euro vergeben bzw. eingeplant (Im Alter IN FORM, Fit im Alter – Gesund essen – besser Leben, Station Ernährung).

Die Förderung der Projekte des BMG im Rahmen des Nationalen Aktionsplans „IN FORM“ war von Beginn an zeitlich befristet und ist Ende 2011 ausgelaufen. Dem BMG standen für Projekte im Rahmen des Nationalen Aktionsplans „IN FORM“, die sich schwerpunktmäßig an die Zielgruppe der älteren Menschen gerichtet haben, folgende Mittel zur Verfügung:

Maßnahme	2008 T €	2009 T €	2010 T €	2011 T €
Aktionsplan „Gesundheitliche Prävention durch ausreichende Bewegung und Ernährung“	5 000	5 000	4 500	945
davon:				
Zentren für Bewegungsförderung	–	563	614	396
Modellprojekt „Let's go – jeder Schritt hält fit“	65	83	–	–
Aktionsbündnisses „Gesund leben und älter werden in Eving“	44	70	62	–
„Bewegt leben – Mehr vom Leben“	218	324	285	–

Zudem fördert das BMG im Rahmen eines Förderschwerpunkts „Sucht im Alter“ seit Oktober 2010 acht zweijährige Modellprojekte zur Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Sucht- und Altenhilfe mit Mitteln in Höhe von rund 1,4 Mio. Euro. Ziel ist es, die Sensibilität für und das Wissen über Suchtgefahren und Suchterkrankungen in der Alten- und Suchthilfe zu

steigern und damit frühzeitige Interventionen bei Suchtmittelmissbrauch einzuleiten. Zentraler Baustein der Modellprojekte ist die Förderung einer strukturierten Zusammenarbeit zwischen Alten- und Suchthilfe, die auf gegenseitigem Voneinander-Lernen und einem gleichberechtigten Austausch zwischen den Fachkräften aufbaut. Zu weiteren Informationen und ergänzenden Präventions- und Aufklärungsmaßnahmen hinsichtlich Suchtmittelmissbrauch für ältere Menschen wird auf die Antwort der Bundesregierung zu den Fragen 1 und 11 der Kleinen Anfrage der Fraktion der SPD „Sucht im Alter – Aufklärung fördern und Nationale Strategie mit Leben füllen“ (Bundestagsdrucksache 17/9814) verwiesen.

Die im Einzelplan 15 enthaltenen Haushaltstitel, die Ausgaben für den Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung enthalten und bei denen der Forschungsaspekt nicht im Vordergrund steht, haben sich in den Haushaltsjahren 2009 bis 2012 wie folgt entwickelt:

Titel	Zweckbestimmung	Soll 2009 in T €	Soll 2010 in T €	Soll 2011 in T €	Soll 2012 in T €
1501 531 01	Präventionskampagne	2 448	2 172	1 748	448
1502 531 66	Aufklärungsmaßnahmen auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs	9 236	8 236	7 736	7 250
1502 531 16	Aufklärungsmaßnahmen auf dem Gebiet von sexuell übertragbaren Krankheiten	13 203	13 203	13 000	12 350
1502 532 09	Gesundheitsberichterstattung	726	726	726	726
1502 684 06	Zuschüsse und Beiträge an zentrale Einrichtungen und Verbände des Gesundheitswesens	3 853	3 500	3 319	3 106
1502 684 12	HIV/AIDS-Bekämpfung in Zusammenarbeit mit Osteuropa	1 500	1 100	250	–
1502 684 07	Aktionsplan „Gesundheitliche Prävention durch ausreichende Bewegung und ausgewogene Ernährung“	5 000	4 500	945	–
1502 684 67	Zuschüsse an zentrale Einrichtungen und Verbände auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs	1 207	1 007	1 007	907
1502 685 62	Förderung der nationalen Informationsknotenstelle im Bereich Sucht	800	900	900	900
1504 (Gesamt-ausgaben) davon: 1504 531 06	Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung Gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung	14 953 7 600	17 588 9 900	17 968 10 250	18 913 10 480
1511 686 04	Kosten für den Betrieb nationaler Referenzzentren auf dem Gebiet der Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten	2 173	2 612	2 612	2 612

Darüber hinaus wird der Nationale Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ auch durch das BMELV finanziert. Die Mittel sind im Einzelplan 10 bei dem Titel 10 02 684 24 (Information der Verbraucherinnen und Verbraucher) mitveranschlagt. Der Titelansatz entwickelte sich wie folgt:

Titel	Zweckbestimmung	Soll 2009 in T €	Soll 2010 in T €	Soll 2011 in T €	Soll 2012 in T €
1002 684 24	Information der Verbraucherinnen und Verbraucher	17 000	19 000	19 000	20 000
	Anteil IN FORM:	6 091 (Ist)	6 952 (Ist)	6 722 (Ist)	9 195

Des Weiteren hat die Bundesregierung für Forschungsprojekte zur Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung seit 2009 Fördermittel in Höhe von insgesamt mehr als 17 Mio. Euro bereit gestellt, davon rund 7,1 Mio. Euro für Forschungsprojekte zu Prävention und Gesundheitsförderung, die speziell die Zielgruppe älterer Menschen adressieren.

13. Welche Haushaltsmittel wird die Bundesregierung für den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung für den Bundeshaushalt 2013 vorschlagen bzw. einstellen?

Für die in der Antwort zu den Fragen 10 bis 12 genannten Titel sind im Regierungsentwurf 2013 folgende Ansätze vorgesehen:

Titel	Zweckbestimmung	RegE 2013 in T €
1501 531 01	Präventionskampagne	448
1502 531 66	Aufklärungsmaßnahmen auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs	7 214
1502 531 16	Aufklärungsmaßnahmen auf dem Gebiet von sexuell übertragbaren Krankheiten	11 150
1502 532 09	Gesundheitsberichterstattung	726
1502 684 06	Zuschüsse und Beiträge an zentrale Einrichtungen und Verbände des Gesundheitswesens	2 838
1502 684 67	Zuschüsse an zentrale Einrichtungen und Verbände auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs	807
1502 685 62	Förderung der nationalen Informationsknotenstelle im Bereich Sucht	900
1504 (Gesamt-ausgaben) davon: 1504 531 06	Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung Gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung	25 250 16 451
1511 686 04	Kosten für den Betrieb nationaler Referenzzentren auf dem Gebiet der Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten	2 612

Im Regierungsentwurf des Bundeshaushalts 2013 sind im Einzelplan 10 (BMELV) bei dem Titel 10 02 684 04 (Information der Verbraucherinnen und Verbraucher) Mittel in Höhe von 25 Mio. Euro veranschlagt. Hiervon ist ein

Teilbetrag in Höhe von 9 Mio. Euro zur Finanzierung des nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ vorgesehen.

14. Wie beurteilt die Bundesregierung die Akzeptanz des Portals www.gesundheitsziele.de bei den Partnern, und inwiefern verfolgt die Bundesregierung Pläne, das Portal weiterzuentwickeln?

In Deutschland gibt es eine breite Akzeptanz für eine Zielorientierung im Gesundheitswesen. Dies wurde unter anderem vom Sachverständigenrat und der GMK gefordert. Die 72. GMK forderte 1999 die Verantwortlichen in Bund, Ländern und Kommunen auf, tragfähige Gesundheitsziele zu entwickeln. Träger des Gesundheitszieleprozesses in Deutschland ist der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de, der ein entsprechendes Portal unterhält.

Zur Akzeptanz des Portals gesundheitsziele.de liegen der Bundesregierung keine exakten Erkenntnisse vor. Allerdings sind die Zugriffszahlen auf die Website, nach Mitteilung von gesundheitsziele.de, kontinuierlich angestiegen. Dies ist ein Hinweis auf die Akzeptanz des Portals insgesamt. Die Evaluation und Weiterentwicklung des Portals liegen in der Verantwortung des Kooperationsverbunds gesundheitsziele.de und nicht bei der Bundesregierung.

Die Bundesregierung hat in der Vergangenheit den durch gesundheitsziele.de organisierten Gesundheitszieleprozess unterstützt und wird dies auch in Zukunft tun. Gleches gilt für Leistungserbringer, Kostenträger, maßgebliche Verbände des Gesundheitswesens, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sowie weitere Partner des Kooperationsverbundes. Auch die Länder haben sich mit Beschlüssen der 85. GMK im Juni 2012 erneut darauf verständigt, den nationalen Gesundheitszieleprozess weiterhin zu unterstützen und die Umsetzung des Anfang dieses Jahres verabschiedeten neuen nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ zu befördern.

15. Wie haben sich die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung seit 2009 jeweils in den Bereichen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, ambulante Kuren, stationäre Kuren sowie Kuren für Mütter und Väter entwickelt, und welche Ursachen gibt es für diese Entwicklung?

Es wird auf die zur Beantwortung der Fragen 1 und 3 ausgewiesenen Tabellen verwiesen.

Im Bereich der GKV gab es im genannten Zeitraum keine Kürzungen der Leistungsansprüche der Versicherten. Vereinzelte Rückgänge in den Ausgaben und der Inanspruchnahme dieser Leistungen können unterschiedliche Ursachen haben. Das BMG ist Hinweisen über Verzögerungen in der Genehmigung von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen nachgegangen. Unter anderem wurde zwischenzeitlich eine Antragsstatistik eingeführt, deren Ergebnisse weitergehend zu beobachten und zu analysieren sind.

Die Entwicklung im Bereich der Mütter-Väter-Kind-Maßnahmen weist im ersten Quartal 2012 nach Ausgabenumwälzungen in den letzten drei Jahren erstmals wieder einen Zuwachs um rund 20 Prozent auf. Die Bemühungen der Bundesregierung, in Kooperation mit den Krankenkassen und den Einrichtungen zu einer verbesserten Bewilligungspraxis und einer Verstetigung des Leistungs- geschehens zu kommen, tragen offenbar erste Früchte.

16. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über den nachgewiesenen Nutzen von Früherkennung, Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, ambulanten Kuren, stationären Kuren sowie Kuren für Mütter und Väter?

Die gesetzliche Festlegung eines Leistungsanspruchs basiert grundsätzlich auf der Vorstellung, dass mit den angesprochenen Maßnahmen ein angemessener Nutzen für die Versicherten verbunden ist. Es liegen der Bundesregierung jedoch keine Kosten-Nutzen-Analysen vor, die das Ausmaß des Nutzens durch die angesprochenen Maßnahmen zusammenfassend beurteilen ließen. Sofern Leistungen der GKV betroffen sind, obliegt die Aufgabe der Nutzenbewertung dem Gemeinsamen Bundesausschuss, der hierbei vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) unterstützt wird.

17. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Gesundheitskosten am Lebensende – unabhängig vom Lebensalter?

- a) Welche Lebensmonate bzw. Lebensjahre sind für die gesundheitliche Versorgung die kostenintensivsten?

In der Durchschnittsbetrachtung sind die Gesundheitsausgaben in den ersten Lebensmonaten hoch, sinken anschließend und bleiben bis zum Alter von 45 Jahren auf relativ niedrigem Niveau und steigen dann mit zunehmendem Alter an, wobei der Anstieg in der Lebensphase von 65 bis 85 Jahren besonders ausgeprägt ist. Zusätzlich ist festzustellen, dass die Gesundheitsausgaben in den letzten Lebensjahren eines Menschen sehr hoch sind.

- b) Durch welche Maßnahmen ist es in den letzten 30 Jahren gelungen, das Lebensende nach hinten zu verschieben?

Der Anstieg der Lebenserwartung betrug zwischen 1980 und 2002 bei Männern und Frauen 5,8 bzw. 4,6 Jahre. Dieser Anstieg basiert, so das Ergebnis einer Untersuchung von 2006, zum größten Teil auf der altersspezifischen Abnahme der Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen – etwa 2,6 Jahre bei Männern und 2,2 Jahre bei Frauen. Der Beitrag der Krebserkrankungen betrug jeweils 0,6 Jahre bei Männern und Frauen. Auf eine verringerte Sterblichkeit an äußeren Ursachen (insb. Verkehrsunfälle) gehen etwa 0,9 bzw. 0,5 Jahre zurück.

Für die Mortalität der Herz-Kreislauf-Erkrankungen wird davon ausgegangen, dass eine Reduktion von Risikofaktoren in der Bevölkerung sowie Verbesserungen in der medizinischen Diagnostik und Intervention gleichermaßen zu dieser Entwicklung beigetragen haben. Insbesondere für die Bevölkerung der neuen Bundesländer, aber auch für die Bevölkerung der alten Länder war zudem eine kontinuierliche Verbesserung der Verkehrssicherheit von Bedeutung.

Der Beitrag zur erhöhten Lebenserwartung im Bereich der Krebserkrankungen wird sowohl durch Veränderungen in der Inzidenz (Neuauftreten) als auch durch das verbesserte Überleben der Patienten beeinflusst. Die größten Effekte sind den seit Jahren sinkenden Neuerkrankungsraten von Lungenkrebs bei Männern sowie Magenkrebs bei Frauen und Männern zuzurechnen. Diese Reduktion wurde vor allem durch Verringerungen der Risikofaktoren Rauchen bzw. Infektionen mit Helicobacter pylori erreicht. Die seit einigen Jahren steigende Inzidenz von Lungenkrebs bei Frauen beeinflusst jedoch deren Lebenserwartung nachteilig. Zudem haben verbesserte Diagnostik und Therapie das Überleben nach Feststellung einer Krebserkrankung generell erhöht.

- c) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über den Erfolg der Medizin und der gesundheitlichen Versorgung hinsichtlich des Hin-ausschiebens chronischer (Alters-)Erkrankungen?

Nach Einschätzung des Sachverständigenrates Gesundheit zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2002 sind die Fortschritte in Hinblick auf Lebensdauer und Lebensqualität zu etwa einem Drittel auf Fortschritte in der Medizin zurückzuführen. Darüber hinaus wird auf Verbesserungen in Bezug auf die Lebensbedingungen, Bildungsbeteiligung, Nahrungsmitteversorgung und gesundheitsförderliches Verhalten verwiesen.

- d) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Verkürzung der in Krankheit verbrachten Lebenszeit der Deutschen seit den letzten 50 Jahren?

Zur langfristigen Entwicklung der gesunden Lebenszeit in den letzten 50 Jahren liegen für Deutschland keine aussagekräftigen Daten vor. Die zur Verfügung stehenden Daten deuten auf eine Zunahme der Lebenserwartung in Gesundheit seit den 80er-Jahren hin. Der Anteil der gesunden Lebensjahre an der Gesamtlebenszeit scheint demgegenüber relativ stabil geblieben zu sein, sodass die mit Krankheiten verbrachten Lebensjahre ebenfalls angestiegen sind. Allerdings basieren die Ergebnisse bisher vorrangig auf Befragungsdaten und nicht auf objektivierbaren medizinischen Befunden. Die Frage, ob mit zunehmender Lebenserwartung eine Zunahme der in Gesundheit verbrachten Jahre einhergeht, wird in der Wissenschaft nach wie vor kontrovers diskutiert. Auch Befragungsdaten zeichnen hier ein ambivalentes Bild.

- e) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Kompression der Morbidität für die letzten 30 Jahre?

Auf Basis der vorliegenden Daten deutet sich für Deutschland ein gleichbleibendes Verhältnis von Lebensjahren in Gesundheit und mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen an. Eine abschließende Einschätzung ist aber aufgrund der eingeschränkten Datenlage nicht möglich.

- f) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über den Rückgang der Fähigkeitseinbußen der Menschen im Alter von 65 Jahren und älter seit den letzten 30 Jahren?

Der Anteil von Personen mit einem guten oder sehr guten Gesundheitszustand im Alter von 60 bis 69 Jahren ist nach Ergebnissen auf Basis des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) zwischen 1996 bis 2006 bei Männern und Frauen gestiegen. Nach Ergebnissen auf Basis des Lebenserwartungssurveys hatten Frauen und Männer im Alter zwischen 65 und 69 Jahren 1998 mehr beschwerdefreie Lebensjahre zu erwarten als noch 1984/1986. Längerfristige Zeitreihen, die Aussagen in Bezug auf die Entwicklung von Fähigkeitseinbußen bei älteren Menschen erlauben, liegen für Deutschland nicht vor.

- g) Geht die Bundesregierung davon aus, dass die gewonnenen Jahre eines Menschen verstärkt bzw. proportional mit Erkrankungen einhergehen (bitte begründen)?
- h) Geht die Bundesregierung davon aus, dass die gewonnenen Jahre eines Menschen verstärkt bzw. proportional mit steigenden Kosten im Gesundheitswesen einhergehen (bitte begründen)?

Die Fragen 17g und 17h werden aufgrund ihrer thematischen Nähe gemeinsam beantwortet.

Die Frage, ob mit zunehmender Lebenserwartung eine Zunahme der in Gesundheit verbrachten Jahre einhergeht, wird in der Wissenschaft nach wie vor kontrovers diskutiert. Auch Befragungsdaten zeichnen hier ein ambivalentes Bild. Gleches gilt für die damit unmittelbar zusammenhängende Frage der Kostenentwicklung. Für die Vergangenheit ist jedoch zumindest im stationären Bereich von einer überproportionalen Kostenentwicklung auszugehen.

18. Teilt die Bundesregierung die Behauptung des Bundesministers für Gesundheit, Daniel Bahr, in seiner ehemaligen Funktion als Parlamentarischer Staatssekretär vom 7. Juli 2010 (unterstützt vom Abgeordneten Jens Spahn, CDU/CSU), wonach einkommensunabhängige Zusatzbeiträge wegen der Alterung der Gesellschaft eingeführt werden mussten (bitte begründen)?
 - a) Welchen Beitrag erwartet die Bundesregierung damit für die Absicht der Regierungsfraktionen zu leisten, „positive Altersbilder fortzuentwickeln und Potenziale des Alters zu nutzen“ (Antrag der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Bundestagsdrucksache 17/8345)?

Seit vielen Jahren wachsen die Ausgaben der GKV schneller als die beitragspflichtigen Einnahmen. Sowohl die Folgen einer alternden Gesellschaft als auch der medizinisch-technische Fortschritt werden den Ausgabendruck in Zukunft hoch halten. Eine ausschließlich einkommensabhängige Beitragsfinanzierung ist von den Folgen einer alternden Gesellschaft in besonderem Maße negativ betroffen. Steigende Beitragssätze gehen überdies mit steigenden Lohnkosten und einer Gefährdung von Arbeitsplätzen einher. Mit der Einführung von einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen mit Sozialausgleich wird die Spirale von Gesundheits- und Lohnnebenkostensteigerungen durchbrochen und eine dauerhafte, stabile und sozial ausgewogene Finanzierung für die Zukunft sichergestellt. Mit der Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge wurde zudem der Wettbewerb in der GKV deutlich intensiviert. Dadurch werden auch auf der Ausgabenseite starke Anreize gesetzt, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen. Eine nachhaltige Finanzierung unseres Gesundheitswesens führt nach Auffassung der Bundesregierung nicht zu einem „negativen stereotypen Altersbild“ sondern dazu, dass auch zukünftig alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung am medizinischen Fortschritt gleichermaßen teilhaben können. Hiervon profitieren insbesondere in besonderer Weise die älteren Mitglieder unserer Gesellschaft.

- b) Welche Maßnahmen, mit welchem Zeitplan und welchem finanziellen Rahmen plant die Bundesregierung, um ein positives Altersbild zu stärken?

Auf der Grundlage der Erkenntnisse und Empfehlungen des Sechsten Altenberichts wurde 2010 das Programm Altersbilder des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aufgelegt. Es beinhaltet eine Reihe von Maßnahmen, die darauf abzielen, alle gesellschaftlichen Akteure für die Potenziale älterer Menschen zu sensibilisieren und realistische, differenzierte Altersbilder zu verbreiten. Zu den Maßnahmen zählen Veranstaltungen auf Bundesebene mit verschiedenen Kooperationspartnern, Lokale Bürgerforen „Neue Bilder vom Alter“, verschiedene Studien, die Webseite www.programm-altersbilder.de, ein Foto- und Videowettbewerb „Was heißt schon alt?“ (2011) sowie ein Facebook- und ein Twitter-Account. Bis 2015 sind für das Programm Altersbilder insgesamt rund 1,476 Mio. Euro veranschlagt.

