



AOK
Die Gesundheitskasse.

IM DIALOG

▶ **Demografische Entwicklung –**

Herausforderung für die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum

Berlin, den 29. September 2010

AOK-Bundesverband

25

Demografische Entwicklung –

Herausforderung für die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum

Berlin, den 29. September 2010

Demografische Entwicklung –

Herausforderung für die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum

Berlin, den 29. September 2010



AOK IM DIALOG, Band 25

Bei den in diesem Buch abgedruckten Texten handelt es sich um eine Dokumentation von Redebeiträgen, also um gesprochene Sprache.

Impressum

Herausgeber:

AOK-Bundesverband
Geschäftsführungseinheit Politik und
Unternehmensentwicklung
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
www.aok-bv.de

Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. Herbert Reichelt

Fotos:

Stefan Melchior, Berlin

Produktion:

KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin
www.kompart.de

■ Wie kommt der Arzt nach Jottwede?	6
■ Demografie und Bevölkerungsbewegung – Wie verändern sich Deutschlands Regionen?	11
<i>Dr. Rembrandt Scholz</i>	
■ Seelsorge oder Daseinsvorsorge? Lösungen für Regionen im Wandel	23
<i>Staatssekretär André Schröder</i>	
■ Versorgung am Bedarf orientieren	41
<i>Dr. Klaus Jacobs</i>	
■ Patientengerechte Lösungen aus der Praxis	59
<i>Dr. Burkhard John</i>	
■ Lösungen zwischen Politik und Selbstverwaltung	71
<i>Parlamentarischer Staatssekretär Daniel Bahr</i>	
■ Podiumsdiskussion: Hausärztliche und fachärztliche Grundversorgung in der Fläche sicherstellen	83
■ Die Referenten/Moderation	108

Wie kommt der Arzt nach Jottwede?

Viele Jungmediziner lassen sich am liebsten in Ballungszentren nieder. Wie auch in Regionen mit schrumpfender Bevölkerung die medizinische Versorgung gesichert werden kann, diskutierten Experten auf einem AOK-Symposium.

Alles hat seine Zeit. Die der Bedarfsplanung alter Prägung ist offensichtlich vorbei, denn sie ist nicht in der Lage, die Probleme der Gegenwart und vor allem die der Zukunft zu lösen: Sowohl die Systematik als auch der Anwendungsbereich der Vorschriften, wie viele Ärzte sich wo niederlassen dürfen, sind zu überdenken. Zudem ist das strikte Festhalten an den Kategorien „ambulant“ und „stationär“ nicht mehr zeitgemäß. Neue Formen der Kooperation zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen müssen angesichts drastischer Veränderungen der Bevölkerungsstruktur her. Darin waren sich die Vortragenden und Podiumsteilnehmer auf der Veranstaltung „AOK im Dialog“ Ende September im Hause des AOK-Bundesverbandes in Berlin einig. Das Thema: „Demografische Entwicklung – Herausforderung für die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum“.

Notwendig sei statt der Bedarfs- eine Versorgungsplanung, die sich am medizinischen Bedarf der Versicherten orientiere und regionale Strukturen berücksichtige, sagte Dr. Herbert Reichelt. Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes forderte dabei für die Krankenkassen die Möglichkeit von Direktverträgen in Regionen mit Über- oder Unterversorgung, um die ambulante medizinische Versorgung vor Ort sektorenübergreifend zu gewährleisten. Er plädierte dafür, dass Kassen dort vernetzte Strukturen ausschreiben dürfen und das Kollektivvertragssystem mit seinem Zulassungsprinzip ausgesetzt wird. Klar sei schließlich: „Ballungszentren sind mit Medizinern überversorgt, auf dem Land droht teilweise Unterversorgung.

Verteilungsprobleme bekommen wir mit Appellen an Ärzte, sich in strukturschwachen Regionen niederzulassen, nicht gelöst.“

Bereits seit geraumer Zeit zeichnen sich große demografische Herausforderungen ab. Sie werden wohl in den nächsten zehn bis 20 Jahren massiv spürbar, meint Dr. Rembrandt Scholz vom Max-Planck-Institut für demografische Forschung in Rostock. Seiner Ansicht nach ist es wichtig, jetzt die Weichen zu stellen. In ganz Deutschland sinke langfristig die Einwohnerzahl. Der Anteil der älteren Menschen nehme zu. Allerdings käme es in einigen Regionen, etwa in Hamburg, kurzfristig zu einem Bevölkerungswachstum. Der Osten Deutschlands sei aber schon heute durch die Abwanderung junger Menschen von Einwohnerrückgang und Überalterung betroffen.

Rolling Stones statt Blasmusik. Angesichts der Entwicklung ist es leicht, in allgemeines Jammern zu verfallen. Doch genau davor warnte André Schröder, Staatssekretär im Ministerium für Landesentwicklung und Verkehr Sachsen-Anhalt. Derartige Veränderungen böten immer auch eine Chance zur Modernisierung. Sachsen-Anhalt werde die Ideenschmiede dieses Erneuerungsprozesses sein. Auch das Alter muss Schröder zufolge neu definiert werden: „Früher dachte man bei älteren Menschen an Blasmusik, heute hören die sogenannten Alten Rolling Stones.“ Schröder prophezeite eine zunehmende Bedeutung von Verantwortungsgemeinschaften wie Familie und Bürgerinitiativen.

Als Beispiel für Innovationen nannte Dr. Klaus Jacobs, Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), die Telemedizin. Es könne Ärzte sehr entlasten, wenn sie nicht mehr selbst bei Patienten bestimmte Vitalparameter messen müssten, sondern die Ergebnisse per Datenleitung erhielten. Jacobs setzte sich auch ausführlich mit der Bedarfsplanung auseinander. Diese gibt auf Grundlage der Verhältniszahlen von Einwohnern und Ärzten einer Fachgruppe auf dem Stand der frühen 90er-Jahre vor, wie viele Ärzte einer Fachrichtung sich in einem Zulassungsgebiet niederlassen dürfen. Ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent gilt ein Bezirk als ge-

sperrt. Die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 eingeführten Regelungen sollten eine Überversorgung mit Ärzten verhindern. Stattdessen sei in den vergangenen zwei Jahrzehnten die Zahl der niedergelassenen Ärzte um rund 50 Prozent gestiegen, sagte der WIdO-Chef.

Filialpraxen gegen Unterversorgung. Dr. Burkhard John, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA), setzte sich dafür ein, dass weiterhin insbesondere der Hausarzt die Fäden bei der Behandlung der Patienten in der Hand hält. Im Alter steige die Multimorbidität der Patienten. So litten bei den 70- bis 85-Jährigen 56 Prozent an zwei bis vier, weitere 24 Prozent sogar an fünf und mehr Erkrankungen. Für solche Patienten sei der Hausarzt der richtige Ansprechpartner. Doch der brauche Entlastung durch besonders qualifizierte Praxisassistentinnen. Nötig seien zudem „geriatrische Zentren in jedem Landkreis, und darum herum geriatrische Schwerpunktpraxen.“ Die KVSA setze darüber hinaus auf Filialpraxen, um eine Unterversorgung in strukturschwachen Regionen zu verhindern.

Einflussnahme hat Grenzen. Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, erläuterte, warum es für Kassenärztliche Vereinigungen schwierig ist, junge Ärzte dazu zu motivieren, sich auf dem Land niederzulassen. Ausschlaggebend bei der Wahl des Praxissitzes seien gar nicht so sehr die Verdienstmöglichkeiten. Vielmehr gäben Ärzte immer wieder in Befragungen an, auf das schulische Angebot für die eigenen Kinder zu achten. Auch der Arbeitsort des Ehepartners spiele eine nicht zu unterschätzende Rolle. Vieles, worauf Jungmediziner Wert legten, könnten Kassenärztliche Vereinigungen also gar nicht beeinflussen.

Köhler meint, dass auf Deutschland eine massive Überalterung insbesondere der Hausärzteschaft zukommt. Dies habe allerdings auch damit zu tun, dass sich unmittelbar vor dem Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes noch viele Ärzte niedergelassen hätten. Diese erreichten nun allmählich das Rentenalter.

Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), berichtete, dass es im Krankenhausbereich heute schon schwierig ist, freiwerdende Arztstellen zu besetzen. Die DKG habe vorgeschlagen, für einen wohl definierten Bereich hoch spezialisierter Leistungen die Bedarfsplanung völlig auszusetzen. Er selbst sei im Übrigen „ein Anhänger einer latenten stationären Überversorgung“. Baum mahnte, Krankenhausstrukturen nicht leichtfertig abzuschaffen, sondern forderte „einen sorgfältigen Umgang“ damit.

Auch die Politik sieht Handlungsbedarf. So sagte Daniel Bahr, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, dass die sektorale Trennung nicht mehr zeitgemäß sei und auf die politische Tagesordnung gehöre. Für das nächste Jahr sei auch eine Reform der vertragsärztlichen Vergütung geplant. Zwar hätten die niedergelassenen Ärzte in jüngster Zeit erheblich mehr Honorar erhalten, doch nach wie vor sei das Vergütungssystem nicht leistungsgerecht und orientiere sich eher am Mittelmaß als an den besonders Engagierten. Junge Mediziner würden immer seltener eine eigene Praxis gründen, weil sie Angst vor Regressen hätten, auch wenn diese in der Wirklichkeit des medizinischen Alltags kaum eine Rolle spielten. In wieweit die Regierung auch eine Änderung der Bedarfsplanung anstrebt, ließ der FDP-Politiker offen. Er lobte jedoch mehrfach die Flexibilisierung der ärztlichen Tätigkeit durch das Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz von 2007.

Hin zur Morbiditätsorientierung. AOK-Chef Reichelt stellte abschließend fest, aus Sicht der AOK könne der Weg weder sein, alle Leistungserbringer in die Bedarfsplanung einzubeziehen, noch einzelne Bereiche davon auszuschließen. Man müsse weg von reinen Verhältniszahlen hin zu einer Morbiditätsorientierung. Mit diesem Thema hat die AOK große Erfahrung, versichert sie doch viele ältere und kranke Menschen. Zwar könnten die Krankenkassen keine Add-ons, also zusätzliche Strukturen, bezahlen, seien aber sehr wohl bereit, gemeinsam mit der Politik und den Ärzten den Herausforderungen zu begegnen.



AOK
Die Gesundheitskasse.

IM DIALOG

Demografie und Bevölkerungsbewegung – Wie verändern sich Deutschlands Regionen?

Dr. Rembrandt Scholz

Mir stehen jetzt etwa 20 Minuten Zeit zur Verfügung, um Ihnen etwas zum Thema „Demografie und Bevölkerungsbewegung“ darzustellen. Ich habe mir vorgenommen, mein Referat wie folgt zu gliedern: Ich möchte zunächst auf die Parameter der Demografie und deren Entwicklung eingehen und danach auf die regionale Verteilung der Bevölkerung sowie auf die Prognose der Bevölkerungsentwicklung zu sprechen kommen.

Demografische Trends sind sehr stabil. Der demografische Wandel in Deutschland ist ein Thema mit einer langen Vorgeschichte. Der Wandel beginnt schon im 19. Jahrhundert, und zwar mit dem Rückgang der Sterblichkeit insbesondere von Kindern und Säuglingen. Eine Generation später folgt der Rückgang der Fertilität. Gleichzeitig werden eigene Kinder für das persönliche Überleben immer weniger wichtig. Entsprechend geht die Fertilität zurück, nunmehr schon über einen sehr langen Zeitraum. Die Entwicklung, die sich heute in der Gegenwart vollzieht, ist schon vor 85 Jahren vorhergesagt worden, weil die Trends sehr stabil sind. Sie können mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit auch in die Zukunft fortgeschrieben werden. Demografische Prognosen im Sinne von Prognoserechnungen sind keine Wetterprognosen, sondern es sind Prognosen, die auf Personen und Daten der Bevölkerung basieren; eine Bevölkerung, die zum allergrößten Teil heute schon hier in Deutschland lebt. Wir haben eine Beson-

derheit zu verzeichnen, die sich seit dem Jahre 1970 darstellt. In dieser Zeit wird erstmals sichtbar, dass die Fertilität unter das Sterblichkeitsniveau sinkt. Das ist der Beginn der negativen natürlichen Bevölkerungsbilanz. Wenn wir eine hohe Zuwanderung zu verzeichnen haben, wird das allerdings nicht sichtbar. Erstmals vor vier oder fünf Jahren beginnt die Bevölkerung tatsächlich zu schrumpfen. Die anhaltend geringe Fertilität spiegelt sich in der Bevölkerungsentwicklung insgesamt wider.

Es gibt Extrembeispiele in Deutschland, auf deren Grundlage man den demografischen Wandel und die Wirkung von Demografie sehr schön nachvollziehen kann. Dies lässt sich insbesondere am Beispiel von Ländern nachvollziehen, die man von der Altersstruktur her bisher gewissermaßen als besonders jung bezeichnen konnte und die jetzt quasi besonders alt werden. Ein Land, in dem dies exemplarisch nachvollzogen werden kann, ist Mecklenburg-Vorpommern. Mecklenburg-Vorpommern ist das Land mit den extremsten Änderungen.

Der erste wichtige Faktor der Bevölkerungsbewegung ist die Geburtenentwicklung. Die Verteilung der Geburten nach dem Alter der Mutter, wie sie sich heute in Mecklenburg-Vorpommern darstellt, entspricht dem westdeutschen Fertilitätsniveau. Mecklenburg-Vorpommern hat sich innerhalb des kurzen Zeitraums von sechs oder sieben Jahren fertilitätsmäßig an das westdeutsche Niveau angenähert. Dabei ändern sich die Parameter. Die Anzahl der Kinder geht zurück. Wir hatten zunächst eine Fertilitätsrate je Frau von knapp unter zwei. Jetzt liegt die Fertilitätsrate bei 1,3. Damit liegt sie auf dem Niveau, das wir überall in Deutschland registrieren. Mecklenburg-Vorpommern hat durchschnittliche Fertilitätsverhältnisse erreicht. Das sogenannte Gebäralter, das durchschnittliche Alter der Mutter bei der Geburt, ist ebenfalls eine relevante Größe. Es ist eine Verschiebung der Geburten auf höhere Altersstufen zu verzeichnen. Das durchschnittliche Alter der Mutter bei der Geburt lag in Mecklenburg-Vorpommern im Jahre 1985 bei etwa 24 Jahren. Heute liegt das durchschnittliche Gebäralter bei etwa 26,5 Jahren.

Der zweite wichtige Faktor, der die Bevölkerungsbewegung verändert, ist die Mortalität. Mortalität wird unabhängig von Struktureinflüssen über die Lebenserwartung gemessen. Je höher die Lebenserwartung ist, desto größer ist die Überlebensrate. Wir können feststellen, dass die Lebenserwartung in Deutschland eine stetige Entwicklung genommen hat. Über viele Jahre hinweg ist eine Steigerung der Lebenserwartung zu verzeichnen. Es sind durchschnittlich sehr stabile Zuwächse zu sehen. Diese Zuwächse sind nicht dramatisch, sehr wohl aber stabil und gleichmäßig. Es gibt in dieser Hinsicht in Mecklenburg-Vorpommern keine wirklichen Besonderheiten, es sei denn, man schaut auf die Differenzen zwischen Ost und West, auf die Lebenserwartung der Frauen in Ost und West und die Lebenserwartung der Männer in Ost und West. Die Lebenserwartung der Frauen ist sehr viel höher. Am größten war die Differenz zwischen West und Ost zum Zeitpunkt der Wende. Seit der Wende ist eine sehr starke Angleichung erfolgt. Bei den Frauen wurde innerhalb von 16 Jahren eine Angleichung erreicht. Die Differenz ist strukturell überwunden. Zunächst ging die Angleichung, besonders im hohen Alter, sehr schnell vor sich. Inzwischen ist auch im mittleren Alter vollständig eine Angleichung erfolgt.

Über viele Jahre hinweg ist eine Steigerung der Lebenserwartung zu verzeichnen. Die Zuwächse sind nicht dramatisch, sehr wohl aber stabil und gleichmäßig.

Bei den Männern ist die Differenz in der Lebenserwartung nach wie vor vorhanden. Aber auch bei den Männern ist ein starker Angleichungseffekt zu verzeichnen. Zurzeit gibt es noch eine Differenz von etwa einem Lebensjahr. Diese Differenz ist zu einem Teil unterschiedlichen Strukturmerkmalen von Ost und West geschuldet. Wenn man diese Strukturunterschiede eliminiert, wird auch die noch bestehende Differenz zu fast 100 Prozent abgebaut. Aufgrund der in großem Umfang erfolgten Wanderungsbewegung ist die Strukturdifferenz aber nach wie vor vorhanden. Die gute Botschaft ist diese: Mecklenburg-Vorpommern hat zwar die niedrigste Lebenserwartung in Deutschland gehabt, aber es hat zugleich die stärksten

Zuwächse bei der Lebenserwartung zu verzeichnen. Die Differenz bei der Lebenserwartung in Mecklenburg-Vorpommern ist sicherlich zum größten Teil der Regionalstruktur im Lande und den Möglichkeiten der medizinischen Versorgung geschuldet.

Abwanderung verstärkt Wandel der Altersstruktur. Ein weiterer wesentlicher demografischer Faktor ist die Wanderung. Betrachten wir die Fortzugsraten nach Geburtsjahrgängen in Mecklenburg-Vorpommern kumuliert, und zwar bezogen auf den Zeitraum seit der Wende. Es ist festzustellen, dass bestimmte Geburtsjahrgänge fast zu 100 Prozent abgewandert sind. Bei den Geburtsjahrgängen um 1975 herum sind die höchsten Wegzugsraten zu verzeichnen. Das sind die Geburtsjahrgänge der heute 30- bis 40-Jährigen. Die Betroffenen haben sich auf dem Arbeitsmarkt andere Orte gesucht, wo sie eine bessere Lebensverwirklichung finden konnten. Den Daten liegt leider eine Statistik zugrunde, die sich auf eine Gesamtzahl von Fällen bezieht. Eine Person kann mehrfach zuwandern und abwandern. Man muss insofern auch die Zuwanderungsstatistik berücksichtigen, um dann den Saldo zu bewerten. Wir stellen fest, dass insbesondere junge Frauen abwandern. Diesbezüglich beläuft sich die Saldorate für Mecklenburg-Vorpommern auf über minus 45 Prozent. Dies hat Einflüsse auf die Sexualproportion in dem entsprechenden Alter. Wir registrieren eine Verschiebung des Bevölkerungsanteils zuungunsten der Frauen. Bei den Männern ist eine Saldorate von über minus 30 Prozent zu verzeichnen.

Diese Änderungen führen dazu, dass sich in Mecklenburg-Vorpommern ein Strukturwandel vollzieht. Es ist der Wandel von einem Land mit dem niedrigsten Altersdurchschnitt hin zu einem der Länder mit dem höchsten Altersdurchschnitt. In Mecklenburg-Vorpommern war zunächst die höchste Fertilität in Deutschland, das heißt die breiteste Basis in der Bevölkerungskonfiguration zu verzeichnen. Durch einen Wechsel in der Fertilität ist es nun zu einer sehr schwachen Basis, die sich in die nächste Altersgruppe verschiebt, gekommen. Diese Entwicklung wird sich mit

sehr großer Wahrscheinlichkeit auch in der Zukunft fortsetzen. Gleichzeitig ist eine ganz minimale Änderung der Alterspyramide im Bereich der Menschen in höherem Alter festzustellen. Die Veränderung der Pyramide nach Alter ergibt sich gewissermaßen automatisch. Bestimmungsfaktoren dabei sind Abwanderung beziehungsweise Zuwanderung und Sterblichkeit. Unsere Prognose weist aus, dass der Strukturwandel mit einer Alterung verbunden ist. Der Trend ist nicht sehr dramatisch, die Entwicklung des Durchschnittsalters vollzieht sich sehr langsam. Es ist aber festzustellen, dass sich Mecklenburg-Vorpommern vom Land mit dem ehemals niedrigsten Durchschnittsalter zu einem der Länder mit dem höchsten Durchschnittsalter entwickelt.

Die Bevölkerung schrumpft stetig. Aufgrund der schwachen Basis vollzieht sich gleichzeitig eine Schrumpfung der Bevölkerung. Die Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern ist nur im Zeitraum der geschlossenen Grenze von 1961 bis 1989 zahlenmäßig gewachsen. In allen anderen Zeiträumen ist Mecklenburg-Vorpommern ein Land gewesen, in dem die Bevölkerung geschrumpft ist. Alle Prognosen, die wir haben – es gibt eine positive und eine negative Variante – weisen aus, dass die Schrumpfung der Bevölkerung sich auch in der Zukunft fortsetzt. Wir müssen uns darauf einstellen.

Man kann bei der Veränderung der Bevölkerung natürlich auch eine Regionalisierung vornehmen. Die entsprechende Prognose wird für Mecklenburg-Vorpommern nach Landkreisen und Stadtkreisen geteilt. Der Mittelwert ist der Durchschnittswert des Landes Mecklenburg-Vorpommern. Alle Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern werden in starkem Maße an Bevölkerung einbüßen. Eine Ausnahme ist der Landkreis Doberan. Das ist der Landkreis, der regional sehr stark an die Stadt Rostock angebunden ist. Für die Stadtkreise ist die Prognose etwas günstiger. Sie werden in der Zukunft nicht so stark wie die Landkreise schrumpfen. Ihre Werte sind sehr viel besser als der Durchschnittswert. Es gibt aber nur wenige Städte, die tatsächlich positive Entwicklungen erwarten lassen.

Die hier angesprochene Entwicklung ist von der Raumstruktur der Bevölkerung in Deutschland abhängig. Damit beschäftigt sich das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR). Es gibt einen sogenannten Raumstrukturbericht. In diesem Bericht werden die Entwicklung und die Sammlung der Daten beschrieben und die Raumstruktur in Deutschland nach Zentrenreichbarkeit und Bevölkerungsdichte im Jahre 2005 dargestellt. Unter dem inneren Zentralraum sind Regionen zu verstehen, die als

Für die Stadtkreise ist die Prognose etwas günstiger. Sie werden in der Zukunft nicht so stark wie die Landkreise schrumpfen. Es gibt aber nur wenige Städte, die tatsächlich positive Entwicklungen erwarten lassen.

Städte und in der Konzentration der Bevölkerung eine sehr große Dichte und eine sehr gute Erreichbarkeit aufweisen. Demgegenüber gibt es andere Regionen, die sich bezüglich der Bevölkerungsdichte stark nach außen hin verkleinern. Wir haben insofern in Deutschland eine Struktur, die mit der demografischen Entwicklung und der demografischen Struktur gebündelt werden muss. Wir werden daraus Schlussfolgerungen ziehen müssen.

Es gab im BBR ein Forschungsprojekt die Raumtypen betreffend. Im Rahmen dieses Projektes wurde die Überlagerung von Siedlungsstruktur und Lage analysiert. Es zeigt sich, dass der ländliche Raum deutlich definierbar ist. Dies lässt sich in Deutschland insbesondere am Beispiel des nördlichen Teils von Sachsen-Anhalt, des südlichen Teils von Mecklenburg-Vorpommern und am Beispiel von Brandenburg verdeutlichen. Diese Regionen stellen große geschlossene Flächen im ländlichen Raum dar. Analog haben wir eine solche geschlossene Fläche im ländlichen Raum auch in Bayern in der Region Bayerischer Wald. Solche Gegebenheiten finden wir flächendeckend in Deutschland eher nicht.

Metropolregionen gewinnen durch Wanderung. Wenn wir die demografische Entwicklung vor dem Hintergrund dieser gerade dargestellten Struktur betrachten, zeigt sich folgendes Bild. Durch Wanderung ergeben sich insbesondere im Osten Verluste, während sich in den sogenannten Metropol-

regionen Gewinne ergeben. Metropolregionen sind solche Regionen, die viele Arbeitsplätze anbieten können und die gute Verwirklichungsmöglichkeiten für die Bevölkerung eröffnen. Es gibt große Gebiete in Deutschland, die wirtschaftlich stark sind (Hamburg, Berlin, Frankfurt, Stuttgart, München). Das Ruhrgebiet und andere vor allem ländliche Gebiete sind hingegen heute als strukturschwache Region zu kennzeichnen. Wenn wir uns die bisherige Entwicklung anschauen, stellen wir fest, dass das Bevölkerungswachstum bisher im Wesentlichen im Osten eingeschränkt war. Allerdings wird sich dieser Rückzug des Wachstums in Zukunft auf alle Regionen ausdehnen. Es gibt nur sehr wenige Regionen, in denen es anders sein wird. Wenn wir die Bevölkerungsentwicklung in den verschiedenen Ländern in Deutschland vergleichen, kann man die neueste Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes – es ist die 12. Koordinierte Prognose – zugrunde legen. Der Begriff Koordinierte Prognose beinhaltet, dass die entsprechenden Prognosen in Abstimmung mit den politischen Kräften erarbeitet werden. Je nachdem, wie stark sich Länder positionieren können, werden zum Beispiel Wanderungsströme verteilt. Diese Prognose weist für Hamburg zum Beispiel eine sehr positive Entwicklung aus. Diese positive Entwicklung ist allerdings nur im Sinne einer Momentaufnahme zu verstehen, weil es bisher tatsächlich entsprechende Entwicklungen gegeben hat. Ansonsten werden für alle Länder starke Schrumpfungen prognostiziert. Es gibt dabei natürlich einen großen Unterschied zwischen den östlichen und den westlichen Ländern.

Es gibt noch eine weitere Konsequenz: Das ist die Alterung. Alterung bezieht sich auf verschiedene Altersgruppen. Die höchste Altersgruppe weist die stärksten Zuwächse auf. Unter die höchste Altersgruppe fallen Menschen im Alter von 85 Jahren und mehr. Am stärksten wächst diese Altersgruppe. Wir haben in diesem Bereich aber nach wie vor sehr schwache Besetzungen. Diese schwachen Besetzungen wird es auch in Zukunft geben, sodass die Dramatik, wie sie sich hier darstellt, in Wirklichkeit nicht so groß ist. Wir haben es bei der Alterung im Wesentlichen vielmehr mit

einer Entwicklung zu tun, die mit einer Schrumpfung der Bevölkerung zusammenhängt, welche allerdings von der Zunahme von „Alten“ überformt wird und für die Krankheitskosten eher spezifisch ist. Die positive Nachricht ist, dass die sogenannte Alterung ab 2060 stark zurückgehen wird. Wir werden dann den Berg der „Baby-Boomer“ abgebaut haben.

Konzepte für schrumpfende und wachsende Regionen. Ich ziehe nun ein Fazit. Wir werden noch lange Zeit eine anhaltende Abnahme der Personen im jüngeren Alter haben. Die Veränderung kommt vor allen Dingen durch die niedrige Fertilität zustande. Durch Wanderung wird dieser Prozess noch stark überformt. In den neuen Ländern haben wir durch die Wanderung und die starke Anpassung an das Regime West eine stärkere Veränderung zu verzeichnen. Im Westen ist die Veränderung hingegen etwas abgeschwächt. Diese Abschwächung kann in Zukunft allerdings nicht mehr in der bisherigen Weise wirksam werden, weil die entsprechenden Potenziale abgebaut sind. Aufgrund der regionalen Verteilung der Bevölkerung gibt es gleichzeitig schrumpfende und wachsende Regionen. Das heißt, dass wir bei den Konzepten unterschiedlich vorgehen müssen, je nachdem, ob wir es mit einer schrumpfenden oder mit einer wachsenden Region zu tun haben.

Dementsprechend ergeben sich auch Folgerungen für die Medizin. Die medizinische Infrastruktur muss mit der Entwicklung Schritt halten. Sie wird im ländlichen Raum ineffizienter werden. Wir müssen mit dieser Situation lernen umzugehen. Die damit verbundenen Kosten sind sicherlich nicht niedriger, sondern eher höher als bisher. Weiterhin darf man den Faktor der Alterung nicht vergessen. Im höheren Alter ist verstärkt die medizinische Versorgung relevant.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Herr Scholz, der demografische Wandel wird ganz Deutschland treffen, wobei die unterschiedlichen Regionen allerdings unterschiedlich betroffen sein werden. Erwarten Sie ange-

sichts dessen verstärkte gesellschaftliche Spannungen? Erwarten Sie einen Kampf der Regionen?

Dr. Rembrandt Scholz: Der Versuch, die mit dem demografischen Wandel verbundenen Probleme in den Griff zu bekommen, erfolgt bislang normalerweise auf verschiedenen Ebenen. So versucht zum Beispiel jede einzelne Kommune, gute Standortfaktoren darzustellen. Jede Kommune wird es für sich allein aber nicht schaffen können, solche Standortfaktoren zu gewährleisten. In diesem Bereich müssen sicherlich andere kooperative Formen gefunden werden. Hier ist Politik gefragt. Was die strukturschwachen Gebiete angeht, so muss erreicht werden, dass klar wird, dass wir in dem angesprochenen Bereich etwas tun müssen. Insofern ist politischer Handlungsbedarf gegeben.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Haben Sie in dieser Hinsicht Hoffnung? Oder haben Sie erst für die Zeit ab 2060 Hoffnung, wenn Menschen wie ich, wenn die Baby-Boomer weggestorben sind?

Dr. Rembrandt Scholz: Ich habe durchaus Hoffnung, weil die Probleme sichtbar werden. Das betrifft die ambulante Versorgung ebenso wie die stationäre Versorgung. Von der ambulanten Versorgung wird immer leichthin gesprochen. Probleme resultieren aber schon allein daraus, dass Praxen oft nicht wirtschaftlich arbeiten können. Dann müssen Nachbesetzungen organisiert werden. Die Krankenhäuser müssen sich dem Wandel ebenfalls anpassen. Krankenhäuser und spezialisierte Bereiche werden zusammengelegt. Wir befinden uns derzeit am Anfang dieses Prozesses. Von der Bevölkerungsstruktur her gesehen haben wir noch nicht den Punkt erreicht, der wirklich zu einem Druck führt. Bislang war es so, dass die Alterung, die jeweils als Argument angeführt wurde, noch gar nicht so relevant war. Wir werden uns erst in den nächsten zehn oder 15 Jahren mit den eigentlichen Problemen konfrontiert sehen, die wir bewältigen müssen.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Wenn wir rechtzeitig über die Probleme sprechen, können wir sie leichter lösen. Das ist ein gutes Stichwort. – Noch eine Frage. Wird das Max-Planck-Institut in Rostock dann, wenn der demografische Wandel weiter an Bedeutung gewinnt, weiterhin so kluge Köpfe hervorbringen? Anders gefragt: Wird wenigstens das MPI wachsen und keinen Schwund erleben?

Dr. Rembrandt Scholz: Das Max-Planck-Institut für demografische Forschung ist ein Grundlagenforschungsinstitut. Der demografische Wandel ist ein Thema, das politikrelevant ist, an sich aber gar nicht auf der Agenda des Max-Planck-Instituts steht. Im Zentrum unserer Forschung stehen Fragen der Lebensverlängerung und Fragen des Fertilitätsrückganges. Der demografische Wandel an sich und die politischen Implikationen werden immer bewusst ausgelagert. So wurden zum Beispiel die Arbeiten, die sich auf den demografischen Wandel beziehen, vollständig im Rostocker Zentrum zur Erforschung des demografischen Wandels durchgeführt. Auch Prognosen bezüglich der Bevölkerungsentwicklung wurden dort erstellt. Dieses Institut ist ein An-Institut zwischen Universität und MPI. Es wird normalerweise vermieden, Grundlagenforschung mit Politik zu vermischen. Bei unserer Arbeit stehen Fragen im Zentrum, die sich auf Langlebigkeit beziehen. Es sind Fragen wie: Gibt es ein Gesetz der Langlebigkeit? Gibt es in diesem Zusammenhang Grenzen im obersten Altersbereich? Die politische Umsetzung hat damit zunächst einmal nichts zu tun.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Gefragt werden Sie aber durchaus?

Dr. Rembrandt Scholz: Das geschieht hin und wieder durchaus. Seit kurzem sind Individualdaten ja besser zugänglich. Ich muss hinzufügen, dass sich die Krankenkassen diesbezüglich noch sehr bedeckt halten. Es gibt inzwischen aber Individualdatensätze, mit denen man sehr gut arbeiten kann. Entsprechende Analysen sind möglich. Die statistischen Daten sind bislang nur in aggregierter Form zugänglich gewesen. Auch hier eröffnen sich seit

2004/2005 mit Gründung der Forschungsdatenzentren neue Möglichkeiten. Ich erhoffe mir davon auch neue Forschungsmöglichkeiten. Allerdings sind die Personen, die in diesem Bereich forschen, nicht in dem Umfang vorhanden, in dem sie benötigt werden. Wir brauchen sehr viel mehr Empiriker. Diese sind an den Instituten derzeit im Grunde genommen nicht vorhanden. Es wird auch kein Geld für die Lösung dieses Problems zur Verfügung gestellt. Ich selber bin auch überrascht, dass wir die Möglichkeiten so wenig nutzen. In unserem Demografie-Institut in Rostock gibt es ungefähr 120 wissenschaftliche Mitarbeiter. Der Stellenplan weist aber nur 30 Stellen für Wissenschaftler aus. Die anderen wissenschaftlichen Mitarbeiter sind Doktoranden. Das heißt, dass sie für eine wirkliche Einbindung im Grunde genommen nur in eingeschränktem Maße zur Verfügung stehen. In anderen Ländern hat Forschung in diesem Bereich eine ganz andere Größenordnung. So gibt es beispielsweise in Frankreich oder in Polen 500, 600 oder 700 Stellen für Wissenschaftler, die sich mit den entsprechenden Fragen beschäftigen. Diese Stellen fehlen in Deutschland.

Ich bin überrascht, dass wir die Möglichkeiten so wenig nutzen. In anderen Ländern hat demografische Forschung eine ganz andere Größenordnung.



Der Autor

Dr. Rembrandt Scholz
Max-Planck-Institut für demografische Forschung



Seelsorge oder Daseinsvorsorge? Lösungen für Regionen im Wandel

Staatssekretär André Schröder

Ich möchte versuchen, von der Beschreibung der faktischen Rahmenlage zu einer politischen Bewältigungsstrategie zu kommen. Sie haben schon gehört, dass demografische Veränderungsprozesse zu allen Zeiten und in allen Regionen der Welt, auch in Deutschland, stattgefunden haben. Man kann fragen: Warum hat dieses Thema politisch Konjunktur? Das erste Jahr mit einem Geburtendefizit war das Jahr 1973. Selbst in Zeiten, in denen der Eiserne Vorhang Deutschland trennte, war auf dem Gebiet des heutigen Bundeslandes Sachsen-Anhalt ein Bevölkerungsrückgang um circa 500.000 Menschen zu verzeichnen. Auch die Alterung der Gesellschaft schreitet voran. Die Frage ist erlaubt: Warum hat das Thema politisch Konjunktur? Die Antwort ist: weil der Transformationsprozess oder, wenn Sie so wollen, die Dynamik der Veränderungsprozesse eine beachtliche Dimension erreicht hat.

Von der Bevölkerungspyramide zum Baum. Das, was Demografie-Experten immer als Bevölkerungspyramide beschrieben haben, erscheint nun eher als eine Art Baum oder Pilz. Betrachtet man die Bevölkerung des Jahres 2007 im Vergleich zur Bevölkerungsprognose für das Jahr 2025, erkennt man die Auswirkungen der Kriege, des Pillenknicks, der Wende. Es ist deutlich zu sehen, dass im Vergleich zum Basisjahr in bestimmten Altersbereichen Menschen fehlen. Gut zu erkennen ist auch das, was man Geschlechterdisparität, das heißt einen Männer- oder Frauenüberschuss, nennt. Da es sich hier um Durchschnittswerte handelt, müssen Sie davon ausgehen, dass es in

sehr ländlich geprägten Regionen für 20 Prozent der männlichen Bevölkerung die Möglichkeit, einen bürgerlichen Lebensentwurf zu verwirklichen, eine Frau zu finden und mit ihr eine Familie zu gründen, nicht mehr gibt.

Die Bevölkerung schrumpft nicht gleichmäßig. Sie alle kennen den Spruch: Wenn man Zahlen lange genug quält, dann sagen sie einem, was man hören will ... Es fällt auf: Wir müssen differenzieren; denn die Bevölkerung schrumpft nicht gleichmäßig. Der Anteil der über 65-Jährigen steigt in Sachsen-Anhalt um satte acht Prozent bis 2025. Das heißt: Nicht nur im Vergleich zu einer rückläufigen Bevölkerung, sondern auch in absoluten Zahlen nimmt die Altenquote zu. Während sich die Zahl der unter 25-Jährigen halbiert, verdoppelt sich die Zahl der über 65-Jährigen beziehungsweise der über 80-Jährigen.

Die fünfte regionalisierte Bevölkerungsprognose für Sachsen-Anhalt zeigt die regionale Ausdifferenzierung; denn die Entwicklung ist nicht überall gleich. Es gibt Durchschnittswerte, die Sie ablesen können. Im Vergleich der Jahre 2008 und 2025 ergibt sich ein Minus von 18,6 Prozent. Das heißt, die Bevölkerungszahl sinkt von 2,3 Millionen im Jahre 2008 auf 1,9 Millionen im Jahre 2025; das sind 442.000 Menschen weniger. Es gibt scheinbar Inseln der Stabilität, beginnend bei den großen Städten bis zum sogenannten Speckgürtel, den Landkreisen um die Oberzentren herum, die stark profitieren. Es gibt aber auch Ausreißer. Daneben finden Sie sehr dünn besiedelte Landkreise wie Salzwedel in der Altmark. Dort liegt die absolute Zahl zwar fast im Durchschnitt. Aber die Veränderung der absoluten Zahlen ist dramatisch. Dort beträgt die Bevölkerungsdichte weniger als 40 Einwohner je Quadratkilometer. Das sind skandinavische Werte.

Also Mut zur Differenzierung! Es gibt eine sehr starke räumliche Spaltung. Daraus leitet sich das ab, was Sie alle kennen: der Umgang mit dem demografischen Wandel in der veröffentlichten Meinung. Ich darf Ihnen ein paar Überschriften zitieren, die einen Landespolitiker besonders ärgern:

„Altenheim Europas“, „Rurale Republik“, „Der Letzte macht das Licht aus“, „Ausgleichsgebiet in Zeiten des Klimawandels“ – Schöner kann man Pampa nicht beschreiben! –, „Wolfserwartungsgebiet“, „Innerdeutsche Peripherie“ und – besonders schön! –, „Selbstverantwortungsräume“. All diese Überschriften führen einem vor Augen, dass wir statt Profilierung durch Vorreiterschaft so etwas wie Stigmatisierung durch Schrumpfung erleben. Dagegen wenden wir uns. Wir sehen, dass sich dieses Land, diese Nation, Europa, ja sogar die ganze Welt verändern wird. Es wird wenige quantitativ wachsende Regionen geben. Gleichzeitig wird es immer mehr Regionen geben, die von Prozessen einer alternden Gesellschaft – das ist die zweite wichtige Facette, die immer zu kurz kommt – und von einem quantitativen Schrumpfungsprozess geprägt sind.

Es wird immer mehr Regionen geben, die von Prozessen einer alternden Gesellschaft und von einem quantitativen Schrumpfungsprozess geprägt sind.

Über die Hälfte aller Landkreise und kreisfreien Städte in Deutschland wird in zehn Jahren schrumpfen. Ganz Osteuropa schrumpft, große Teile Skandinaviens, Nordenglands, Süditaliens, große Regionen in Frankreich und Spanien schrumpfen. Die EU-Kommission hat eine Expertenkommission „Demografie“ ins Leben gerufen. In den nächsten zehn Jahren werden in Europa 20 Millionen Menschen weniger in Erwerbsarbeit stehen als es heute der Fall ist. 25 Prozent aller Städte weltweit schrumpfen. Bayern hat im vergangenen Jahr trotz des prosperierenden Wirtschaftsraumes München Einwohner verloren. Seit zehn Jahren schrumpfen Stadtstaaten oder kleine Länder wie Bremen oder das Saarland. Wir im Osten sind eine Art „Testfall Zukunft“ für Deutschland und Europa. Das ist deswegen interessant, weil wir in den neuen Bundesländern 20 Jahre nach Vollendung der deutschen Einheit – 2010 ist ein Jubiläumsjahr – feststellen, dass wir nach einer aufholenden Entwicklung – es galt der „Idealfall West“ – selber an der Spitze einer Entwicklung stehen. Für das, was wir tun müssen, gibt es keinen Idealfall, den wir nachbauen könnten. Das ist eine sehr interessante Diskussion, die natürlich auch mit schmerzhaften Prozessen verbunden ist.

Alterung regt Erneuerung an. Veränderungsdruck ist vorhanden; er ist aus der Not heraus geboren. Aber er ist immer auch die Quelle von Modernität und Erneuerung. Wo Altes nicht mehr tragfähig ist, entsteht Raum für Neues. Das klingt banal und logisch. Aber Sie haben das Thema „Demografischer Wandel“ noch nie unter dem Aspekt der Modernisierung wahrgenommen, zumindest nicht in der Berichterstattung. Die Überschriften habe ich Ihnen vorgelesen. Ich zeige Ihnen ein Buch. Es heißt: „Von Not nach Elend: Eine Reise durch deutsche Landschaften und Geisterstädte von morgen“. Sie glauben es nicht, aber es geht noch schlimmer; denn hinten steht der Satz: „Wo Heimat stirbt.“ Zeitgleich mit Erscheinen dieses Buches wird eine große Anzeigenkampagne eines bayerischen Autokonzerns geschaltet, der nichts anderes tut, als die Altersstrukturen im Dingolfinger Werk von 2017 aufzuzeigen. In der millionenschweren Kampagne heißt es: „Während sich die einen noch Kopfzerbrechen über die demografische Veränderung bereiten, arbeiten wir konkret an der Zukunft mit. Wir haben begriffen. Wir bereiten uns vor. Wir sind aktiv.“ Für einen Landespolitiker, zumal für einen solchen aus den neuen Bundesländern, ist die spannende Frage: Haben wir die Wahl, wie wir mit diesem Thema umgehen? Ich wäre heute nicht hier, wenn ich diese Frage nicht mit „Ja“ beantwortete.

Bevor wir zur konkreten Politik kommen, ist es wichtig, die Megatrends festzustellen. Wir reden zu einseitig über Abwanderung. Eigentlich meinen wir ein negatives Wanderungssaldo durch die Stabilisierung der Gesellschaften aufgrund einer besseren Wirtschaftsentwicklung. Aber auch deswegen, weil der Anteil der wanderungsfähigen Bevölkerung rückläufig ist, wird dieses Thema in den nächsten Jahren keine oder kaum eine Rolle spielen. Das heißt, die entscheidende Frage ist: Wie können wir diejenigen, die bei uns leben oder zu uns kommen wollen, dazu bewegen, sich wieder stärker für das Leben zu entscheiden? Wie können wir die zweite Quelle für den Bevölkerungsverlust, das Geburtendefizit, abbauen? 1,4 Kinder pro Frau – das ist zu wenig, nicht nur in Sachsen-Anhalt, sondern deutschlandweit.

Ich komme zu dem Punkt: Veränderungsdruck durch eine alternde Gesellschaft. Wenn die EU-Kommission 2012 als das „Jahr des aktiven Alterns“ ausloben wird, dann hat auch die EU begriffen. Denn die Zahl alter Menschen in Europa wird gegenüber allen übrigen Kontinenten sogar noch größer. Es wird wichtig sein, dass man sich hier auf eine alternde Gesellschaft einstellt. Der Bedeutungsgewinn der Städte ist ein sehr bedeutsamer Punkt. Die Stadttrendite, kurze Wege zu Versorgungsfunktionen, wird zunehmend wichtiger. Wir erleben eine Renaissance der Stadtentwicklung, und zwar nicht trotz, sondern wegen des demografischen Wandels. Neben Zentralität und Tragfähigkeit geht es immer auch um das Thema „Erreichbarkeit“. Erreichbarkeit heißt Mobilität, Verkehrswege. Unser Wohlstand und Glück hängt nicht von einer bestimmten Bevölkerungsdichte, sondern eher von der Erreichbarkeit bestimmter Versorgungsfunktionen ab. Deswegen müssen die neuen Bundesländer auch in Zukunft Hüter bezahlbarer Mobilität bleiben.

Unser Wohlstand und Glück hängt nicht von einer bestimmten Bevölkerungsdichte, sondern eher von der Erreichbarkeit bestimmter Versorgungsfunktionen ab.

Kurz zur Akzentverschiebung von Menge zu Qualität! Wir alle reden über Wachstum und Schrumpfung, ein klassischer Gegensatz. Sie wissen längst, dass wir einen völlig veralteten Wachstumsbegriff haben. Rein quantitativ geprägte Wachstumsbegriffe sind von gestern. Wir brauchen einen veränderten Wachstumsbegriff. Die positive Botschaft ist: Qualitatives Wachstum bleibt möglich. Es gibt auch eine Wiedergeburt alter Werte, wie Familie und Bürgerschaft. Diese Dinge werden wichtiger, weil es stärker auf die lokalen Akteure, auf Verantwortungsgemeinschaften ankommt. Statt weiter auf Verdichtung zu setzen, müssen wir über Flexibilität und darüber reden, wie Infrastruktur flexibler und effektiver genutzt werden kann. Es geht um nachhaltige Bestandspflege statt um Verdichtung. Sie merken: Das sind Themen, die sich nicht nur für Sachsen-Anhalt stellen, sondern deutschlandweit Bedeutung haben.

Landespolitik ist Bevölkerungspolitik. Deswegen ist es wichtig, Strukturpolitik als Daueraufgabe zu begreifen. Gute Landespolitik schließt immer eine nach-

haltige Bevölkerungspolitik ein. Sie alle kennen die Zeit, in der man sagte: Wir machen gute Wirtschaftspolitik, und das andere kommt von allein. – Das funktioniert nicht. Wenn der Bund 2012 seine Demografie-Strategie veröffentlichen will, werden wir vorher gefragt, weil wir hier Kompetenzen errungen haben. Bei Wirtschaftsprofessoren heißt es manchmal: Eine gute Statistik ersetzt Prophezeiung durch Irrtum. Bei Demografie-Prognosen sieht es verlässlicher aus. Sachsen-Anhalt ist eines der wenigen Bundesländer, die regionalisierte Bevölkerungsprognosen im Kabinett beschließen, weil sie zur Grundlage für alle Landesbehörden gemacht werden.

Wir brauchen eine Doppelstrategie aus Anpassung und Entgegnung. Ich will zunächst eine stärkere Orientierung am Grundprinzip der räumlichen Bündelung ansprechen. Sie alle kennen die klassische Dualität Stadt und Land. Es wird entscheidend darauf ankommen zu begreifen, dass der ländliche Raum keine einheitliche Raumkategorie ist. Bitte denken Sie nicht an die Sendung „Bauer sucht Frau“! Bitte nicht die Agrarbrille aufsetzen! Vielmehr muss man erkennen: Der ländliche Raum ist ganz Deutschland außerhalb der Metropolregionen und Ballungsräume. Raumordnerisch ist das keine einheitliche Kategorie. Es gibt sehr viele Unterteilungen des ländlichen Raums. Die Mehrzahl unserer Städte in Deutschland, auch die Mehrzahl unserer Zentren in Sachsen-Anhalt, befindet sich im ländlichen Raum. Bis auf die Ballungsräume Halle und Magdeburg ist ganz Sachsen-Anhalt ländlicher Raum. Das heißt, Politik für Städte, die Klein- und Mittelstädte einschließen, ist Politik für den ländlichen Raum. Dieser Bedeutungsgewinn der Städte, die Stadttrendite, wird wichtiger. Denn Städte sind Motoren des Wandels. Dass die Oberzentren die überregionale Wahrnehmung prägen, brauche ich nicht extra zu erwähnen.

Differenzierte Strategien statt uniformer Standards. Wir haben in der Landespolitik einen Demografie-TÜV. Sie bekommen keine Kita mehr gefördert, wenn Sie nicht nachweisen können, dass man das Gebäude in 15 Jahren

auch anders nutzen kann. Wir greifen also auch in Fördermechanismen ein und wiederholen nicht die Fehler der Vergangenheit. Die Kreisgebietsreform wurde anhand von Prognosewerten von Einwohnerzahlen – nicht von aktuellen Zahlen – durchgeführt, um Entscheidungen demografiefest zu machen. Es geht um räumlich differenzierte Strategien statt um uniforme Standards. Hier müssen wir den Mut zur Differenzierung haben.

Stichwort „Modernisierungsmotor“! Stellen Sie sich die Gesundheitswirtschaft einmal ohne Demografie vor! Das ist schwierig. Sie wissen, dass bei dezentraler Energieversorgung, sozialer Aktivierung, Kreislaufwirtschaft und vielen anderen Bereichen der demografische Wandel längst eine bestimmende Wirkung hat. Die Frage, ob man durch Digitalisierung, durch Technik – auch das ist Modernisierung – Teilhabe in den ländlichen Räumen sichert, ist sehr wichtig. Es ist einmal der Spruch gefallen: Schnelles Internet ist digitaler Sauerstoff. – Richtig! Schnelle Internetverbindungen sind Grundbestandteil kommunaler Infrastruktur, wie Strom, Gas und Wasser. Vielleicht ärgert es Sie, wenn Sie im heute-Journal als Gebührenzahler aufgefordert werden, die Mediathek zu benutzen, Ihren PC aber nicht nutzen können, weil Sie kein schnelles Internet haben. Wie ist diskriminierungsfreier Zugang zu Informationen gesichert, wenn nicht durch Breitband? Wir werden diesen Bereich fördern müssen.

Wir haben unsere Kommunen zu 80 Prozent als selbständige Verwaltungseinheiten abgeschafft. Es bestehen Größenvorgaben von etwa 10.000 Einwohnern. Wenn Sie wie Sachsen-Anhalt Einheits- und Verbandsgemeinden einführen, dann ist das in dieser Dimension ein einmaliger Vorgang – mit Volksbegehren und Verfassungsklagen begleitet. Wir, das Land, gucken über unsere Grenzen und suchen nach Netzwerken darüber hinaus.

Es ist wichtig, Prognosen fortzuschreiben und klare Zuständigkeitsregelungen zu haben. Ich nenne in diesem Zusammenhang das Stichwort

Wenn Sie heute an einem offenen Fenster der „Volkssolidarität“ vorbeigehen, hören Sie Blasmusik. In zehn Jahren, vielleicht sogar eher, hören Sie die Rolling Stones.

„Standardöffnungsgesetz“. Wenn es um Investitionen geht und Vorgaben bestehen, müssen wir darüber reden, ob diese Vorgaben überhaupt in die Fläche eingebracht werden können. Denn wir sind froh darüber, dass noch jemand privat Geld in die Hand nehmen will. Dann kommt die Idee: Warum richten wir unser Investitionsgeschehen, unsere Standards nicht

auch danach aus, dass wir eine bestimmte Obergrenze der Belastung nicht überschreiten? Das bedeutet im Falle einer Überschreitung, dass wir über den Standard reden. Das ist eine schwierige Diskussion, die noch nicht abgeschlossen ist.

Der Stadtumbau in Ostdeutschland ist eine Erfolgsgeschichte. In der Dualität von Aufwertung und Abriss wird die Möglichkeit aufgezeigt, dass die Wohnmenge schrumpft, aber die Wohnqualität, die Lebensqualität steigt. Qualitatives Wachstum bleibt möglich. Das ist eine positive Botschaft. Die Wieder-

entdeckung der kompakten Stadt habe ich bereits erwähnt. Wir müssen Ankerpunkte haben, an denen sich Versorgung rechnet und an denen Nachfrageschwerpunkte mit Blick auf private Dienstleistungen gesichert sind. Die Aufenthaltsqualität unserer Innenstädte muss erhalten bleiben. Wenn Sie sich Städte wie Stendal, Salzwedel, Naumburg, Freyburg, Wernigerode, Quedlinburg anschauen, dann wissen Sie, was ich meine. Auch außerhalb der Oberzentren ist vieles geschehen. Wir haben natürlich Probleme mit bestimmten Regelungen: Denkmalschutzauflagen, energetische Standards, Barrierefreiheit. Das alles wollen wir unter einen Hut bringen. Im Zweifel müssen der Nutzer und seine Wünsche Vorrang haben.

Neue Formen des Alterns. Wenn Sie heute an einem offenen Fenster der „Volkssolidarität“ vorbeigehen, hören Sie zünftige Blasmusik. In zehn Jahren, vielleicht sogar schon eher, hören Sie die Rolling Stones. Ich will damit sagen: Wir müssen das Alter neu definieren. Wer bei dem Wort an seine Eltern oder an die Alten denkt, die heute auf der Straße laufen, irrt. Das subjektive Empfinden, ab wann jemand als alt gilt, ändert sich. Auch die

biologische Leistungsfähigkeit ändert sich. Wir wissen aus einer Denkschrift der Leopoldina, dass wir den altersbedingten Strukturwandel in der sachsen-anhaltinischen Wirtschaft vollständig kompensieren könnten, wenn wir die Erwerbsbeteiligung Älterer der Schweiz oder Dänemarks hätten. Das ist keine Hexenkunst, es ist leistbar. Aber das heißt, wir müssen über professionelle Weiterbildung, über Zugänge zu Erwerbsarbeit und über die Abschaffung von starren Altersgrenzen reden. Das ist politisches Handwerk, nicht Larmoyanz, wenn jeder Zweite älter als 55 Jahre alt ist.

Sie können nichts mehr fördern oder staatlich vorgeben, wenn Sie keine lokalen Akteure haben, die das tragen. Wenn Sie Gebietskulissen angepasst haben, zum Beispiel in Form einer Gemeindegebietsstruktur- beziehungsweise einer Kreisgebietsreform, müssen Sie diesen Strukturen Bestandschutz und Freiheit geben. Sie sollten sie von guten Beispielen andernorts profitieren lassen, indem Sie professionelles Coaching anbieten. Sie brauchen einfach Wissenstransfer sowie einen kontinuierlichen Zugang zu Daten und Fakten für Kommunen und Bürger. Dadurch wird lokale Identität mit gefördert.

Bildung ist ein Riesenthema. Wir könnten es uns finanzpolitisch einfach machen, indem wir sagen, wir passen die Hochschullandschaft der Zahl der Studierfähigen in Sachsen-Anhalt an. Dann könnten wir kräftig abbauen und Geld sparen. Das tun wir nicht. Wir wollen den Jungbrunneneffekt der Bildung nutzen. Wir haben niedrige Hürden für die Aufnahme des Erststudiums. Jeder zweite Erstsemestler, der sich bei uns einschreibt, ist nicht aus Sachsen-Anhalt. Es besteht die Chance, nicht nur für andere Regionen auszubilden, sondern auch die Möglichkeit, hier weiter zu arbeiten. Wir müssen damit aufhören, die Schullandschaft auszudünnen, und wir müssen die Weiterbildung professionalisieren.

Wichtig ist Familienfreundlichkeit. Das beginnt im Kopf und setzt sich bei der Arbeit fort. Das hat aber auch etwas mit geförderter künstlicher

Befruchtung, mit Wohneigentumsförderung, mit Familiengründungsinitiativen sowie mit dem Kampf gegen Schwangerschaftsabbrüche zu tun.

Eine Stadt für alle Generationen. Es gibt kein Leitbild einer Stadt für die ältere Gesellschaft, es gibt kein Leitbild einer Stadt, die nur auf Jugend setzt. Es gibt vielmehr das Leitbild einer Stadt für alle Generationen. Ein neues Stadtverständnis wollen wir mit dem Thema der Internationalen Bauausstellung in Sachsen-Anhalt im Jahre 2010 zeigen: „Weniger ist Zukunft“. Wir erkennen, dass wir eine Angebotsstadt haben, die um Bewohner buhlt, die um Bewohner wirbt. Sie kann anders auf Beteiligungsprozesse, auf Wohnumfeldgestaltung, auf die Bürgerschaft eingehen, als verdichtete, überhitzte Ballungsräume anderswo es könnten.

Im nächsten Jahr laufen im EU-Raum die Beschränkungen der Arbeitnehmerfreizügigkeit und der Niederlassungsfreiheit aus. Es entsteht ein großer Wirtschaftsraum innerhalb der EU. Ohne dass wir über Zuwanderung und Integration à la Sarrazin reden müssen, wissen wir, wie attraktiv wir für den EU-Raum sind. Wenn jemand Deutsch kann, einen Lebenspartner kennengelernt hat, einen Abschluss hat und sogar einen Arbeitgeber findet – warum treibt man ihn wieder aus dem Land, nur weil sein Einkommen nicht die Höhe hat, die wir zurzeit deutschlandweit verlangen? Beim deutschlandweiten Mindestlohn sagt man auch: Das geht nicht, denn er muss branchenspezifisch und regional sein. Die Hürden für ausländische Absolventen, hier bei uns zu arbeiten, müssen wir senken.

Darüber hinaus müssen wir ein Brachflächen- oder Ressourcenkataster in Angriff nehmen, um die Ressource Raum effektiver zu nutzen. Das sind typische Handwerksfelder für die Landespolitik. Ich habe eingangs gesagt, dass Zentralität und Mobilität oder Tragfähigkeit und Erreichbarkeit die zentralen Fragen der Daseinsvorsorge sind. Wir bekennen uns zu den geplanten Verkehrsprojekten. Im Übrigen koppeln sich Bevölkerungsverlust und tatsächliche Verkehrsmenge voneinander ab. Das wird immer verkannt. Pendler-

verkehre, Güterverkehre, Freizeitverkehre nehmen immer noch zu. Es gibt Untersuchungsräume mit einer Bevölkerungsprognose von minus 27 Prozent, in denen die Verkehrsmenge in den nächsten 20 Jahren praktisch gleich bleibt. Sie lindern also Erreichbarkeitsdefizite. Verkehrswegebau ist ein Beitrag zur räumlichen Integration. Das bezieht sich genauso auf den Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV). Es geht darum, dass Sie immer einen wirtschaftlichen Verkehrsträger finden. Wenn ich Mobilität verspreche, dann bedeutet das für den einen die Bahnstation vor der Tür, für den anderen den Linienbus. Für einige heißt das aber auch Sammeltaxi oder Rufbus. Wir haben sehr große Handlungsfelder, weil die Länder bislang nur Besteller von Nahverkehrsleistungen auf der Schiene sind. In Sachsen-Anhalt haben wir auch Buslinien, die für das Land bedeutsam sind. Damit unterstützen wir die Kreise, damit dort bestimmte Qualitätsstandards bleiben.

Sie wissen, dass im Rahmen der Daseinsvorsorge neben Tragfähigkeit und Mobilität andere staatliche Kerndienstleistungen eine Rolle spielen. Für Sie ist interessant, wie es mit der medizinischen Versorgung weitergeht.

Herr John ist ein profunder Partner in diesen Fragen. Er kann Ihnen sehr detailliert darstellen, was in diesem Bereich schon alles getan worden ist. Auch etwas, was schon getan worden ist, kann natürlich erst langsam wirken, etwa die Stiftungsprofessur Allgemeinmedizin, die Stipendien für bleibewillige Studenten, die geförderte Bereitstellung von Praxisräumen, die sogenannte mobile Praxisassistentin, die Vernetzung von Praxen oder die telemedizinischen Zentren. Es gibt die Idee, ein EKG per GPS an eine Spezialklinik zur Ferndiagnose zu schicken, damit ein Rettungsarzt, der zum Beispiel in einem fernen Dorf einen Patienten abholt, der über Herz-Kreislauf-Probleme klagt, nicht erst überlegen muss, ob er zu einer Spezialklinik oder ins Kreiskrankenhaus fährt. Hieran erkennt man, wie der demografische Wandel als Modernisierungsmotor zum Tragen kommt.

Zentralität und Mobilität oder Tragfähigkeit und Erreichbarkeit sind die zentralen Fragen der Daseinsvorsorge.

Daseinsvorsorge in zumutbarer Entfernung. Ob es ÖPNV-Angebote sind oder ob es um die Verfügbarkeit von Internet, um Kunst-, Kultur- und Sportstätten, um bedarfsgerechte Angebote an Kita-Tagespflegestellen, selbst um private Dienstleister wie die Post geht – wir haben ein minimales Standortraster: Das sind die zentralen Orte. Die zentralen Orte nicht nur in Sachsen-Anhalt, sondern deutschlandweit müssen aber nicht allein ihre Tragfähigkeit belegen, also eine gewisse Einwohnerzahl haben, sondern sie werden auch danach festgelegt, ob sie erreichbar sind. Damit sichern wir die Einhaltung des Grundkonsenses in der Raumordnung und des Verfassungskonsenses hinsichtlich der Vergleichbarkeit der Lebensverhältnisse und einer ausgewogenen Landesentwicklung. Die Interpretation in Zeiten des demografischen Wandels heißt: Daseinsvorsorge in zumutbarer Erreichbarkeit bleibt garantiert! Es gibt keine Selbstverantwortungsräume, sondern es gibt Garantien in Bezug auf Mindeststandards an Dienstleistungen der öffentlichen Hand. Darüber hinaus ist regionale Entwicklung differenziert und in ihrer Vielfalt bereichernd. Aber die staatlichen Kerndienstleistungen werden in der Fläche, in allen Landesteilen garantiert. Es bleibt keine Region zurück. Es ist Sache des Einzelnen, für welches Leben er sich entscheidet.

Ich wollte Ihnen zeigen, dass wir einen Einstellungswandel weg von der stigmatisierten Darstellung der Demografie brauchen: Welcher Ort schafft es nicht? Kommen denn nun die Wüstungen? Wie groß ist die Wolfspopulation in Wittenberg? – All das können wir uns sparen. Wir müssen nach vorn schauen, weil sich dieses Land grundlegend verändert. Im Übrigen wird die Situation der Ballungsräume nicht günstiger, wenn wir, wie es gelegentlich heißt, Passivräume haben. Wir müssen erkennen, dass wir ein Testfall für viele andere Regionen sind. Deswegen verfolgen wir die Doppelstrategie aus Anpassung und Entgegnung mit dem Leitgedanken: Heimat braucht aktive Bevölkerungspolitik. Heimat ist nicht Zwangsheimat durch Geburt, sondern sie soll vielmehr eine bewusste Lebensentscheidung bleiben. Ich denke, wenn wir unseren landespolitischen Kurs an

dieser Stelle fortsetzen und uns zu klaren Entscheidungen durchringen – zum Beispiel mit planerischen Vorgaben, die auch kommunale Selbstverwaltungsrechte berühren –, dann haben wir Zukunft.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Herr Schröder, wenn man hört, was Sie gesagt haben, denkt man, eigentlich ist alles kein Problem. Ich hatte fast den Eindruck, Sie seien ein engagierter Berufsoptimist. Wo sind noch Hindernisse? Was muss sich in den Köpfen noch ändern, auch in Sachsen-Anhalt? Vielleicht können Sie konkretere Beispiele schildern, bei denen die Menschen den Schalter noch umlegen müssen.

André Schröder: Ich hoffe, ich war nicht zu optimistisch. Wenn Sie von Modernisierung reden, geht dem immer ein Veränderungsdruck voraus. Wie groß er ist, erkennt man an den Statistiken. Das ist kein leichtes Geschäft. Wenn Sie 80 Prozent aller selbstverwalteten Kommunen abschaffen, ernten Sie dafür keinen Beifall. Wenn Sie Nachhaltigkeitsvorgaben machen, müssen Sie auch das Bewusstsein der Menschen dafür prägen. Sie fragen natürlich: Warum verändern Sie eine funktionierende Struktur? Warum greifen Sie ein? Es funktioniert doch! – Wir müssen ihnen sagen: Wir machen uns Gedanken darüber, was in zehn Jahren noch funktionieren kann und was wir dauerhaft alimentieren, weil es für jeden erreichbar bleiben muss. Wenn Sie einen Bebauungsplan in einer kleinen Gemeinde ändern, dann ist das kommunale Selbstverwaltung. Wenn Sie das berühmte Eselsohr in den Bebauungsplan machen, um eine überörtlich ausstrahlende Wohnbebauung zu gewährleisten, die anderswo Leerstände produziert, dann bekommt ein Gemeindeoberhaupt in Sachsen-Anhalt vom Landesverwaltungsamt einen Brief, in dem steht, dass die Gemeinde das nicht darf, weil der Ort keine Zentralität aufweist. Das sind keine einfachen Geschäfte. Ich will deutlich machen: Die Landespolitik hat verstanden. Sie ist viel weiter. Sie lässt sich nicht mehr auf den Wettstreit reduzieren, wer die Probleme besonders drastisch beschreibt; ich habe Ihnen die Überschriften ja vorgelesen.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Haben die ersten Kollegen aus Westdeutschland Sie schon um Rat und Hilfe gebeten?

André Schröder: Ja, sogar die EU-Kommission war im Sommer in Magdeburg und hat eine Tagung zu dem Thema „Demografie“ durchgeführt. Im Zuge der Internationalen Bauausstellung ist uns überregional Aufmerksamkeit zuteil geworden. Journalisten reisen von Berlin aus in die Städte Sachsen-Anhalts. Von Gremiensitzungen geht ein Input aus. Sie kennen die Demografie-Strategie des Bundes. Wir sind hier vernetzt. Aber es ist natürlich ein mühseliges Geschäft. Die Herrschaften, die in den Instituten mit öffentlichen Geldern Prognosen entwerfen, haben die Städte teilweise nicht gesehen. Ich selber komme aus einer Mittelstadt, die in den vergangenen 15 Jahren ein Drittel der Bevölkerung verloren hat. Wenn die Prognosen einiger Institute zugetroffen hätten, dann würde sich in der Stadt, aus der ich komme, der Savannenbusch drehen; sie hätte nicht die Entwicklung nehmen können, die sie tatsächlich genommen hat. Deswegen lasse ich mir meinen Optimismus nicht absprechen. Wenn Veränderungsdruck vorhanden ist, lasse ich mich von niemandem dazu verpflichten, missmutig und pessimistisch Menschen darauf vorzubereiten.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Ein schöner Satz!

Heidelind Jockel: Ich bin alternierende Vorsitzende der AOK Berlin-Brandenburg. Man schätzt, dass die Städte mit den größten Arbeitsplatzverlusten seit der Wende weiterhin, bis 2025, eine starke Abwanderung zu verzeichnen haben. Eigentlich kann nicht mehr viel wegbrechen. Andererseits hoffe ich nach Ihrem optimistischen Bericht, dass gerade in diesen Städten etwas aufgebaut wird. Wenn ich über die Autobahn fahre, lese ich ein Schild mit der Aufschrift „Land der Frühaufsteher“. Das begeistert mich immer und gibt mir Hoffnung.

André Schröder: Das Ministerium ist auch für Raubeobachtung zuständig. Deswegen heißt es „Ministerium für Landesentwicklung und Verkehr“. Das ist ein Fingerzeig auf die Bedeutung dieses Themas. Wir wissen aus der Raubeobachtung, dass die Suburbanisierung Ende der 90er-Jahre beendet war. Es gibt wieder eine Bewegung in die Städte, allerdings sehr oft auch zulasten der kleinen Ortsteile im Umfeld. Einerseits sind die Städte Motoren der Entwicklung ihres Umlandes, andererseits saugen sie verstärkt Einwohnerschaft aus dem Umland auf, die auf der Suche nach kurzen Wegen zu Versorgungseinrichtungen wieder in die Städte zieht. Das heißt, es tritt langsam ein Erholungseffekt ein. Wenn wir in Sachsen-Anhalt über Suburbanisierung reden, reden wir über den Funktionserhalt unserer Innenstädte. Das ist ein ganz anderer Aspekt als der, der bisher immer als Stadtflucht thematisiert worden ist.

Es gibt wieder eine Bewegung in die Städte, allerdings sehr oft auch zulasten der kleinen Ortsteile im Umfeld.

Ich hatte eingangs zu den Megatrends gesagt: Der Bevölkerungsverlust, der sich aus den Quellen Geburtendefizit und negatives Wanderungssaldo speist, muss in den nächsten Jahren anders betrachtet werden, weil wir wissen, dass der Anteil der Menschen, die abwanderungswillig sind, stetig abnimmt. In den nächsten Jahren wird die Beantwortung der Frage entscheidend sein: Wie bekämpfen wir, wenn Sie so wollen, das Geburtendefizit, wie sorgen wir dafür, dass die Menschen in der Tendenz wieder mehr Kinder bekommen, und wie attraktiv sind wir für Menschen, die bereit sind, bei uns zu wohnen oder zu uns zu kommen, wenn auch nur zeitweise? Das ist die Herausforderung der Zukunft.

Eine letzte statistische Zahl: Im Jahre 2009 gab es in Sachsen-Anhalt 49.000 Fortzüge, aber auch 36.600 Zuzüge. Das Wanderungssaldo war negativ, aber bis 2025 wird es ausgeglichen sein. Das heißt auch, dass 36.600 Menschen einen Grund hatten, zu uns zu kommen. Deswegen

wollen wir weg von der Reduzierung auf das Thema „Abwanderung“. Die Städte – beginnend bei den größeren bis zu den Mittelstädten – sind eigentlich die Profiteure der Bevölkerungswanderung. Wie gesagt: Der Anteil derjenigen, die uns für immer verlassen, geht stetig zurück; der Anteil derjenigen, die bei Perspektiven im eigenen Land rückkehrwillig sind, steigt ständig an und liegt heute bei 60 Prozent.



Der Autor

André Schröder

*Staatssekretär im Ministerium für Landesentwicklung
und Verkehr des Landes Sachsen-Anhalt*



Veranstaltung zum Selbstverständnis
Anpassung des Selbstverständnisses
an die neue Situation
am 12. März 2014, 14:00 Uhr
im Saal des 1. Stockes



Versorgung am Bedarf orientieren

Dr. Klaus Jacobs

Ich komme als erster Redner zu den konkreten Niederungen der Gesundheitspolitik. Da wird es rasch sehr technisch. Bevor ich in die Thematik einsteige, darf ich an das anknüpfen, was Herr Staatssekretär Schröder gesagt hat. Es ist in der Tat eine wichtige Frage, welche Positionen und welche Einstellungen wir in dieser Debatte verstärken. Dabei sollten wir tunlichst das Jammern einstellen und stattdessen beginnen, die vielen neuen Chancen positiv herauszustellen. Ich erinnere an die interessanten Ergebnisse einer Befragung an der Universität Trier unter Medizinstudenten, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung vor kurzer Zeit vorgestellt hat. Danach könnte man gewiss sagen, dass sich viele Medizinstudenten offenbar kaum vorstellen können, nach Abschluss ihres Studiums als Ärztin oder Arzt aufs Land zu gehen. Man könnte umgekehrt aber auch sagen, dass es gar nicht so wenige sind, die sich dies unter den richtigen Arbeitsbedingungen sehr gut vorstellen können. Wenn man diese zweite Sicht positiv aufgreift, verstärkt und die Rahmenbedingungen entsprechend weiterentwickelt, muss die Zukunft der Gesundheitsversorgung überhaupt nicht schwarz aussehen.

Kein genereller Ärztemangel. Ich will meinen Vortrag mit einem Zitat von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler beginnen, der vor kurzer Zeit in einem Interview gesagt hat – damit komme ich zu dem Thema „Bedarfsplanung und Sicherstellung“ –: „In den 90er-Jahren hatte die Bedarfsplanung im Hinblick auf die damals vorhandene Ärzteschwemme das Ziel, möglichst die Niederlassung von Ärzten zu verhindern. Heute aber sind die Anforderungen gänzlich andere – fast das Gegenteil ist der Fall.“ Das

ist eine Einschätzung, die man nicht nur von Herrn Rösler, sondern vielfach auch aus der Presse und sonstigen Medien kennt. Die Frage ist: Stimmt das wirklich? „Faktencheck“ heißt es in einer bekannten Fernsehsendung. In den 90er-Jahren gab es eine Ärzteschwemme, hat Herr Rösler gesagt. Seit dem Jahr 1990 verzeichnen wir allein im ambulanten Bereich einen Zuwachs an Ärzten von 50 Prozent. Schon deshalb widerspräche es

Man kann sicher nicht mehr generell von einer Ärzteschwemme sprechen. Man kann aber auch nicht generell von einem Ärztemangel reden.

jeglicher Logik zu sagen: Heute herrscht fast das Gegenteil einer Ärzteschwemme, denn das wäre ja ein genereller Ärztemangel. Zumindest so allgemein und pauschal kann man das wohl kaum behaupten.

Gucken wir uns das Ganze etwas differenzierter an! In dem Rösler-Zitat hieß es, heute seien die Anforderungen „gänzlich andere – fast das Gegenteil“ zu der Situation vor 20 Jahren, die durch eine Ärzteschwemme gekennzeichnet war. Schauen

wir uns anhand aktueller Zahlen aus dem Jahr 2010 – nach KV-Bezirken gegliedert – an, wie sich die Situation in dem ärztlichen Bereich darstellt, in dem wir im Moment bekanntermaßen die meisten Probleme haben, nämlich in der hausärztlichen Versorgung. Die KV-Bezirke sind fast identisch mit den Bundesländern, nur Nordrhein-Westfalen hat zwei KV-Bezirke. Bezogen auf einen Versorgungsgrad von 100 Prozent – das ist weit mehr als die Grenze, die für die Feststellung von Unterversorgung herangezogen wird; das sind nur 75 Prozent – kann man sehen, wie viele Ärzte in diesem Jahr in der hausärztlichen Versorgung pro Planungsbezirk fehlen und wie viele Planungsbezirke einen Versorgungsgrad von über 100 Prozent haben. Beides muss man zusammen betrachten. Dabei zeigt sich: Wenn man entsprechend differenziert, kann man sicher nicht mehr generell von einer Ärzteschwemme sprechen. Man kann aber auch nicht generell von einem Ärztemangel reden.

Es gibt heute neunmal mehr Hausärzte über dem Plansoll als darunter. Das muss man im Auge behalten. Gerade wenn man über Maßnahmen

zum Abbau der Probleme in den ländlich strukturierten Ländern redet, muss man auch die gleichzeitige Überversorgung in den meisten übrigen Regionen Deutschlands im Kopf haben. Ich nenne Ihnen ergänzend eine Zahl zur Betroffenheit der Bevölkerung: In den Bezirken, in denen es gemessen am Plansoll zu wenige Hausärzte gibt, ist ein Anteil der Wohnbevölkerung betroffen, der im Moment zwischen drei und vier Prozent liegt. Damit will ich das Problem nicht verniedlichen. Wir kennen die Entwicklung, und wir kennen auch die Altersstruktur der Ärzte, die das Problem weiter verschärfen wird. Es ist aber dennoch wichtig zu differenzieren, und das wollte ich mit dieser Darstellung tun. Würde ich Ihnen ähnliche Tabellen für fachärztliche Gebiete zeigen, wäre in der Spalte „fehlende Ärzte bis 100 Prozent Versorgungsgrad“ in der Regel überall eine Null zu finden. Es gibt sogar Facharztgruppen, bei denen der Versorgungsgrad in keinem einzigen Planungsbezirk unter 110 Prozent liegt. Das ist die Grenze, die gegenwärtig zur Feststellung von Überversorgung gesetzt ist. Dies ist etwa bei den fachärztlich tätigen Internisten der Fall. Es ist fast durchgängig bei den Orthopäden der Fall. Auch das gehört zu dem Gesamtbild, mit dem ich, wie gesagt, die Probleme nicht verniedlichen will, aber die meiner Ansicht nach notwendige Differenzierung andeuten möchte.

Zwischen Über- und Unterversorgung. Ich komme zurück auf das eingangs vorgestellte Zitat von Bundesminister Rösler, das wie folgt begann: „Das Ziel der Bedarfsplanung Anfang der 90er-Jahre war es, möglichst die Niederlassung von Ärzten zu verhindern.“ Das stimmt. Ob es geklappt hat, mögen Sie angesichts der Entwicklung der Ärztezahlen, die ich Ihnen soeben gezeigt habe, selber beurteilen: Es gibt heute 50 Prozent mehr ambulant tätige Ärzte als Anfang der 90er-Jahre. Wichtig an der Rösler'schen Aussage ist vor allen Dingen: Es war gar nicht das erklärte Ziel des Instruments der Bedarfsplanung, bestehende Überversorgung abzubauen. Deswegen war es auch nicht darauf ausgerichtet. Man kann daher nicht bemängeln, dass das Instrument nicht zu diesem Ziel geführt hat. Es war aber auch nicht das Ziel – zumindest damals nicht –, akuter oder drohen-

der Unterversorgung zu begegnen. Erinnern Sie sich an das Zitat: Unterversorgung hat man sich zu Zeiten einer vermeintlichen Ärzteschwemme gar nicht vorstellen können. Insofern kann man das Instrument der Bedarfsplanung aber auch nicht deswegen kritisieren, weil es die Unterversorgung, die wir heute stellenweise in einzelnen Regionen erleben, nicht frühzeitig angegangen ist.

Es ist niemals auf der Basis einer Studie ermittelt worden, wie viele Ärzte man braucht, um einen bestimmten Versorgungsauftrag zu erfüllen.

Nun ist es allerdings ein Problem, wenn man ein Instrument, das diese beiden Ziele nicht hatte – weder den Abbau von Übersorgung, noch die Verhinderung von Unterversorgung –, als Ausgangspunkt wählt, um diese beiden Probleme lösen zu wollen. Denn was wird bei der heutigen Bedarfsplanung getan? Die meisten von Ihnen kennen die einschlägigen

Regelungen. Es gibt gegenwärtig 395 Planungsbezirke. Planungsgröße ist ein Arztsitz; seit 2007 auch „in Teilen“, das heißt, es gibt seitdem auch Teilzulassungen. Für 14 Arztgruppen erfolgt eine Orientierung an der Verhältniszahl „Ärzte pro Wohnbevölkerung“ im jeweiligen Planungsbezirk. Dabei ist im Prinzip nie ein wirklicher Bedarf ermittelt worden; vielmehr wurden als Orientierungsgröße die Status-quo-Werte zum 31. Dezember 1990 einfach festgeschrieben. Es ist aber niemals zum Beispiel auf der Basis einer versorgungswissenschaftlichen Studie ermittelt worden, wie viele Ärzte man braucht, um einen bestimmten Versorgungsauftrag zu erfüllen. Lediglich der Status quo ist festgeschrieben worden. Erinnern Sie sich an das Rösler-Zitat: Für das damalige Ziel, weitere Zulassungen nach Möglichkeit zu verhindern, hat dieses Vorgehen ausgereicht. Aber ob das Instrument grundsätzlich geeignet ist, ganz andere Ziele zu erreichen – nämlich den Abbau von Übersorgung und die Verhinderung von Unterversorgung? Dazu müssen Zweifel angemeldet werden. Umgesetzt wird die Bedarfsplanung durch die erwerbslebenslange Zulassung von Ärzten bei Kontrahierungszwang der Krankenkassen. Dabei war und ist das Leitbild der ärztlichen Tätigkeit – das ist insbesondere wichtig, wenn wir uns mit Reformen dieses Konstrukts befassen – die Einzelarztpraxis.

Ich will jetzt auf ein paar Punkte zu sprechen kommen, die sich meiner Ansicht nach in den vergangenen 20 Jahren verändert haben und die auch für die Zukunft wichtig sind. Herr Scholz hat bereits gezeigt, in welcher Weise sich die Alterung der Bevölkerung auf die Regionen in Deutschland auswirken wird. Solche Veränderungen hat es in den vergangenen 20 Jahren noch nicht gegeben, sie kommen erst noch auf uns zu. Aber wir müssen uns heute natürlich darauf vorbereiten. Eine erhebliche Schrumpfung war in vielen Regionen Ostdeutschlands allerdings auch schon in der Vergangenheit zu beobachten; sie wird in Zukunft auch Regionen im Westen betreffen. In dieser Frage ist der Osten insoweit Vorreiter gewesen und hat schon Erfahrungen gesammelt.

Unterschiedliche Instrumente für unterschiedliche Ziele. Was hat sich seit 1990 noch verändert? Einen Punkt habe ich schon genannt: Wir haben heute ganz sicher keine generelle Ärzteschwemme. Wir verzeichnen aber auch keinen generellen Ärztemangel, sondern wir haben ein Nebeneinander von sehr unterschiedlich versorgten Regionen: im Moment noch eine deutliche Überzahl an übertersorgten Regionen und daneben eher wenige Regionen mit akuter oder zumindest drohender Unterversorgung. Deshalb haben wir aber auch sehr unterschiedliche Aufgaben zu bewältigen, denn wir haben es mit diametral entgegengesetzten Situationen zu tun. Als Volkswirt im ersten Semester lernt man: Wenn man zwei unterschiedliche Ziele hat, braucht man mindestens zwei Instrumente. Sonst wird es nicht möglich sein, beide Ziele zu erreichen.

Nächster Punkt. Es ist schon sehr deutlich aufgezeigt worden, dass wir eine alternde, teilweise stark schrumpfende Bevölkerung mit sich verändernden spezifischen Versorgungsanforderungen haben. Der Anteil von älteren Menschen mit mehrfachen, meist chronischen Erkrankungen wird stark zunehmen. Oft sind diese Menschen gleichzeitig auch noch pflegebedürftig. Es ist für mich ein sehr wichtiges Anliegen, dass wir in der gesamten Diskussion die Pflegebedürftigkeit nicht außen vor lassen. Wenn

wir über neue Modelle der Versorgung reden, springen wir sonst zu kurz. Wir sagen ja schon aus der GKV-Perspektive, dass wir zu kurz springen, wenn wir nur in den Kategorien ambulant oder stationär und nicht sektorübergreifend denken. Wir müssen dann aber auch die Pflege mit in unsere Überlegungen einbeziehen, weil gerade im ländlichen Raum für ausreichende Versorgungsstrukturen einiges an Logistik zu leisten sein wird. Doppelstrukturen werden wir uns dabei nicht leisten können, wenn wir Geld, das wir immer nur begrenzt haben, nicht zum Fenster hinauswerfen wollen.

Die Rolle der Wissenschaft im politischen Diskurs. Mit der Frage, was die Veränderung der Bevölkerungsstruktur für die Versorgung bedeutet – Stichwort: Zunahme an alten Menschen mit mehrfachen, meist chronischen Krankheiten sowie oftmals simultaner Pflegebedürftigkeit –, hat sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem jüngsten Gutachten ausführlich beschäftigt; es ist noch nicht mehr als ein Jahr alt. Ich empfehle es dringend Ihrer Lektüre. Mein Eindruck ist, dass solche Studien viel zu wenig zur Kenntnis genommen werden und deswegen logischerweise keinen Einfluss auf aktuelle politische Debatten haben. Ich kann nicht nachvollziehen, warum diese Erkenntnisse in der gegenwärtigen Diskussion über die Zukunft der Organisation von Versorgung in den Städten und auf dem flachen Land so gut wie keine erkennbare Rolle spielen.

Auch bei meinem nächsten Punkt kann ich sehr gut an das Gutachten des Sachverständigenrates anknüpfen; denn er hat sich ausführlich mit diesen Aspekten befasst. Es existieren mittlerweile anerkannte und bereits in ersten Ansätzen genutzte Potenziale einer zweckmäßigen Aufgabenneuverteilung zwischen Ärzten und nichtärztlichem Fachpersonal speziell in der Primärversorgung. Ich erinnere dabei an Modelle wie AGnES (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention) und VERAH (Versorgungs-Assistentin in der Hausarztpraxis). Dies geschieht

zum Teil nach dem Vorbild von Ländern, die schon immer dünn besiedelt waren und schon von daher ganz andere Versorgungsstrukturen haben. Auch Mecklenburg-Vorpommern war eigentlich schon immer recht dünn besiedelt, während andere Länder damit jetzt neue Erfahrungen sammeln müssen.

Paramedizinische Profis entlasten Ärzte. In der aktuellen Debatte wird häufig gesagt: Die Deutschen gehen zu oft zum Arzt. Dazu wird dann oft ein Vergleich zu anderen Ländern gezogen. Aber warum gehen die Schweden so viel seltener zum Arzt? Weil es dort schon vor dem ersten Arztkontakt ein eigenständiges Versorgungssystem mit nichtärztlichen professionellen Kräften gibt, beispielsweise Gemeindefachkräften, die sehr gut ausgebildet sind und erkennen können, ob überhaupt die Notwendigkeit besteht, sich in ärztliche Behandlung zu begeben. Bei uns denkt man dagegen darüber nach, den Patienten die Verantwortung zu geben, indem man sagt: Mit mehr Kostenerstattung und Selbstbeteiligung gehen die Menschen nicht mehr so oft zum Arzt. Ein System mit mehr paramedizinischen Profis, die den Patienten Hilfestellung geben, wäre viel besser und würde sich an den positiven Erfahrungen anderer Länder wie etwa Schweden orientieren. Ein solches System könnte auch die Ärzte nachhaltig entlasten. Das Ergebnis der Evaluation zu AGnES zeigt, dass alle beteiligten Ärzte mit diesem Programm hochzufrieden sind, dass keine medizinischen Probleme im Hinblick auf eine womöglich unzureichende Versorgung der Patienten gesehen wurden und dass die Ärzte insgesamt natürlich sehr viel mehr Zeit hatten; denn gerade auf dem flachen Land sind zeitaufwendige Hausbesuche besonders belastend.

Was hat sich weiterhin in den vergangenen 20 Jahren verändert? Es gibt eine zunehmende Kooperation beziehungsweise Integration ambulant/stationär über die tradierten Sektorgrenzen hinweg mit vielfältigen Qualitäts- und Effizienzpotenzialen. Ich verweise auf die klassischen Modelle: vom ambulanten Sektor aus durch Belegärzte oder vom stationären Sektor

aus durch Ermächtigungen, vor allen Dingen aber im Rahmen von integrierten Versorgungsmodellen, die es erst seit einigen Jahren gibt. Dort wird zurzeit die Spreu vom Weizen getrennt. Übrigbleiben werden schließlich nur Modelle, die sinnvoll sind und viel Positives im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung bewirken können.

Flexible Arbeitsbedingungen für Ärzte. Hinter meinem nächsten Punkt, den ich jetzt nur stichwortartig ansprechen kann, verbirgt sich eine Veränderung von zentraler Bedeutung. Innerhalb der ambulanten Versorgung existiert eine Fülle neuer Organisations-, Betriebs-, Erwerbs-, Arbeitszeitstrukturen, die wir 1990 im Westen Deutschlands nicht kannten und für unvorstellbar hielten. Dort arbeiteten nämlich noch keine angestellten Ärzte in der ambulanten Versorgung. Teilzeitbeschäftigung von Ärzten und alles, was weiterhin damit verbunden ist, war damals unbekannt und ist lange verhindert worden. Selbst im Osten, wo wir vor 20 Jahren solche Strukturen hatten – Stichworte dazu sind Polikliniken und Ambulatorien –, ist das meiste in den 90er-Jahren zunächst „weggeschossen“ worden und erst sehr viel später, 2004, unter neuem Namen als „Medizinisches Versorgungszentrum“ wieder entstanden. Sehr viele Veränderungen in diesen Fragen hat schließlich auch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz gebracht, das 2007 in Kraft trat. Schon in der kurzen Zeit bis heute – ich behaupte, das ist noch immer erst der Beginn einer Entwicklung – ist zu beobachten, dass die dort geschaffenen Möglichkeiten der Flexibilisierung bei der Erbringung ambulanter ärztlicher Leistungen in hohem Maße genutzt werden und auf große Zustimmung stoßen. Parallel zum Anstieg des Anteils von Frauen im ärztlichen Beruf ermöglicht es das Gesetz, den wachsenden Bedürfnissen nach besserer Vereinbarkeit von Familie und Beruf verstärkt gerecht zu werden. Im Nachhinein kann man sich gar nicht mehr recht vorstellen, wieso es bis 2004 beziehungsweise 2007 gedauert hat, bis solche eigentlich selbstverständlichen Entwicklungen endlich eingetreten sind. Sie decken sich im Übrigen auch mit den Erwartungen und Wünschen der Medizinstudenten in der von mir eingangs angesprochenen Befragung.

Der letzte Punkt, den ich hier nennen will, betrifft die Telemedizin. Wie Herr Staatssekretär Schröder in seinem Vortrag soeben gesagt hat, handelt es sich um ein Thema, das vor allem auf Technikkongressen behandelt wird, bei denen neuerdings immer vom „Wachstumsmarkt Gesundheit“ die Rede ist, einer vermeintlichen Boombranche, in der Telemedizin eine immer größere Rolle spielt. Mit der praktischen Bedeutung ist es in Deutschland allerdings noch längst nicht so weit her. Auch hier zeigt jedoch der Blick in andere Länder, dass man insbesondere im Hinblick auf unser heutiges Thema „Versorgung auf dem Lande“ eine ganze Menge mehr tun kann, und zwar gerade auch in Kombination mit den übrigen Punkten, die ich soeben angesprochen habe. Wenn „Schwester AGnES“ – „E“ steht für E Health-gestützt – einen Hausbesuch macht, kann sie mit dem Arzt in der Praxis hervorragend telekooperieren und -kommunizieren, Rückfragen stellen und, falls notwendig, auch einen Arztbesuch organisieren.

Wenn „Schwester AGnES“ einen Hausbesuch macht, kann sie mit dem Arzt in der Praxis hervorragend telekooperieren und, falls notwendig, auch einen Arztbesuch organisieren.

Daneben gibt es auch Möglichkeiten, Telematik zur besseren Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich zu nutzen, etwa indem Telekonsilien oder Telekooperationen zwischen regionalen und Schwerpunktkrankenhäusern durchgeführt werden. Es gibt zum Beispiel ein EU-finanziertes Projekt, auf das ich im Internet gestoßen bin, bei dem in Schottland und in einem dünn besiedelten skandinavischen Land Busse zur augenärztlichen Untersuchung über Land fahren und die Diagnosen dann in der Fachabteilung eines Universitätskrankenhauses gestellt werden. Auch diese Möglichkeiten führen bei verstärkter praktischer Anwendung dazu, dass Ärzte in ihrer Arbeit entlastet werden. Wenn nicht mehr alle chronisch kranken Patienten einer Hausarztpraxis in einer ländlichen Region Woche für Woche in die Praxis kommen müssen, damit bestimmte Vitalwerte überprüft werden, sondern wenn das über Telemonitoringsysteme von zu Hause aus gemacht wird, ist das für die Beteiligten nicht nur sehr viel praktischer, sondern es spart auch den Ärzten viel Zeit. Und die ersparte Zeit kann anders verwendet werden.

Versorgungsbedarf im Wandel. All diese Entwicklungen müssten eigentlich Konsequenzen für die Bedarfsplanung haben. Dort kommen sie aber alle nicht vor. Dabei passt die veränderte Problemlage – in Form von Versorgungslücken in bestimmten Regionen sowie veränderten Anforderungen an die Versorgung von zunehmend vielen älteren multimorbiden Chronikern – mit den veränderten Möglichkeiten sehr gut zusammen: mit den genannten Möglichkeiten durch die nichtärztlichen Berufe, beispielsweise „Schwester AGnES“ für Hausbesuche, durch die Integration ambulant/stationär, die vielen neuen Modelle für flexible Erwerbs- und Arbeitszeitstrukturen, die es vor allem auch Frauen erlauben, Teilzeitarbeit in der ambulanten ärztlichen Medizin leisten und mit der Kindererziehung zu vereinbaren. Das wäre mit einer Niederlassung in einer Einzelarztpraxis kaum möglich; denn damit ist meist eine ökonomische Entscheidung für den Rest des Lebens verbunden.

Bedarfsplanung nicht mehr zeitgemäß. Was allerdings nicht dazu passt, ist die Logik der bestehenden sektoralen Bedarfsplanung, die starr auf einzelne Arztsitze fokussiert ist und eine erwerbslebenslange Zulassung mit Kontrahierungszwang beinhaltet. Daran ändert sich auch nichts, wenn dieses System der Bedarfsplanung lediglich an einigen Stellschrauben etwas weiterentwickelt wird, etwa indem es kleinräumiger gestaltet wird. Das Problem liegt doch gar nicht darin, dass heute nicht genug freie Arztsitze ausgewiesen würden, was bei kleinräumigeren Planungsregionen noch mehr der Fall wäre, sondern das Problem ist, dass als frei ausgewiesene Arztsitze nicht besetzt werden. Wenig bringt auch die zusätzliche Einführung eines Demografiefaktors, wobei wir in dieser Frage methodisch zudem auch schon etwas mehr könnten als lediglich den Anteil der Patienten über 60 Jahre zu berücksichtigen. Aber auch das wird nichts an den grundsätzlichen Problemen ändern. Da sollte man sich nichts vormachen.

Was wir brauchen, ist eine grundsätzliche Neuausrichtung der Bedarfsplanungslogik. Wir müssen wegkommen von einzelnen Versorgungskapazi-

täten, von einzelnen Arztsitzen, von einzelnen Krankenhausbetten unter der fiktiven Annahme, wir hätten eine bestimmte, richtige „Produktionsfunktion“ für Gesundheitsversorgung. Das ist aber nicht der Fall. Wir haben vielmehr viele alternative Möglichkeiten, Versorgung sicherzustellen, zum Beispiel mit unterschiedlichem Einsatz von nichtärztlichen Berufen oder telemedizinischen Anwendungen. Deshalb brauchen wir vom Grundsatz her eine leistungsbezogene Versorgungsplanung anstelle einer kapazitätsbezogenen Bedarfsplanung in der alten Form. Natürlich ist das leichter gesagt als getan. In dieser Frage ist noch erhebliche Arbeit zu leisten. Epidemiologen und Versorgungsforscher müssen noch eine ganze Menge tun, um etwa festzustellen, wie groß der Primärversorgungsbedarf in einer Region ist und mit wie vielen Schlaganfällen dort zum Beispiel zu rechnen ist. Aber auf solche Entwicklungsarbeiten sollten wir unsere gemeinsamen Kapazitäten fokussieren anstatt uns in immer neuen Gremien mit der Weiterentwicklung der im Grundsatz völlig untauglichen Bedarfsplanung, die wir heute haben, zu befassen.

Wie dem festgestellten leistungsbezogenen Versorgungsbedarf in den einzelnen Regionen konkret entsprochen wird, ist aus der Sicht der dortigen Wohnbevölkerung zunächst völlig nachrangig. Das kann im Einzelfall sehr unterschiedlich sein. Im Normalfall – das sind nicht die ländlichen Regionen mit drohender Unterversorgung, sondern städtische Regionen wie etwa diejenige, in der wir uns gerade befinden – sollte dabei in der Versorgung „Vielfalt und Wettbewerb statt Planwirtschaft“ maßgeblich sein, und die Umsetzung der leistungsbezogenen Versorgungsplanung sollte durch Direktverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern erfolgen können. Das würde dann dazu führen, dass wir innerhalb solcher Regionen eine große Vielfalt und Heterogenität an Versorgungsangeboten hätten. Das wäre gut im Interesse von Wahlmöglichkeiten aller Beteiligten, und zwar sowohl der Leistungserbringer als auch der Patienten.

Wir brauchen eine vom Grundsatz her leistungsbezogene Versorgungsplanung anstelle einer kapazitätsorientierten Bedarfsplanung in der alten Form.

Versorgungsvielfalt zwischen den Regionen. In ländlichen „Schrumpfsregionen“ mit akuter oder drohender Unterversorgung würden wir die leistungsbezogene Versorgungsplanung allerdings anders umsetzen müssen. Ich bin zwar ein großer Anhänger von Wettbewerb, weiß aber auch sehr wohl um dessen Grenzen. Im ländlichen Raum wird die Umsetzung sicherlich überwiegend „gemeinsam und einheitlich“ notwendig sein, etwa durch Ausschreibungen oder Eigeneinrichtungen. Hier werden wir keine Variation innerhalb einer Region haben können, sondern froh sein können, wenn wir innerhalb einer Region überhaupt Versorgung auf hinreichendem Qualitätsniveau aufrechterhalten können. Aber wir werden wahrscheinlich Versorgungsvielfalt zwischen den Regionen haben, denn das „Modell der Wahl“ wird nicht in jeder Region gleich aussehen. Ich denke zum Beispiel an Regionen, in denen es ein Kreiskrankenhaus gibt. Dort wird die fachärztliche Versorgung in Zukunft sinnvollerweise anders organisiert werden als in einer Region ohne Kreiskrankenhaus. Das heißt aber auch: Bitte Vorsicht in Bezug auf Einheitslösungen auf der Basis zentraler Planwirtschaft! Das sollten wir gar nicht erst anstreben.

Diesen Punkt sehe ich auch als Input für die anschließende Diskussion, in der die Frage zu stellen sein wird: Wer hat in einem solchen System letztlich den Hut auf, und welche Akteure werden in welchem Umfang mit eingebunden? Dazu will ich gern noch einen Hinweis geben. Aus meiner Sicht werden die Länder dabei eine wichtigere Rolle spielen müssen als heute. Die Länder haben auf der Gesundheitsministerkonferenz mehr Mitwirkungsrechte eingefordert. Das kann ich gut nachvollziehen. Ich glaube aber, sie machen es sich etwas zu einfach. Mehr Mitwirkung heiße nämlich auch, dass die Länder erheblich aufrüsten müssten. Dazu sehe ich sie in ihrem heutigen Zustand noch lange nicht in der Lage.

Außerdem: Zu sagen, wir brauchen eine sektorübergreifende Planung, aber den Krankenhausbereich tasten wir nicht an, sondern schaffen lediglich ein neues Gremium, das über den beiden weiterhin sektoral bestehenden

Planungssystemen ambulant und stationär angesiedelt ist, kann meiner Ansicht nach nicht der richtige Weg sein. Wenn hier eine sinnvolle Reform erfolgen soll, müsste die von mir angesprochene Versorgungsplanung von vornherein sektorübergreifend erfolgen. Die Länder, die ihre Zuständigkeit für die Sicherstellung der Daseinsvorsorge aus dem Verfassungsrecht ableiten, müssten hieraus unmittelbar die gesamte Versorgung in den Blick nehmen, also ambulant und stationär. Darüber wird gewiss weiter zu diskutieren sein, aber wenn die Länder eine größere Rolle spielen wollen, müssen sie in jedem Fall selbst Know-how aufbauen, was heute nicht in ausreichendem Maße gegeben ist.

Rolle der Krankenkassen stärken. Natürlich müssten auch die Krankenkassen wichtige Akteure dieses Systems sein; denn sie sind in erster Linie für die Versorgung ihrer Versicherten zuständig. Bei ihnen kommt nicht der Punkt, bei dem sie sagen, wir müssen darauf achten, ob in Zukunft, wenn es keine Doppelstrukturen mehr gibt, der Patient vor allem vom ambulanten Bereich her versorgt wird oder ob das Krankenhaus eine besondere Rolle spielen muss. Das muss Herr Dr. Köhler aus der Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung tun, das muss Herr Baum aus der Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft tun. Die Krankenkassen müssen es nicht tun. Sie sind allein der Versorgung ihrer Versicherten verpflichtet. Deswegen halte ich es für sehr wichtig, dass die Kassen in Zukunft eine wichtigere Rolle bei der Sicherstellung bekommen.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Ich darf etwas ketzerisch entgegnen: Du entscheidest Dich immer dann für Wettbewerb, wenn Du sicher bist, dass die Kassen ihn gewinnen, wenn sie genug Möglichkeiten haben, unter verschiedenen Vertragspartnern auszuwählen. Du appellierst immer dann, „gemeinsam und einheitlich“ vorzugehen – nach dem Motto: Sei nicht feige, lass mich hinter den Baum! –, wenn es darum geht, in wenig attraktiven Regionen Versorgung aufrechtzuerhalten. Ist das nicht ein bisschen bigott?

Dr. Klaus Jacobs: Keineswegs. Wettbewerb sollte immer der Regelfall sein und „gemeinsam und einheitlich“ die Ausnahme. Heute ist Planwirtschaft mit Zulassung die Regel. Das müssen wir umdrehen. Herr Rösler sagt in jedem Interview: „Wir haben zu viel Planwirtschaft. Wir brauchen Vielfalt und Wettbewerb, wir brauchen Wahlmöglichkeiten.“ – Dem stimme ich ausdrücklich zu. Aber es gibt Grenzen. Auf dem flachen Land haben die Menschen auch in anderer Hinsicht keine Wahlmöglichkeiten. Sie sind froh, wenn es noch einen Tante-Emma-Laden oder vielleicht sogar einen etwas größeren Supermarkt gibt, wo sie einkaufen können. Aber von größeren Wahlmöglichkeiten wagen sie gar nicht zu träumen – das wäre auch unrealistisch. Aber warum soll ich zum Beispiel den Menschen in Berlin entsprechende Wahlmöglichkeiten vorenthalten? Ich verbiete den Menschen in Berlin doch auch nicht, zwischen verschiedenen Supermärkten und Einzelhändlern zu wählen, nur weil die Menschen auf dem flachen

Land dies nicht tun können. Man muss anerkennen: Die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse hat in der Realität Grenzen. Diese Fiktion sollten wir nicht überstrapazieren.

Für mich ist eine wettbewerbliche Lösung der Normalfall. Aber in ländlich strukturierten Regionen funktioniert sie nicht. Auch bei der Notfallversorgung sehe ich keine wettbewerbliche Lösung. Ich kann jetzt nicht das gesamte Konzept darlegen. Aber mir ist wichtig: Wenn wir über die spezifischen Probleme in ländlich strukturierten Regionen reden, dürfen wir das

nicht isoliert tun, sondern müssen alles im Zusammenhang sehen. Wenn wir über das Fehlen von Ärzten reden, dürfen wir nicht vergessen, dass wir in zahlreichen Regionen viel zu viele Ärzte haben. Insofern muss man immer einen Zusammenhang herstellen.

Jörg Pichler: Ich vertrete den Freistaat Sachsen. Ärztemangel ist bei uns ein heißes Thema. Deswegen möchte ich etwas emotionaler einsteigen; denn der Seitenhieb auf die Länder hat mir nicht gut gefallen. Sie haben gesagt,

Wettbewerb sollte immer der Regelfall sein und „gemeinsam und einheitlich“ die Ausnahme. Heute ist Planwirtschaft mit Zulassung die Regel.

die vorgebrachten Positionen der Länder seien nicht gut durchdacht. Dazu muss man wissen: Die Länder tragen die Verantwortung für Unterversorgung sehr direkt. Wir bekommen unmittelbar ab, was bei Ihnen auf der Bundesebene durch einige Filter aufläuft. Wir sehen, dass wir die Verantwortung übernehmen sollen, obwohl wir kaum an den Rädern drehen können. Deswegen haben wir uns über die Entschließung der Gesundheitsministerkonferenz formiert und gesagt: Uns gibt es auch noch. Wir wollen stärker in die Diskussion einsteigen, weil wir gemerkt haben, dass wir mit unseren Anregungen im Bundesausschuss nicht gerade offene Tore für eine Diskussion vorgefunden haben.

Alle Zahlen, die Sie genannt haben, sind richtig. Aber es gilt das alte Bonmot der Statistiker: Der Teich war nur einen Meter tief, die Kuh ist trotzdem ertrunken. In Sachsen stellt sich die Situation so dar, dass 80 Hausarztpraxen vakant sind und teilweise über einen sehr langen Zeitraum hinweg unbesetzt bleiben. Ungefähr 40 Personen haben ihre Weiterbildung erfolgreich beendet. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat die Zahlen auf die Bundesebene hochgerechnet; Sie sehen: Da ist ein enormes Delta vorhanden. Wo soll der Nachwuchs herkommen?

Heruntergezoomt von den Bundeszahlen in den ländlichen Raum in Sachsen ergibt sich folgendes Bild: In einem Landkreis sind fast 30 Prozent der Hausärzte 65 Jahre und älter. Dort haben wir mit großer Mühe und zum Glück mit Unterstützung der AOK vor Ort sehr viele Anreizmaßnahmen eingeleitet. Wir haben es geschafft, vier Arztpraxen nachzubesetzen. Sieben sind immer noch nicht besetzt. Das soll illustrieren, was im ländlichen Raum konkret an Aufgaben vorhanden ist. Dort ist deutlich mehr zu tun, als sich über Planungssystematik auf der Metaebene zu unterhalten. Das wollte ich in die Diskussion einwerfen.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Die Länder scheinen sich doch nicht ihrer Verantwortung zu entziehen.

Dr. Klaus Jacobs: Nein, das habe ich ja auch nicht gesagt. Ich habe sogar gesagt, ich finde es gut, dass die Länder mehr Mitwirkungsrechte wollen. Ich meine allerdings, man springt zu kurz, wenn man sagt: Wir lassen im Prinzip die sektoralen Bedarfsplanungssysteme unverändert bestehen und siedeln darüber ein zusätzliches System mit einem neuen Gremium an. Ich glaube, auch die KBV will einen neuen Rat einrichten. Ich glaube nicht,

dass wir zusätzliche Planungsinstitutionen auf der Metaebene brauchen.

Insbesondere in Regionen, in denen die Bevölkerung so stark schrumpft, muss man doch nicht jede Arztpraxis wiederbesetzen.

Ihre Zahlen kann ich auf die Schnelle nicht nachvollziehen. Für mich ist aber klar: Nicht jede frei werdende Praxis muss wiederbesetzt werden. Aus der Sicht des Arztes, der einen Nachfolger sucht, kann ich dieses Interesse natürlich verstehen. Es ist ein sehr manifestes Interesse; denn der Arzt hat in der Regel seine Alterssicherung mit der Übergabe seiner

Praxis verbunden. Im Hinblick auf die Erfordernisse der Versorgung der Bevölkerung fällt die Beurteilung aber anders aus. Insbesondere in Regionen, in denen die Bevölkerung so stark schrumpft, dass dies beim Versorgungsbedarf auch durch eine noch so dramatische Alterung der verbleibenden Bevölkerung nicht kompensiert werden kann, muss man doch nicht jede Arztpraxis wiederbesetzen. Und wenn ich gleichzeitig die von mir angesprochenen Aspekte der Arztunterstützung und Arztentlastung, beispielsweise die Gemeindeschwester, die Telemedizin oder die höhere Produktivität in anderen Erwerbsstrukturen, mit hinzuziehe, kann ich dieselbe ärztliche Arbeitszeit für mehr Versorgung einsetzen. Das alles ist in dem heutigen System der Bedarfsplanung aber vom Grundsatz her nicht enthalten. Das heißt, zentrale Entwicklungen sowohl auf der Nachfrage- als auch auf der Angebotsseite der Gesundheitsversorgung werden in diesem System nicht berücksichtigt. Deswegen lässt sich durch die bloße Weiterentwicklung dieses Systems an dessen struktureller Untauglichkeit nichts ändern.



Der Autor

Dr. Klaus Jacobs

Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO)



AOK
Die Gesundheitskasse

IM DI

Patientengerechte Lösungen aus der Praxis

Dr. Burkhard John

Ich darf Ihnen noch einmal aus Sachsen-Anhalt berichten! Es mag Zufall sein, dass Sachsen-Anhalt beim heutigen AOK-Dialog zweimal in Erscheinung tritt. Das kann aber auch daran liegen, dass wir uns mit dieser Problematik intensiver beschäftigen müssen, weil bei uns die Situation schon weiter fortgeschritten ist. Sachsen-Anhalt wird bis 2025 noch einmal etwa 500.000 Menschen verlieren. Aber der Anteil der über 65-Jährigen wird steigen; Herr Schröder hat das vorhin aufgezeigt. Wir werden also nicht nur prozentual, sondern auch absolut mehr ältere Menschen haben. Das heißt: In unserer Region wird mehr Behandlungsbedarf entstehen.

Hausärzte als Spezialisten für Multimorbidität. Ältere Menschen haben mehrere Krankheiten; darauf sind wir heute noch nicht näher eingegangen. Multimorbidität wird sich extrem verbreiten. Wir werden es in der Arztpraxis mit Patienten mit nicht nur einer Krankheit zu tun haben, zum Beispiel mit Diabetes, KHK, Hypertonus, Asthma. Um Multimorbidität zu behandeln, bedarf es Spezialisten, und das sind die Hausärzte. Hier haben wir gewisse Defizite. Es geht in Zukunft nicht um die Behandlung einer einzelnen Krankheit, sondern darum, welche Krankheit in welcher Intensität zu behandeln ist. Darum wird bei der Kreation der Disease-Management-Programme (DMPs) darüber nachgedacht, ob diesem Thema nicht größere Beachtung geschenkt werden muss. Man will nicht eine Krankheit hervorheben.

Mit Förderprogrammen gegen den Hausarztmangel. Wir in Sachsen-Anhalt verzeichnen eine deutliche Überalterung der Hausärzteschaft. Nehmen Sie die Allgemeinmediziner und hausärztlichen Internisten, die über 65 und über 70 sind. Das sind mehr als 200 von insgesamt 1.400 Kollegen. Würden alle auf einmal aufhören, hätten wir ein Problem. Ich hoffe, sie praktizieren noch eine Weile.

Fakt ist: Wir müssen die Attraktivität des Hausarztes steigern, damit wir die Spezialisten für Multimorbidität bekommen. Das können wir mit Bedarfsplanung nicht regeln, sondern wir müssen die Profession wieder interessanter machen. Dazu brauchen wir verschiedene Instrumente. An erster Stelle stehen Lehrstühle für Allgemeinmedizin an den Universitäten. Junge Menschen, die studieren wollen, müssen erst einmal auf die Idee kommen, Allgemeinmediziner zu werden. Wir brauchen Förderprogramme und eine Steuerung, damit Ärzte in die betroffenen Regionen gehen.

Weichenstellungen für die Zukunft der Versorgung. Der Anteil der über 60-jährigen Hausärzte steigt stark an; darauf will ich nicht näher eingehen. Im fachärztlichen Bereich ist das nicht so sehr ausgeprägt. Dort haben wir eine relativ vernünftige Altersstruktur. Das Problem ist ein anderes: Oft gibt es in einer Region einen einzigen Augenarzt oder Neurologen. Will er in Rente gehen, findet er keinen Nachfolger. Die Chance, eine solche Arztpraxis wieder zu besetzen, ist aber größer, als die 200 Allgemeinmediziner zu bekommen; solche sind auch in den Kliniken nicht vorhanden. Im fachärztlichen Bereich ist das Problem also nicht ganz so brisant wie bei den Hausärzten.

Wir müssen uns bald entscheiden, wie wir die Versorgung organisieren. Wir haben im KV-System versucht, diese Pyramide weiter auszugestalten: Basisversorgung auf der hausärztlichen Versorgungsebene, immer weiter spezialisierte Versorgung bis hin zum stationären Bereich. Wir müssen uns überlegen: Was kann man an fachärztlicher Versorgung wohnortnah orga-

nisieren? Was muss man noch wohnortnah organisieren? Ist es für einen Bürger im ländlichen Raum, der zum Kardiologen, zum Gastroenterologen oder zum Pneumologen gehen muss, akzeptabel, eine etwas größere Wegstrecke in Kauf zu nehmen? Aus meiner Sicht ist das durchaus akzeptabel, wenn man Transporte zum Beispiel durch Ruftaxis organisiert. Politik, Krankenkassen, Vertragsärzte und Krankenhäuser müssen entscheiden, wie die Versorgung organisiert wird. Sie dürfen nicht nur daran denken, wer von dem Kuchen den größten Teil bekommt. Ich denke, diese Pyramide ist gerade mit Blick auf Multimorbidität entscheidend.

Sektorübergreifende Bedarfsplanung als Zukunftsperspektive. Es folgt ein gestuftes System der Weiterversorgung bis hin zum Krankenhaus. Wir müssen festlegen: Was ist ein Krankenhaus der Regelversorgung? Wo brauchen wir hochspezialisierte Versorgung? Wir in Sachsen-Anhalt haben durch die Gebietsreform überproportional viele Krankenhäuser; früher hatte nämlich jeder Kreis ein Krankenhaus. Es kann nicht sein, dass jedes versucht, noch einen Herzkathetermessplatz oder sonstige hochspezialisierte Geräte anzuschaffen, um sich zu professionalisieren. Das mag für das Krankenhaus richtig sein, ist aber nicht das, was wir perspektivisch brauchen. Wir benötigen eine komplexe sektorübergreifende Bedarfsplanung. Wir stehen dazu, dass wir nicht mehr sektorspezifisch planen können, sondern die Probleme der Versorgung in den Vordergrund rücken müssen.

Neue Strukturen in der geriatrischen Versorgung. Wir benötigen für die Versorgung der Bevölkerung – nicht nur in Sachsen-Anhalt, dort allerdings schon früher als im Rest der Bundesrepublik – neue Strukturen. Wir haben wesentlich mehr ältere Menschen. Wie kann man also geriatrische Versorgung organisieren? Da kommen wir dicht an das Thema „Pflege“ heran. Die allerwenigsten über 80- oder 90-Jährigen wollen ins Pflegeheim gehen. Wenn wir über vernünftige Strukturen im ambulanten Bereich bis hin zur Wohnraumanpassung verfügen, muss das auch bei den wenigsten der Fall sein. Die Menschen wollen in ihrem häuslichen Umfeld bleiben.

Wie muss die Versorgung in ausgedünnten Lebensräumen organisiert werden? Wir haben auf der Karte von Sachsen-Anhalt gesehen, dass es in manchen Regionen schon richtig schön grün ist. Aber es wohnen noch Menschen dort, und sie müssen ab und zu einen Arzt aufsuchen. Man wird es perspektivisch nicht mehr erreichen können, dass in jedem Ort jederzeit ein Arzt vorhanden ist. Wir denken über andere Ansätze intensiv nach. Ich möchte sie Ihnen darstellen. Tante-Emma-Praxen mit einem Hausarzt und zwei Helferinnen sind nicht das Modell der Zukunft. Wir müssen überlegen, wie die Struktur der Hausarztpraxis auf die Probleme der Versorgung perspektivisch ausgerichtet sein kann. Wie wir vorhin gehört

Man wird es perspektivisch nicht mehr erreichen können, dass in jedem Ort jederzeit ein Arzt vorhanden ist. Wir denken über andere Ansätze intensiv nach.

haben, gibt es in Deutschland viel mehr ländlichen als städtischen Raum. Wenn ich bedenke, dass bei uns in Sachsen-Anhalt nur Magdeburg und Halle als Stadt gelten, kommt man nicht weit, wenn man in den Wettbewerb nur Städte einbezieht. Wir müssen auch über die Frage „spezialisierte Versorgung“ diskutieren.

Wir haben zusammen mit den Krankenkassen und der Landesregierung ein Geriatriekonzept entwickelt. Wir haben festgelegt, wie die geriatrische Versorgung perspektivisch aussehen soll. Das ist sehr wichtig; denn nur wenn wir das vernünftig organisieren, werden wir die Probleme älterer Patienten mit eingeschränkter Alltagskompetenz lösen können. Wie kann erreicht werden, dass solche Patienten lange in ihrem häuslichen Umfeld bleiben und vielleicht keinen teuren Pflegeheimplatz benötigen? Unsere Idee ist: Wir brauchen in jedem Landkreis ein stationäres geriatrisches Zentrum mit geriatrischen Schwerpunktpraxen ringsum. Eine solche Struktur kann diese Probleme besonders gut lösen.

Sie kennen sicherlich das „Weißbuch Geriatrie“, das vor kurzem veröffentlicht worden ist. Darin wird davon ausgegangen, dass die Anzahl der Betten für die geriatrische Versorgung extrem ansteigt: 15.000 bis 20.000 neue

Betten müssen in den nächsten Jahren entstehen. Ich halte das für überzogen; denn man kann entsprechend der Versorgungspyramide Strukturen aufbauen, in denen die Probleme, die ambulant gelöst werden können, ambulant gelöst werden. Die Probleme, die der Hausarzt lösen kann, werden vom Hausarzt gelöst. Was in der geriatrischen Schwerpunktpraxis zu lösen ist, wird auf dieser Ebene gelöst. Um jede stationäre Einrichtung sollen sich drei bis vier ambulante Einrichtungen scharen. Dadurch erreicht man auch in der Fläche eine geriatrisch qualifizierte Versorgung. Es nützt nichts, wenn eine solche Versorgung nur in den Zentren besteht. Die meisten alten Menschen wohnen in der Peripherie und wünschen wohnortnahe Versorgung; sie finden aber keine Angebote. Also: stationäre Versorgung und ringsum Schwerpunktpraxen für die wohnortnahe Versorgung.

Umfassende Versorgung in geriatrischen Schwerpunktpraxen. Man muss den Unterschied definieren. Darüber streite ich mit meinen Hausärzten. Sie sagen, sie leisten die geriatrische Versorgung, da sie die alten Menschen ohnehin betreuen. Natürlich! Der alte Patient soll beim Hausarzt bleiben, dieser ist spezialisiert auf Multimorbidität. Wenn Patienten durch verminderte Alltagskompetenz aber besondere Versorgung benötigen, muss das auf einer besonderen Ebene stattfinden: in der Schwerpunktpraxis. Dazu ist eine besondere Qualifikation notwendig. In Brandenburg und Sachsen-Anhalt gibt es zum Beispiel den Facharzt für Geriatrie. Hausärzte können sich dort in Kursen weiterbilden und eine besondere Qualifikation erlangen.

Nötig ist ferner ein multiprofessionelles Team in der geriatrischen Schwerpunktpraxis, damit die Patienten wieder fit werden: Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, selbst Spezialisten für Wohnraumanpassung. Das lässt sich ambulant aufbauen. Bei uns in Sachsen-Anhalt laufen zwei Modelle. Der Ambulante Geriatrische Rehakomplex (AGR) in Schönebeck läuft seit zehn Jahren sehr gut. In Mecklenburg laufen fünf Modelle. Man hat erkannt, dass dies für die dortige Versorgungsstruktur sinnvoll ist. Wir haben in der Vertragswerkstatt der KBV einen Mustervertrag entwickelt,

wie wir eine solche Schwerpunktpraxis aufbauen und organisieren können, welche vertraglichen Bindungen mit den Krankenkassen eingegangen werden können. Leider ist die Resonanz auf die Angebote, die wir machen, in Deutschland gering. Ich halte es für sehr wichtig, perspektivisch so vorzugehen. Das Gleiche gilt für die Krankenhäuser. Nicht jedes Krankenhaus sollte geriatrische diagnosebezogene Fallgruppen (DRGs) abrechnen können. Aber in einem Krankenhaus, auf dessen Schild „Geriatric“ steht, muss auch Geriatric angeboten werden. Auch hier braucht man die entsprechenden Strukturen, die Qualifikation und das gestufte System der Regelversorgung.

Filialpraxen für strukturschwache Regionen. Das nächste Thema: Ausdünnung. In einigen Bereichen wird es bei uns irgendwann zu blühenden Landschaften kommen. Das muss nicht schlecht, es kann auch schön sein. Im Salzlandkreis, aus dem ich komme, beträgt der Bevölkerungsverlust 23 Prozent bis 2025. Trotzdem ist die Überalterung in diesen Regionen relativ stark. Ein Freund, der in Stuttgart wohnt, sagt: Wenn ich in der Stadt spazieren gehe, sehe ich viele junge Frauen mit Kinderwagen. – Wenn wir in Schönebeck spazieren gehen, sehen wir alte Damen mit Rollator. Das sind die Unterschiede, die man schon wahrnehmen kann.

Aber die Versorgung muss organisiert werden. Wir gehen davon aus, dass wir einige Hausärzte verlieren. Das ist gar nicht anders zu erwarten; denn es stellt sich die Frage: Ist es betriebswirtschaftlich sinnvoll, jede Praxis wieder zu besetzen? Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) kann das nicht mehr empfehlen, wenn in einer Region nur wenige Menschen wohnen. Wir haben daher zusammen mit dem Land und der AOK Sachsen-Anhalt ein Modellprojekt begonnen: vernetzte Versorgungsstrukturen. Kernelement sind die sogenannten Filialpraxen. Wir wollen sie in strukturschwachen Bereichen aufbauen, die durch einzelne Ärzte nicht mehr versorgt werden können. Die Räumlichkeiten werden von der KV zur Verfügung gestellt; teilweise sind Gemeinden dazu bereit. Wir wollen in diesen Praxen eine

Versorgungsassistentin, eine besonders qualifizierte Arzthelferin, etablieren, die auch im Management der Praxis tätig ist. In einer Filialpraxis sind verschiedene Ärzte tätig. Das heißt: Versorgung kann wohnortnah organisiert werden, aber nicht mehr mit jeder Fachdisziplin zu jeder Tageszeit. An unterschiedlichen Tagen sind unterschiedliche Fachdisziplinen tätig – der Hausarzt häufig, aber auch ein Urologe, ein Gynäkologe oder ein Orthopäde. Das geschieht elektronisch vernetzt, sodass ein Arzt in seiner Hauptpraxis auf die Daten der Filialpraxis zugreifen kann. Wir sind dabei, solche Strukturen aufzubauen.

In einer Filialpraxis sind verschiedene Ärzte tätig. Das heißt: Versorgung kann wohnortnah organisiert werden, aber nicht mehr mit jeder Fachdisziplin zu jeder Tageszeit.

Wie schon erwähnt, erachte ich die Versorgungsassistentin als wesentliches Element, da sich angesichts der demografischen Entwicklung die Struktur der Hausarztpraxen verändern wird. Es geht nicht nur um den Hausbesuch. Wir in Sachsen-Anhalt haben vor einigen Jahren das Modellprojekt „mobile Praxisassistentin“ durchgeführt. Es war sehr erfolgreich. Dadurch konnte der Hausarzt von Hausbesuchen relativ stark entlastet werden. Bei der Versorgung chronisch Kranker benötigt er mehr Entlastung auch innerhalb der Praxis. Das gesamte Case Management dieser Krankheiten braucht der Arzt nicht allein zu bewältigen. Viele Ansätze, etwa Trupps, die Patienten anrufen, halte ich für unsinnig. Es ist schon getestet worden, dass man dies in der Praxis vernünftig organisieren kann. Herr Gerlach hat zum Beispiel in Frankfurt in einem Modellversuch bewiesen, dass besonders qualifizierte Helferinnen – Versorgungsassistentinnen – im Case Management tätig werden können.

Ein Tätigkeitsfeld, das die Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis gut abdecken kann, ist der Hausbesuch. VERAH ist eine Erweiterung des Teams des Hausarztes mit kompetentem Personal, an das er bestimmte Aufgaben delegieren kann. Sie kann bei DMPs entlasten. Sie übernimmt Hausbesuche und viele Aufgaben innerhalb der Praxis, auch Routineauf-

gaben. Weil darüber diskutiert worden ist, wie viele Patienten eine Assistentin versorgen müsse, damit sie sich für eine Praxis rechne, betone ich: Sie kann, da sie besonders qualifiziert ist, auch normale Tätigkeiten übernehmen.

Nächster Aspekt: die Form der Zusammenarbeit. Ich sagte vorhin, dass die Tante-Emma-Praxis mit einem Arzt und zwei Helferinnen nicht unbedingt das Modell der Zukunft ist. Wir werden mehr Gemeinschaftsstrukturen in der Versorgung – Gruppenpraxen – haben. Das sind bei weitem nicht immer Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Diese werden im hausärztlichen Bereich so gut wie keine Rolle spielen. Vielmehr werden große Versorgungspraxen nicht nur die kleine Region ihrer Stadt, sondern das gesamte Umfeld versorgen über Filialpraxen, in denen auch Teilzeitanstellung möglich ist. Angesichts des Frauenanteils, der sich auf jeden Fall erhöhen wird, werden das sehr attraktive Angebote sein.

Die Anzahl der angestellten Ärzte hat in den letzten Jahren rasant zugenommen. Die Zahl der Anstellungen in Vertragsarztpraxen im hausärztlichen Bereich ist relativ hoch. Im fachärztlichen Bereich hingegen kommt die Anstellung in MVZ wesentlich häufiger vor. Oft schicken Kliniken fachärztliche Kollegen zur ambulanten Behandlung in ein MVZ. Sie nehmen dort nicht nur medizinische Aufgaben wahr, wie wir alle wissen. Diese Struktur muss man auch einmal kritisch hinterfragen. Was bei dieser Analyse interessant ist: Wir haben zwei unterschiedliche Altersgipfel unter den angestellten Ärzten. Es lassen sich ältere Ärzte anstellen, die ihre Praxis verkaufen wollen und im MVZ oder in einer Praxis mitarbeiten. Den zweiten Gipfel bilden die 30- bis 40-Jährigen, jüngere Kollegen, die einsteigen wollen, aber keine Praxis kaufen und sich hoch verschulden wollen. Dieses Modell müssen wir perspektivisch fördern. Auch im fachärztlichen Bereich brauchen wir für solche Strukturen neue Kompetenzen.

Wir haben in Sachsen-Anhalt ein Kompetenznetz für die Versorgung chronischer Wunden aufgebaut. Man kann jetzt erwarten, dass diese Ver-

sorgung mit hoher Qualität verbessert wird, dass sich bestimmte Facharztpraxen besonders qualifizieren und diese Aufgaben von der Hausarztpraxis auf dieses Zentrum delegiert werden. Das kann kostengünstiger und wesentlich effizienter sein. Und es entlastet den Hausarzt. Das Stichwort ist „Integrierte Versorgung“. Die Verträge, die wir im Rahmen der Geriatrie geschlossen haben, sind übrigens häufig Verträge der „Integrierten Versorgung“. Hier finden sich sinnvolle Angebote auch im fachärztlichen Bereich. Die Qualität der Versorgung ist zu verbessern, und zwar in einer vernetzten Struktur mit konkreten Standards. Dann hat man auch in diesem Bereich wohnortnahe Versorgung auf hohem Standard und muss Patienten nicht zu irgendwelchen Zentren fahren, wo etwa eine chronische Wunde behandelt wird. Dabei handelt es sich häufig um Diabetiker, Menschen, die nicht mehr sehr mobil sind. Wir haben einzelne Zentren der fachärztlichen Versorgung schon aufgebaut. Das wollen wir für andere Themengebiete gleichermaßen tun. Wir können Effizienzsteigerungen erreichen, sodass wir nicht mehr in jedem Ort jederzeit fachärztliche Versorgung brauchen. Sie kann in Filialpraxen oder in solchen Zentren dargestellt werden.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Der Druck gibt Anlass zum Wandel. Ändert sich das Verhältnis der Berufsgruppen untereinander in den Filialpraxen und MVZ, die gegründet werden? Wird das Verhältnis von Pflegekräften und Ärzten anders? Wünschen Sie sich, dass Pflegekräfte noch mehr Aufgaben übernehmen? Reicht VERAH am Ende nicht aus?

Dr. Burkhard John: Man muss differenzieren. Was wollen wir in der Praxis haben? Wir wollen keine Pflegekräfte; diese sollen weiter pflegen. Die Pflegedienste sollen als solche weiter ihre Aufgaben erfüllen. Wir brauchen in der Hausarztpraxis Entlastung zum Beispiel beim Case Management oder bei der Versorgung chronisch Kranker. Das hat mit Pflege sehr wenig zu tun. Es wird mehr Zusammenarbeit geben müssen bei Funktionen, die die Pflegedienste heute wahrnehmen, etwa Verbandswechsel oder unter Um-

ständen Zuckerkontrolle. Das ist im ländlichen Bereich schon intensiv der Fall. Entscheidend ist, dass diese Entlastungskomponente in die Hausarztpraxis gelangt. Um Aufgaben zu übernehmen, die sonst der Arzt erledigt, sind nicht nur eine Gemeindeschwester und eine AGnES nötig, dazu ist eine besonders qualifizierte Arzthelferin nötig.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Sind für Sie Modelle wie Primary Nursing in den USA und England denkbar, bei denen zum Beispiel in der Notfallversorgung ein akademisch gebildeter Krankenpfleger die Erstbegutachtung und ärztliche Tätigkeiten übernimmt, obwohl dies dem Namen nach unter „Nursing“ fällt? Oder würde dadurch dem Hausarzt das Genick gebrochen?

Dr. Burkhard John: Ich weiß nicht, wie gut diese Pfleger sind. Wenn wir so etwas in Deutschland schaffen würden, hätten wir eine neue Schnittstelle. Wir wissen, dass die Schnittstellen zwischen Hausarzt und Facharzt, zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie zwischen stationärer und ambulanter Versorgung riesige Reibungsverluste verursachen. Dort treten die meisten Fehler auf. Wahrscheinlich wird auch Geld verbrannt. Wir sollten nicht durch eine neue Schnittstelle weitere Reibungsverluste entstehen lassen. Wir können ähnliche Strukturen ohne solche Reibungsverluste organisieren. Das halte ich für den besseren Weg.



Der Autor

Dr. Burkhard John

Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

AOK
Die Gesundheitskasse

IM DIALOG



Lösungen zwischen Politik und Selbstverwaltung

Parlamentarischer Staatssekretär Daniel Bahr

Ich sehe es sehr positiv, dass sich der AOK-Bundesverband in einer Veranstaltung dem Thema „Demografische Entwicklung – Herausforderung für die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum“ stellt. Bis vor kurzem war von Versorgungsproblemen noch nicht die Rede. Vielmehr war die Debatte geprägt durch die Stichworte „Ärztenschwemme“, „Übersversorgung“, „Fehlversorgung“. Um Unterversorgung ging es selten. Ich selbst habe erlebt, dass vor zwei Jahren noch gesagt wurde, wir hätten nicht mit Ärztemangel zu kämpfen, wir hätten genügend Ärzte, die nur besser aufs Land verteilt werden müssten. Über die Fragen, ob die Versorgung gut ist, wo Versorgungsprobleme entstehen könnten, ist nicht diskutiert worden. Das Bundesgesundheitsministerium begrüßt es außerordentlich, dass man sich jetzt des Themas „Versorgungsprobleme im ländlichen Raum“ annimmt.

Große Herausforderungen für das Gesundheitswesen. Wir wissen, dass sich die Altersstruktur der Versicherten verändert. Der Anteil der Älteren und der Hochbetagten wird deutlich wachsen, der der Jüngeren sinkt. Insgesamt wird die Bevölkerungszahl zurückgehen. Das bedeutet für das Gesundheitswesen enorme Herausforderungen, denn die Älteren haben einen höheren Bedarf an gesundheitlichen Leistungen. Dies und der medizinisch-technische Fortschritt werden die Kosten steigen lassen. Das wird auch keine Finanzreform ändern können.

Wir haben uns darauf einzustellen, dass wir für das Alter – für Pflege und für Gesundheit – mehr vorsorgen müssen. Wir wollen den Versorgungsstandard, den wir im Verhältnis zu anderen Ländern gewohnt sind – freie Arztwahl, freie Krankenhauswahl, Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung –, erhalten und für kommende Generationen finanzierbar machen. Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz oder Unfälle als Pflichtbestandteil kennen andere Länder nicht. Wir müssen uns dem wachsenden Bedarf und den Kosten stellen, wenn wir das heutige Niveau aufrechterhalten wollen.

Wir wollen den Versorgungsstandard, den wir gewohnt sind, erhalten und für kommende Generationen finanzierbar machen.

Ich lese die Zeitungsüberschrift „Kostenexplosion im Gesundheitswesen droht“. Der Artikel enthält die Aufforderung: Es muss dringend gehandelt werden. Was tut der Gesundheitsminister? – Auch in anderen Bereichen sind die Ausgaben deutlich gestiegen, etwa im Tourismus. Können Sie sich er-

innern, dass über eine Kostenexplosion im Tourismusbereich diskutiert worden wäre? Im Gesundheitswesen ist das ein Thema, weil die gesetzlichen Krankenkassen im Wesentlichen über Pflichtbeiträge, die an den Lohn gekoppelt sind, finanziert werden. Jede Steigerung der Ausgaben führt unmittelbar dazu, dass die sogenannten Lohnzusatzkosten steigen. Der Faktor „Arbeit“ wird einseitig belastet.

Wir wollen mit dieser Reform der Entwicklung Rechnung tragen. Die steigenden Gesundheitsausgaben sollen nicht mehr allein über die Arbeitskosten finanziert werden; nicht mehr allein die Lohnbezieher sollen zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben für die alternde Bevölkerung in Kombination mit dem medizinisch-technischen Fortschritt herangezogen werden. Wir tragen dazu bei, dass der Versicherte – über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge – die Leistungen der Krankenversicherungen in Euro und Cent vergleichen kann. So können sich die positiven Wettbewerbselemente entfalten. Alle Privatpersonen und Unternehmen werden am sozialen Ausgleich beteiligt für diejenigen, die sich den Beitrag nicht leisten

können. Jeder wird nach seiner Leistungsfähigkeit herangezogen. Das ist sozial gerechter als es heute der Fall ist. Die Finanzierung soll nicht im Mittelpunkt stehen, aber sie ist eine wichtige Voraussetzung für alles das, was ich schwerpunktmäßig darstellen möchte. Wenn wir aus dem Teufelskreis der Abhängigkeit der Finanzierung des Gesundheitswesens von den Lohnzusatzkosten nicht herauskommen, werden wir weder eine kurzfristige Kostendämpfung noch strukturelle Verbesserungen der Versorgung erreichen.

Der Trend geht in die Großstädte. Wir brauchen uns keine Sorgen über die Versorgung in Berlin, Münster – meiner Heimatstadt –, Düsseldorf, München oder Hamburg zu machen. Dort wird man in den nächsten 20 bis 30 Jahren keine Versorgungsprobleme spüren. Es gehört kein Mut dazu, diese These aufzustellen. Aber schon in der Region Münsterland, erst recht in den neuen Ländern – Herr John hat gerade über Sachsen-Anhalt berichtet; ich selbst habe einige Jahre in Mecklenburg-Vorpommern gelebt – ist zu spüren, was auch in den westlichen Ländern zunimmt: Versorgungsprobleme im ländlichen Raum. Dort vollzieht sich ohnehin ein gesellschaftlicher Wandel. Es wäre unehrlich, diesen nur auf das Gesundheitswesen zu beziehen, lieber Herr John. Es besteht der Trend, von der Fläche in die Großstädte zu ziehen und von den neuen Ländern in die westlichen Länder. Ich selbst bin für meine Bankausbildung nach Schwerin gegangen. Das war für einen Wessi untypisch. Ich habe mich darüber gewundert, warum die meisten jungen Leute aus der Fläche in Mecklenburg nach Hamburg, Kiel oder Lüneburg gezogen sind. Auch angesichts der Demografie geht der Trend von der Fläche in die Großstädte. Die gesundheitliche Versorgung ist davon stark betroffen; denn es sind die Jungen, die Gesunden und Mobilen, die die Fläche verlassen. Die Älteren sind auf ein leistungsfähiges Gesundheitswesen angewiesen. Umso attraktiver müssen wir die betroffenen Regionen für ärztlichen Nachwuchs im stationären wie im ambulanten Bereich machen.

Wir stellen fest: Während früher ein Krankenhaus einen Stapel von Bewerbungen auf eine offene Stelle hatte, müssen heute ebenso viele Anzeigen

geschaltet werden. Sie brauchen sich nur das Ärzteblatt durchzusehen, um die Nachwuchssorgen zu spüren. Zwar ist die Anzahl der Medizinstudenten sowie der Absolventen nicht dramatisch gesunken; aber leider sehen immer weniger derjenigen, die das Medizinstudium aufgenommen haben, um anschließend als Arzt tätig zu sein, darin eine Perspektive.

Angehende Hausärzte befürchten Nachteile. Ich bin im Sommer, um die sitzungsrärmere Zeit zu einem Praxisteil zu nutzen, eine Nacht mit dem Rettungsdienst und einem Notarzt mitgefahren, an einem Tag habe ich an der Uniklinik Münster mit Medizinstudenten diskutiert. Ich habe die jungen Mediziner nach ihren Perspektiven gefragt. Sie antworteten, ihr Wunsch sei es, als Arzt, auch als Hausarzt in der Fläche, tätig zu sein. Die Hälfte der Medizinstudenten in Münster hat das Abitur mit 1,0 abgeschlossen, sie sind die Jahrgangsbesten. Sie können Jura, Chemie, BWL oder Medizin studieren. Die jungen Mediziner befürchten aber, dass sie die Leidtragenden sind, wenn sie sich in der Fläche niederlassen. Sie befürchten, dass sie immer mehr Patienten zu betreuen haben, aber nicht leistungsgerecht vergütet werden und sogar Nachteile durch die Mengensteuerung, die wir in vielen Bereichen haben, in Kauf nehmen müssen. Mengensteuerung ist in Ballungsräumen gewollt; man soll genau prüfen, wie sich die Kosten entwickeln, wie sie durch ärztliches Verhalten gesteuert werden können. Es sind Anreize nötig, damit der niedergelassene Arzt darauf achtet. Aber offensichtlich werden junge Mediziner dadurch davon abgehalten, in die Fläche zu gehen.

Ich nenne konkret das Ordnungsverhalten bei Arzneimitteln; ich komme ja gerade aus der Anhörung zum Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz. Die Angst vor Regress ist aus meiner Sicht viel größer als die konkrete Bedrohung. Ich will nichts verharmlosen, aber diejenigen, die das entsprechende Schreiben erhalten, können sich dem Regress häufig entziehen. Vom Vollzug eines Regresses sind relativ wenige betroffen. Offensichtlich schrecken solche Mechanismen junge Mediziner ab. Sie befürchten, nicht

anwenden zu können, was sie im Studium gelernt haben – sie haben doch einen gewissen Anspruch –, und benachteiligt zu werden, wenn sie in der Fläche – an der niederländischen Grenze oder in Vorpommern – tätig sind.

Wir tragen durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz in einem ersten Schritt dazu bei, die Angst vor Regress abzubauen: Nicht mehr der verschreibende Arzt soll künftig für den Preis der Arzneimittel verantwortlich sein, sondern die Pharmaindustrie, Hersteller und Krankenkassen. Dort gehört die Verantwortung hin. Aber selbstverständlich muss es Anreize zur Mengensteuerung geben. Auch dort, wo wir zunehmend Versorgungsprobleme bekommen, müssen wir für Ausnahmen von der Steuerung sorgen.

Diejenigen, die sich im ländlichen Raum niederlassen, müssen eine verlässliche Perspektive haben. Sie dürfen nicht den Eindruck gewinnen, nachher der Dumme zu sein, weil sie besonders viel arbeiten. Dies ist der Fall, wenn sie aufgrund drohender Unterversorgung eine große Zahl von Patienten zu betreuen haben. Die Kontrolle des Verhaltens des Arztes ist dann nicht mehr sehr sinnvoll. Wir meinen, es ist nicht zu befürchten, dass es zu ausufernden Kosten kommt. Das liegt im Interesse derjenigen, die wir dafür gewinnen wollen, sich in der Fläche niederzulassen.

Nicht mehr der verschreibende Arzt soll künftig für den Preis der Arzneimittel verantwortlich sein, sondern die Pharmaindustrie, Hersteller und Krankenkassen.

Man ist bei der Honorarreform mit dem Anspruch angetreten, eine einfache, transparente und leistungsgerechte Vergütung zu erhalten. Die Summe, die insgesamt zur Verfügung gestellt worden ist, ist deutlich angewachsen. Ich habe aber noch niemanden getroffen, der sagt, in seiner Region sei es besser geworden. Ich habe das Gefühl, durch die Honorarreform ist jede Region besonders benachteiligt worden. Aus meiner Sicht ist das System auch für die Ärzte noch nicht hinreichend einfach und transparent geworden, erst recht nicht leistungsgerecht. Ein Arzt, der besonders viel arbeitet, weil er ein guter Arzt ist und viele Patienten hat, ist der Dumme; denn die Vergütung im ambulanten Bereich – im Krankenhaus ist es nicht anders –

orientiert sich nicht an den Parametern Qualität und Leistungsgerechtigkeit, sondern, zugespitzt formuliert, am Mittelmaß.

Transparente Vergütung und Leistungsgerechtigkeit. Wir haben uns für dieses Jahr die Finanzierung im Arzneimittelbereich vorgenommen. Im nächsten Jahr werden wir uns den Versorgungsstrukturen im ambulanten und stationären Sektor auch mit Blick auf das Thema, das Sie heute behandeln, widmen. Wir haben uns also zunächst damit beschäftigt, dass das Dach des Hauses, durch das es hereinregnet, wieder gedeckt wird. Im nächsten Jahr kümmern wir uns um die Räume – Wohnzimmer, Küche, Keller.

Die Honorarreform – eine leistungsgerechte, einfache, transparente Vergütung – ist ebenfalls wesentlicher Bestandteil unseres Versorgungskonzepts. Umfragen zeigen uns, dass es nicht so sehr um die Vergütungshöhe geht. Sie ist bei niedergelassenen Ärzten auch in der Fläche im Vergleich zu anderen Bereichen zugegebenermaßen nicht schlecht. Im ländlichen Raum niedergelassene Ärzte verdienen im Vergleich zu anderen akademischen Berufen, für die ebenfalls ein hartes Studium zu absolvieren ist, gut. Es ist der Mangel an Verlässlichkeit, an einfacher und transparenter Vergütung sowie vor allem an Leistungsgerechtigkeit, der viele junge Menschen anscheinend davon abhält, sich dort niederzulassen, wo der Bedarf hoch ist. Daran müssen wir arbeiten.

Mehr Zeit für Patienten durch Bürokratieabbau. Zusätzlich müssen wir Bürokratie abbauen. Viele befürchten, dass ihnen aufgrund der Verwaltungsaufgaben wenig Zeit für den Patienten bleibt. Ich weiß, wie schwierig es ist, Bürokratie abzubauen. Es ist einfacher, Bürokratie aufzubauen. Der Minister, der selbst ein Medizinstudium absolviert hat und Berufserfahrung hat, hat einmal gesagt, er habe gelegentlich das Gefühl gehabt, die Beschäftigung mit Qualitätssicherungsbögen habe ihm die Zeit genommen, um sich wirklich der Qualität in der Patientenversorgung zuzuwenden. Er hat dafür nicht nur Applaus geerntet. Vielfach wurde die Kritik

geäußert, er wolle Qualität abbauen. Das kann nicht das Ziel sein. Auch hier müssen wir zu einem fairen Ausgleich von Kontrolle und Dokumentation kommen. Ist Dokumentation nicht Medium zur Arbeitserleichterung, sondern Selbstzweck, übertreiben wir. Dann bedarf es der Nacharbeitung.

Wir brauchen eine weitere Flexibilisierung des Vertragsarztrechts. Ich will hier ausdrücklich Frau Schmidt loben; das mag den einen oder anderen wundern. Unter ihrer Führung ist mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ein wesentlicher Fortschritt gelungen: verbesserte Anstellungsmöglichkeiten für Ärzte, Erleichterung der Gründung einer Zweitpraxis, Möglichkeit der gleichzeitigen Tätigkeit im Krankenhaus und in der vertragsärztlichen Versorgung. Auf diesem wichtigen Ansatz wollen wir aufbauen. Er wird den wachsenden Bedürfnissen des Nachwuchses gerecht.

Arztberuf wird immer weiblicher. Nach den Diskussionen, die ich in diesem Sommer geführt habe, kann ich feststellen, dass der Arztberuf immer weiblicher wird. In Münster sind 70 Prozent der Medizinstudierenden Frauen. Sie suchen nach Möglichkeiten, die Tätigkeit in einem Krankenhaus mit der ambulanten Versorgung zu kombinieren. Auf dieses Bedürfnis müssen wir Antworten finden. Bisher waren die Strukturen im ambulanten wie im stationären Bereich geprägt durch das Familienbild, wonach die Familienarbeit aufgeteilt wird. Der eine Partner konnte das Risiko der Selbstständigkeit in niedergelassener Arztpraxis auf sich nehmen, der andere übernahm die Familienarbeit. Heute suchen immer mehr junge Frauen und junge Männer die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu erreichen. Das gilt auch in der Pflege.

Wir wollen die ambulante ärztliche Tätigkeit insgesamt attraktiver machen. Wir wollen es den angehenden Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, sich bereits im Studium einen realistischen Eindruck von der Arbeit als Hausärztin oder Hausarzt zu machen. Praxisbezug, Erfahrungen in der Praxis,

Das Gesundheitswesen ist heute der größte Arbeitgeber. Es ist ein Jobmotor.

die Allgemeinmedizin sollen stärker gewichtet werden. Da hierfür nicht das Gesundheitsministerium allein verantwortlich ist, stehen wir in Gesprächen mit den Wissenschaftspolitikern der Länder. Die Zahl der Studienplätze in Medizin muss ausgeweitet werden. Immer mehr Absolventen gehen in Bereiche, in denen sie geregelte Arbeitszeiten und ein geregeltes Einkommen haben. Wir brauchen den Anstieg der Zahl der Medizin-

studierenden; denn – Stichwort „Kostenexplosion durch die demografische Entwicklung“ – das Gesundheitswesen ist heute der größte Arbeitgeber. Es ist ein Jobmotor. In vielen anderen Branchen stellt sich angesichts einer alternden Bevölkerung die Frage, ob die Arbeitsplätze in Deutschland erhalten werden können. Die Produktion eines Autos kann

nach Osteuropa, China oder Indien verlagert werden. Aber an Krankenhäusern und Arztpraxen, an Heil- und Hilfsmittelerbringern besteht in der Fläche wie im Ballungsraum großer Bedarf. Wir sehen die Chance, dass die Gesundheitswirtschaft Jobmotor bleibt, wenn wir die Attraktivität dieser Tätigkeiten stärken.

Ich erwähne die Anpassung der Versorgungsstrukturen an eine zielgenauere Bedarfsplanung. Die Bedarfsplanung fußt auf den Strukturen der vergangenen Jahrzehnte. Wir haben, wie gesagt, nicht über Ärztemangel diskutiert, sondern eher über Ärzteschwemme, um diesen Begriff nur zu zitieren. Die Bedarfsplanung wird den veränderten Bedürfnissen nicht gerecht; sie muss flexibler sein. Erste Vorschläge, wie man sie verbessern kann, liegen auf dem Tisch. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat einen demografischen Faktor angeregt. Wir sind dabei, dies zu prüfen. Der Ansatz ist richtig. Über Detailfragen muss man noch in aller Ruhe nachdenken. Wir wollen das ebenso wie die Fragen der Flexibilisierung der Bedarfsplanung aufgreifen.

Wegfall der 68er-Regelung: Auch hier muss ich die Vorgängerregierung loben. Das war eine langjährige Forderung, die ich selbst in die Diskussion eingebracht habe. Damit wird man das Versorgungsproblem nicht lösen,

das verhehle ich nicht. Ich kenne die Fälle von zwei Ärzten allein aus dem Münsterland, die 68 wurden, keinen Nachfolger fanden, aber die Praxis weiterführen wollten. Das ist geändert worden. Solche Ärzte sollen weiterhin tätig sein können.

Medizinische Versorgungszentren begrüßen wir ausdrücklich. Sie können einen Beitrag zur Überwindung des Sektordenkens – stationärer Bereich auf der einen, ambulanter Bereich auf der anderen Seite – leisten. Hier besteht Nachholbedarf. Wir können durch die bessere Zusammenarbeit von niedergelassenen mit stationär tätigen Ärzten viel Potenzial gerade in der Fläche nutzen. Medizinische Versorgungszentren sind nicht der Weisheit letzter Schluss, sie sind nicht das allein selig machende Konzept, aber sie leisten einen Beitrag dazu, die Tätigkeiten zu kombinieren und besser zu verzahnen. Wir verhehlen nicht, dass sie in Ballungsräumen wachsende Bedeutung erhalten. Will man ein solches Zentrum als Ersatz für eine vorher bestehende kleinteilige Struktur aufbauen, heißt das, dass die Patienten längere Wege auf sich nehmen müssen. Insofern werden sie eher in Ballungsräumen oder in deren Nähe an Bedeutung gewinnen.

Letzter Punkt: der stationäre Bereich. Auch hier sehen wir wachsenden Bedarf in der Politik: Abbau von Bürokratie, Vergütungsfragen. Ich sage: Öffnung der Sektoren zu fairen Bedingungen. Wir haben unterschiedliche Vergütungsstrukturen, eine unterschiedliche Investitionsfinanzierung im stationären wie im ambulanten Sektor, unterschiedliche gesetzliche Regelungen. Wenn wir uns auf eine Öffnung einlassen, müssen die Bedingungen für beide Seiten fair sein.

Um über Investitionsfinanzierung zu einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung im stationären Bereich zu kommen, ist die Zusammenarbeit mit den Ländern zu suchen; der Bund kann dies nicht allein regeln. Wenn die Länder an der Aufgabe der Krankenhausplanung festhalten wollen, ist das eine mit dem anderen verbunden, sie sind ge-

fordert, die Finanzierung zu gewährleisten. Wir wollen auch hier die Attraktivität stärken.

Schärferer Wettbewerb unter den Krankenhäusern. Ich sage klipp und klar: Die Politik kann nicht alles gewährleisten. Ich bin gespannt darauf, was Herr Baum gleich sagt. Wir wollen den Wettbewerb der Krankenhäuser intensivieren; denn hier besteht noch Potenzial. Manche Krankenhäuser erbringen bestimmte Leistungen besser als andere, ihre Qualität ist besser, sie erfahren mehr Zuspruch. Im Wettbewerb der Krankenhäuser wird es nicht so sehr um die Frage der Landesbasisfallwerte gehen. Im Vordergrund stehen wird die Attraktivität für ärztlichen Nachwuchs. Man kann vieles von der Politik einfordern, zum Beispiel gerechte Vergütung. Aber mit Blick auf das veränderte Anspruchsverhalten der jungen Ärztinnen und Ärzte müssen auch die Krankenhäuser ihren Beitrag leisten. Im Moment brauchen Ärzte nicht zu befürchten, arbeitslos zu sein. Man schaue in das Ärzteblatt: Sie können sich aussuchen, wo in Deutschland sie tätig sein wollen. Umso schärfer wird der Wettbewerb unter den Krankenhäusern. Sie müssen attraktiv sein für Nachwuchs, über Modelle der Vereinbarkeit von Familie und Beruf verfügen, Arbeitszeitmodelle und Zusatzvergütungen anbieten, Freiraum schaffen durch Delegation von Tätigkeiten. Solches kann nicht bei der Politik abgeladen werden, das muss das Management des Krankenhauses selbst entscheiden.

Das ist ein Potpourri von Maßnahmen. Die christlich-liberale Koalition hat erste Vorschläge gemacht. Die Sicherstellungszuschläge im niedergelassenen Bereich habe ich nicht erwähnt; ich will sie kursorisch nennen: Abbau von Zu- und Abschlägen in unter- und überversorgten Gebieten. Eine Änderung ist vorgesehen. Ich gehe davon aus, dass die Koalition dies beschließt. Mehrere Maßnahmen gehen wir dieses Jahr schon an. Das wesentliche Gesetzgebungsverfahren für das Versorgungskonzept, den Bereich, über den wir heute diskutieren, wird im nächsten Jahr anstehen.

Die heutige Veranstaltung kann einen Beitrag dazu leisten, uns gute Anregungen zu geben, die möglicherweise Eingang in das Gesetz finden.

Foto: REGIERUNGonline/
Michael Dedeke (Web)



Der Autor

Daniel Bahr

Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit



AOK
Die Gesundheitskassen.
IM DIALOG

Entwickli

Podiumsdiskussion: Hausärztliche und fachärztliche Grundversorgung in der Fläche sicherstellen

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Herr Köhler, Sie haben ein neues Konzept der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vorgelegt, das eine sektorübergreifende Perspektive einnimmt. Was macht Sie hoffnungsfroh, dass die Verteilung der Ärzte, die ärztliche Bedarfsplanung, mit diesem Instrument besser gelingt als bislang?

Dr. Andreas Köhler: Ich möchte eines vorausschicken: Kein Instrument kann Ärzte backen. Die Frage ist: Mit welchen Instrumenten können wir Ärzte dort einsetzen, wo wir sie brauchen? Vor etwa vier Jahren gab es auf allen Sendern das schöne Bild von Aschersleben. Dort hatte die Praxis eines Augenarztes eröffnet, und von einem Hubschrauber aus ist gezeigt worden, wie die Menschen rings um den Block standen. Die Kritik an der KV war heftig. Realität war: Dieser Bezirk ist gesperrt. Das kann man erklären: Das menschliche Auge ist evolutionsbiologisch darauf angelegt, 50 bis 60 Jahre zu funktionieren. – Schauen Sie sich uns alle an! – Danach, verbunden mit internistischen Erkrankungen, kommen Augenfehlsteuerungen. Der Augenarzt hat ein Alleinstellungsmerkmal. Ein Optiker kann Brillen anpassen, nicht aber internistische Komplikationen am Auge klären. Konkret: Bis zum Jahr 2015 müssen wir im ambulanten und stationären Bereich 61.000 Ärzte ersetzen; im ambulanten Bereich sind es 27.000. Warum? Um 1992–1994

kam die Bedarfsplanung – da haben sich Ärzte dann noch schnell niedergelassen. Das durchschnittliche Niederlassungsalter liegt bei 37 Jahren. Von 1992 bis 2015 liegen 23 Jahre. 37 plus 23 ergibt 60. Das durchschnittliche Abgangsalter eines niedergelassenen Arztes liegt bei 61 Jahren. Deswegen haben wir aktuell das Problem: Die Ärzte, die sich von 1992 bis 1994 niedergelassen haben – es waren überproportional viele –, gehen in den Ruhestand.

Sie haben recht, Herr Bahr: Die Aufhebung der Altersgrenze verändert etwas. Das durchschnittliche Abgangsalter steigt um ein halbes Jahr. Das will ich nicht leugnen, das Problem wird dadurch aber nicht gelöst. Die Frage ist, ob die fertigen Medizinstudenten den Ersatzbedarf decken. Herr Bahr hat es gesagt: Fast 30 Prozent derjenigen, die das Studium beginnen, gehen nicht in die kurativ-ambulante Versorgung. „Attraktivität des Arztberufes“ ist das Schlagwort. Ich gebe zu, unser ständiges Jammern ist auch nicht gerade produktiv. Dagegen müssen wir etwas tun. Im Ergebnis einer Arbeitsgruppe mit dem BMG sind Maßnahmen ergriffen worden.

Dann kommt die Frage – Wir sind selbstkritisch geworden! –: Bekommen wir die Ärzte dahin, wo wir sie brauchen? Es wird darüber diskutiert, ob wir überhaupt eine Bedarfsplanung benötigen. In Österreich ist das für die Wahlärzte ausprobiert worden. Diese gruppieren sich ausschließlich um Wien und Linz. Ein anderes Beispiel: Die Stadt Berlin hat ihre Bezirke auf Zu- und Abwanderung untersucht. In Charlottenburg und Wilmersdorf ist die Arztdichte extrem hoch. Aber in den sozial schwächeren Bezirken selbst eines Ballungsgebietes wie Berlin mit extrem hoher Arztdichte bestehen Versorgungsprobleme. Also: Das wird nicht funktionieren. Wie bekommt man Ärzte aufs Land? Nach Studien ist der vorrangige Grund nicht die angemessene Vergütung, sondern – das darf Sie nicht wundern – das schulische Angebot für die Kinder. Es folgen das Geld, drittens die Möglichkeit der Berufstätigkeit des Partners, viertens die Häufigkeit der Norddienste. Daran müssen wir konkret arbeiten.

Wir müssen auch eine Lösung für unsere Verteilungsproblematik finden. Wie erreichen wir es, dass sich Ärzte nicht im Ballungsgebiet niederlassen? Das ist extrem schwierig. Dafür gibt uns die Bedarfsplanung keine Möglichkeiten. Unsere Überlegung ist eine Versorgungssteuerung. Wir analysieren kleinräumigen Versorgungsbedarf der Wohnbevölkerung. Wir konstatieren: Selbst zwischen Bremen und Bremerhaven ist Demenz signifikant unterschiedlich prävalent. Das ist Realität, also müssen wir kleinräumigen Versorgungsbedarf identifizieren. Davon abgeleitet stellen wir fest, wie viele Ärzte nötig sind. Das ist heute möglich, wie Sie, Herr Jacobs, gesagt haben. Dann schreiben wir Versorgungssitze aus, auf die sich Ärzte bewerben. In einem Ballungsraum wird man nicht immer die Versorgungssitze in Relation zu den vorhandenen Praxen ausschreiben. Da brauchen wir den Mut, Praxen aufzukaufen. Die GKV meint, in Bezug auf die Weiterveräußerung müsse das Verfassungsrecht geändert werden. Wenn wir so lange warten, haben wir Versorgungsnotstände. Das ist das Grundprinzip.

Nächster Punkt: Wie ist das im Verhältnis von ambulant zu stationär? Wir haben analysiert, wo sich Spezialisten wie Internisten niederlassen. Dazu haben wir um ein Krankenhaus, das diese spezielle Leistung anbietet, Kreise gezogen. Jenseits von zehn Kilometern gibt es keinen Spezialisten, den das Krankenhaus vorhält, alle gruppieren sich um das Krankenhaus. Wir brauchen in Zukunft Rheumatologen und Endokrinologen. Deshalb ist uns der Gedanke einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung für hochspezialisierte Leistungen gekommen. Was wir uns im Zusammenhang mit Paragraph 115 b, Paragraph 116 b und Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) derzeit leisten, Herr Baum, ist Krampf. Auch bei Ihnen wird es zu Ärztemangel kommen. Ich würde sagen: In diesem Bereich lassen wir klassischen Wettbewerb zu. Wenn eine Leistung stationär vorgehalten wird, sollte sie ambulant nicht zugelassen werden. Hier liegen wir ausnahmsweise nicht weit auseinander.

Wenn eine Leistung stationär vorgehalten wird, sollte sie ambulant nicht zugelassen werden.

Wir müssen uns auch fragen, wie wir die haus- und die fachärztliche Grundversorgung garantieren können. Sie haben so schön aufgezeigt, dass wir noch Arztzuwachs „in Teilen“ verzeichnen. Das stimmt. Sie haben aber nicht erwähnt, wo er stattfindet. Ich verzeichne bei den beplanten 14 Arztgruppen ein Negativwachstum, bei den nicht beplanten Arztgruppen ein Wachstum von 17 Prozent, bei den Ermächtigungen von 45 Prozent. Wir müssen uns fragen, ob es sich unsere Gesellschaft leisten kann, dass sich

Es wird nicht mehr in jedem größeren Dorf ein Hausarzt sein. Es wird auch nicht mehr in jeder Kreisstadt einen fachärztlichen Grundversorger geben.

Humangenetiker, Molekularpathologen niederlassen, wie es im Moment der Fall ist. – Lesen Sie das Ärzteblatt! Wir haben die Stellenausschreibungen analysiert. – Brauchen wir diese für die ambulante Versorgung? Hier besteht Dynamik, hier müssen wir anders planen. Nach meiner Auffassung ist Haarausfall nicht zwingend als GKV-Leistung zu betrachten.

Deswegen bietet die heutige Bedarfsplanung mit all ihren Facetten eben kein Instrument. Deswegen brauchen wir dringend eine gesetzliche Änderung. Dann sind wir offen: Ja, wir brauchen Filialpraxen. Es wird nicht mehr in jedem größeren Dorf ein Hausarzt sein. Es wird auch nicht mehr in jeder Kreisstadt einen fachärztlichen Grundversorger geben. Herr John hat die Filialisierung am Beispiel der geriatrischen Versorgung aufgezeigt.

Wir müssen den Mut haben, die Länder und Kommunen einzubeziehen. Wir wollen übrigens die gleiche Struktur, die die Länder fordern, Herr Jacobs. Wir müssen die Länder in eine sektorübergreifende Versorgungsplanung mit verbindlichen Vorgaben einbeziehen. Wenn sie den ambulanten und den stationären Bereich sicherstellen sollen, dauert das 20 Jahre. Die verbindlichen Vorgaben im ambulanten und stationären Bereich müssen befolgt werden. Das halte ich für den richtigen Weg. Wir werden mit den Ländern und Kommunen gemeinsam grundsätzlich überlegen müssen, in welchem Umfang und mit welchen Entitäten im Rahmen der Fili-

alisierung Standorte zu besetzen sind. Das können die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht allein tun; die Kassen müssen mit im Boot sitzen.

Dann müssen wir das Tabu brechen, dass Ärzte angestellt und selbstständig tätig sind. Herr Bahr, für die heutigen Medizinstudenten ist die Angestelltentätigkeit auch in der ambulanten Struktur kein Problem. Sie sind zum Teil wegen der Flexibilisierung der Arbeitszeit dafür. In den vergangenen drei Jahren ist die Anzahl der angestellten Ärzte in der ambulanten Versorgung von 2.200 auf 12.600 gestiegen. Vor 30 Jahren war die Zahl relativ stabil. Wir verzeichnen einen Trend zu Kooperationsstrukturen; dem dürfen wir uns nicht verweigern. In den vergangenen vier Jahren ist ihr Anteil auf 39 Prozent gestiegen. Während der vorherigen Jahrzehnte lag er bei etwa 17 Prozent. Die Dynamik ist also riesig. Ihr müssen wir entsprechen. Wir haben auch kein Problem mit der Arztentlastung. Die Pflege als Substitut ärztlicher Tätigkeit zu betrachten halte ich für problematisch. Es wird zu einem genauso eklatanten Pflegenotstand kommen. Wir werden noch froh sein, wenn die Pflegefachkräfte die Versorgung sicherstellen können. Ich verstehe nicht, warum man glaubt, wir könnten in der Fläche durch Pflegekräfte besser substituieren als durch Hausärzte. Das wird nicht funktionieren.

Wir müssen uns dem Kernproblem widmen: Wie bekommen wir hausärztliche und fachärztliche Grundversorger in die Fläche? Ich meine, dazu ist unser Konzept ein guter Ansatz. Es gibt Konkurrenzkonzepte. Das des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) beruht auf der bestehenden gesetzlichen Grundlage. Ich meine, das wird uns nicht helfen; denn unser Ersatzbedarf ist eklatant.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Herr Baum, Sie müssen über die Vorschläge der KBV eigentlich sehr glücklich sein: Die Ärzte in den Krankenhäusern haben Bedeutung, die Krankenhäuser werden gebraucht, alles ist sektorübergreifend. Sie müssten Beifall klatschen. Oder habe ich Ihr Konzept falsch gelesen?

Georg Baum: Nein, es gibt einen hohen Grad an Übereinstimmung. Lassen Sie mich aber zunächst auf einen krankenhausspezifischen Aspekt der regionalen Versorgungssicherstellung unter den demografischen Veränderungen eingehen. Die, wie Herr Bahr zu Recht sagte, Entvölkerung der Räume hinterlässt die am meisten versorgungsbedürftigen und die am wenigsten gesundheitlich mobilen Menschen in den Regionen. Ich bin Anhänger einer latent überkapazitären Versorgung durch Krankenhäuser. Die Kapazitäten, die wir durch getätigte Investitionen haben, sind ein hohes Gut. Lieber zehn Prozent Überkapazitäten als Warteschlangen und zu lange Wege! Wir brauchen familiennahe Versorgungsstrukturen, diese gilt es zur Not auch durch Sicherstellungszuschläge aufrechtzuerhalten. Kapazitäten zu erhalten könnte die konstruktivere Strategie sein als nach dem Abbau von Krankenhauskapazitäten zu rufen oder dies über G-BA-Mindestmengen herbeizuführen. Wir müssen mit dem hohen Gut einer flächendeckenden Vorhaltung von Krankenhauskapazitäten im Hinblick auf die absehbare Entwicklung sehr sorgfältig umgehen. Der stationäre Versorgungsbedarf steigt weiter.

Nicht jedes Krankenhaus muss in allen Fachbereichen unter den Bedingungen einer vollstationären Infrastruktur arbeiten, weil sich die Medizin weiter „verambulantisert“. So wie die Onkologie aus der stationären zunehmend in die ambulante Versorgung immer weiter überführt wird, werden weitere solcher Entwicklungen stattfinden. Sie könnten beschleunigt werden, wenn die stationsnahen Auffangmöglichkeiten besser wären. Das ist ein wesentlicher Kern unserer Debatte über Paragraf-116b-Leistungen.

Ich bin mit Herrn Dr. Köhler in der Frage einig, dass die spezialisierte fachärztliche Versorgung in Praxen hinsichtlich der Rahmenbedingungen unter den gleichen Bedingungen wie die ambulanten Behandlungen durch die Krankenhäuser erbracht werden sollten. Wer die vom G-BA festgelegten Qualitätsanforderungen erfüllt, sollte zugelassen werden. Wir haben ein Konzept vorgelegt, wonach die spezialärztliche ambulante Versorgung sowohl im Krankenhaus als auch in spezialisierten Praxen über die ambulanten

Operationen, die Paragraf-116b-Leistungen und sonstige hochspezialisierte ambulante Leistungen, zum Beispiel Gendiagnostik, definiert wird. Für dieses ambulante Leistungsspektrum sollte die herkömmliche vertragsärztliche Bedarfsplanung mit rigiden Zulassungssperren nicht mehr gelten. Das Festhalten an der Bedarfsplanung hätte zur Folge, dass in Ballungsgebieten kaum Zulassungen ausgesprochen würden. Die Bedarfsplanung und die damit verbundenen Zulassungssperren verhindern, dass Niederlassungen in unterversorgten Gebieten stattfinden. Würden wir die Bedarfsplanung abschaffen oder deutlich auflockern, würde Überversorgung wegen der Gefahr übermäßiger Konkurrenz durch weitere Niederlassungen durch Abwanderungen abgebaut werden. Solange wir an der rigiden Bedarfsplanung festhalten, bleiben die Vertragsarztsitze in gesperrten Regionen wegen des Konkurrenzschutzes so lukrativ, dass weniger attraktive Regionen benachteiligt bleiben.

Zumindest für das Segment der spezialisierten ambulanten ärztlichen Versorgung könnte das Experiment gewagt werden. Dort brauchen wir keine Bedarfsplanung der herkömmlichen Art. Wir brauchen wohl weiterhin eine Bedarfsanalyse, die sektorübergreifend erfolgen muss, um Informationen für potenzielle Leistungsanbieter vorzuhalten. Darüber hinaus sind Unterversorgungsanalysen notwendig, um gegebenenfalls materielle Anreize für die Bedarfsdeckung zu organisieren. Ich erinnere mich noch an die Zeit, in der es keine Bedarfsplanung wegen Überversorgung gab. Es gab bis Ende der 80er-Jahre nur eine Steuerung zum Abbau von Unterversorgung.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Aber Herr Baum, für all das brauchen Sie Leute. Wie bekommen Sie Ärzte und Pflegekräfte aufs platte Land? Denn es geht um die Herausforderung durch den demografischen Wandel.

Georg Baum: Wir haben ein Gutachten des Deutschen Krankenhaus-Instituts (DKI). Darin ist bestätigt worden, dass in Krankenhäusern aktuell

5.500 Stellen frei sind und dass die Perspektive katastrophal aussieht. Wenn wir nicht wesentlich mehr Ärzte ausbilden können, müssen wir die vorhandenen ärztlichen Leistungskapazitäten besser nutzen. Und natürlich müssen wir im Krankenhausbereich attraktive Beschäftigungs- und Weiterbildungsangebote machen. Dazu gehören auch attraktive Vergütungen. Dies steht sogar im Koalitionsvertrag, gleichwohl werden jetzt den Krankenhäusern Mittel gekürzt.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Aber die DKI-Umfrage hat genau gezeigt, dass nicht das Thema „Vergütung“ entscheidend war, sondern die Arbeitsbedingungen und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Georg Baum: Das gehört mit dazu. Wenn wir alle zwei oder vier Jahre von Kostendämpfungen heimgesucht werden, dann baut sich das Gefühl auf, dass wir beliebig von der allgemeinen wirtschaftlichen und einkommensmäßigen Entwicklung abkoppelbar seien. Das sind Signale in die falsche Richtung.

Der andere Aspekt ist eine Bringschuld der Krankenhäuser. Den jungen Ärztinnen und Ärzten müssen Perspektiven aufgezeigt werden. Beispielsweise ist die Weiterbildung in Verbänden zu organisieren, wo die Weiterbildungsermächtigungen nicht ausreichen beziehungsweise Fächerkombinationen zu belegen sind, die das einzelne Krankenhaus nicht vorhält. Die Möglichkeiten, Familie und Beruf miteinander zu vereinbaren, müssen verbessert werden. Eine große Zahl von Krankenhäusern hat dies längst erkannt, auch dass der Wettbewerb auf dem Personalsektor ausgetragen wird. Das ist längst im System verankert und entwickelt sich von Tag zu Tag und von Klinik zu Klinik. Aber auch dazu brauchen wir Ressourcen. Die Kliniken müssen Geld in die Hand nehmen, um attraktive Rahmenbedingungen in der klinischen Arbeitswelt vorantreiben zu können. Auch hier wieder schaden natürlich Kürzungen der Mittel.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Herr Dr. Reichelt, wir brauchen Ressourcen. Was halten Sie für positiv an dem, was die Deutsche Krankenhausesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in Bezug auf die Bedarfsplanung vorgeschlagen haben? Wo bestehen aus der Sicht einer Krankenkasse wie der AOK Ansätze, die Bedarfsplanung zu verbessern?

Dr. Herbert Reichelt: Positiv ist für mich zunächst einmal, dass wir allesamt uns in zwei Punkten voll und ganz einig sind: erstens darin, dass die Bedarfsplansystematik, so wie sie sich heute darstellt, nicht fortgesetzt werden kann, und zweitens darin, dass wir eine sektorübergreifende Planung brauchen. Ich kann das nur unterstreichen. Sie muss in der Tat – da gebe ich Herrn Köhler völlig recht – inhaltlich ausgesteuert werden, das heißt eben nicht nur nach irgendwelchen Kennziffern, sondern man muss den Bedarf ermitteln. Hier spielen auch medizinische Grundlagen eine große Rolle.

Bevor aber der Eindruck erweckt wird, wir alle hier auf dem Podium seien uns ohnehin einig, muss ich einige andere Akzente setzen. Herr Baum, bei allem Respekt, aber die Planung gänzlich aufzugeben (so habe ich Ihr Konzept für die spezialfachärztliche Versorgung jedenfalls verstanden) – das heißt die Krankenhausärzte sind für all das zugelassen, wozu sie ihre Bereiterklärung melden – ist sicherlich nicht der richtige Weg. Herr Köhler, umgekehrt gilt: Alles, auch die Krankenhausversorgung, die ergänzend herangezogen wird, letztlich in das Regime der Bedarfsplanung durch die KVen einzubeziehen, halte ich ebenfalls nicht für den richtigen Weg.

Ich meine, man muss zwei Dinge sehen. Ich knüpfe an das an, was Herr Jacobs an Fakten eingeführt hat. Wir kommen um einen Fakt nicht herum, nämlich den, dass wir derzeit jedenfalls ein deutlich größeres Überversor-

gungsproblem als ein Unterversorgungsproblem haben. Es sei zugestanden, in der Perspektive wird sich das vielleicht ein wenig verändern, aber sicherlich nicht grundsätzlich. Wenn wir uns nun die Ansätze anschauen, die darauf zielen, die ländliche Versorgung zu verbessern, dann stellen wir fest: Sie sind allesamt durch hohe Kreativität geprägt. Gerade das, was Herr John dargestellt hat, zeigt, dass es sehr positive Ansätze gibt, die letztlich durch eine vertragliche Konstruktion zustande gekommen sind. Ich bedauere es deshalb im Übrigen nach wie vor, dass die Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung, die so etwas mit initiieren konnte, zunächst einmal eingestellt worden ist. Ich weiß, dass unter dieser Flagge auch Dinge

Wenn man Ansätze, die die Versorgung im ländlichen Raum verbessern, konsequent umsetzen will, braucht man dafür Ressourcen.

gelaufen sind, die man vielleicht für nicht so förderungswürdig hält. Aber solche Ansätze, wie sie Herr John vorgestellt hat, halte ich für sehr zielführend.

Nun komme ich zum entscheidenden Punkt. Wenn man Ansätze, die Versorgung im ländlichen Raum zu verbessern, konsequent umsetzen will, braucht man dafür Ressourcen. Man kann das nicht flächendeckend „add-on“ finanzieren.

Man muss vielmehr dafür sorgen, dass sich die Verteilung ändert und dass wir in den Ballungsgebieten Überversorgung abbauen können. Das bedeutet, dass wir durchaus wettbewerbliche Strukturen haben müssen, und zwar sowohl auf der Seite der Über- als auch der Unterversorgung. Ich kann mir vorstellen, dass man in beiden Bereichen beispielsweise durch Direktvertragskonstruktionen sehr viel weiter kommt. In der Überversorgung ist evident, dass man Strukturen aufbauen muss, die den Kostenträgern die Chance einräumen, Kontrahierungszwänge aufzulockern.

In der Tat kann man sagen, in der Unterversorgung finde man natürlicherweise keine wettbewerblichen Strukturen vor. Aber man kann umgekehrt die vernetzten Strukturen ausschreiben und damit anbieten, Krankenhäuser oder Versorgungszentren, die die Versorgung im ländlichen Raum ergänzend sicherstellen, in solche Strukturen einzubauen.

Eine Umverteilung aus den Ballungsgebieten in die ländliche Region wird man zum Teil bewirken können, aber nicht in einem Maße, das das Versorgungsproblem auf Dauer löst. Denn wir haben es nicht allein mit einem spezifischen gesundheitlichen Versorgungsproblem dieser Region zu tun, sondern wir haben es mit dem Problem strukturschwacher Regionen insgesamt zu tun. Die gesundheitliche Versorgung hat sicherlich einen besonderen Stellenwert, und dies ist angesichts der demografischen Entwicklung in den strukturschwachen Regionen nochmals hervorzuheben. Aber das ändert nichts daran, dass wir das Problem nicht lösen, indem wir an die Ärzte appellieren, dort hinzugehen. Herr Köhler, Sie selber haben eine Befragung durchgeführt, wie viele Anreize an pretialer Steuerung gegeben werden müssten. Das ist unfinanzierbar. Ich glaube, es war ein Betrag von 8.000 Euro pro Monat. Es ist nicht vorstellbar, das Problem auf diese Weise zu lösen.

Mit anderen Worten: Wir brauchen intelligente Strukturen, die moderne Techniken nutzen und auf Zusammenarbeit ausgerichtet sind. Das sollten nicht nur sektorenübergreifende, sondern auch professionsübergreifende Modelle sein. Aber noch einmal: Diese Modelle können nicht einfach flächendeckend „add-on“ finanziert werden, sondern wir brauchen – man kann Über- und Unterversorgung nicht trennen – auch eine Regulierung für die Ballungsräume. Das bedeutet ein Modell mit Direktverträgen, das zumindest an diesen beiden Punkten ansetzen kann.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Herr Bahr, das hört sich aus der Sicht der Politik erst einmal sehr schön an. Zumindest die Chiffre „sektorübergreifende Versorgungsplanung“ teilen alle drei Herren. Das macht die Sache für Sie einfach. Wenn auch Sie eine sektorübergreifende Versorgungsplanung wollten, dann frage ich mich, wie die Bundesregierung das wuppen kann, wenn sie im Bundesrat keine Mehrheit mehr hat.

Daniel Bahr: Wir hatten ja vorher die Mehrheit. Da war es nicht leichter. Übrigens, andere haben auch keine Mehrheit. Aber lassen wir das einmal

außen vor. Ich will das Thema nicht parteipolitisch betrachten. Egal welche Partei den Gesundheitsminister stellte, ich kann mich nicht daran erinnern, dass sie es bei diesem Thema irgendwann – selbst wenn sie formal die Mehrheit im Bundesrat hatte – leicht gehabt hätte. Die Länderinteressen sind nun einmal, wie sie sind.

Die Länder haben großes Interesse daran, ihre Zuständigkeit für die Krankenhausplanung zu behalten. Gleichzeitig werden sie ihrer Verpflichtung nicht gerecht. Ich halte das unabhängig von der Frage, ob sie ihrer Finanzierungsverpflichtung bei den Investitionskosten gerecht werden, ohnehin für einen Fehler. Denn ich glaube, dass Krankenhausplanung anderen Gesetzen gehorcht als nur dem Bedarf und dem, was gesundheitsökonomisch, versorgungspolitisch sinnvoll ist. Ich kann eine sehr persönliche Erfahrung beisteuern, wieder als Münsterländer: Als Herr Laumann aus dem Münsterland Gesundheitsminister war, haben sich alle Krankenhausträger im Münsterland gefreut, weil sie dachten, jetzt kommen die Investitionen ins Münsterland. Genau das Gegenteil hat er getan, um sich keinem Vorwurf auszusetzen.

Ich halte das für schwierig, sehe auf der anderen Seite, dass wir zunehmend ein Problem bei der Investitionskostenfinanzierung haben. Ich habe in der Diskussion den Eindruck gewonnen, dass man vielleicht in einem Bereich wie der hochspezialisierten Versorgung einmal darüber nachdenken kann. Herr Dr. Reichelt hat die Frage aufgeworfen, ob es nicht auch die Möglichkeit von Selektivverträgen geben sollte. Vielleicht startet man in kleinen Bereichen und entwickelt einen vernünftigen Ansatz. Ich meine die Vorschläge zu einer leistungsorientierten Investitionskostenpauschale. Möglicherweise kann man dort den ersten Schritt machen, um einen Einstieg zu bekommen, damit man sieht: Das ist nicht des Teufels, sondern das ist sinnvoll, und da tut sich etwas in der Diskussion mit den Ländern.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Aber jetzt sind wir unter uns. Lassen Sie ein bisschen etwas von dem verlauten, was Sie im nächsten Jahr tun

wollen. Ich meine Sie, Daniel Bahr, nicht den Parlamentarischen Staatssekretär Daniel Bahr. Was wünschen Sie sich hinsichtlich der Versorgungsplanung?

Daniel Bahr: Das kann ich nicht mehr trennen, ich habe es verinnerlicht. Sie haben gehört, was ich soeben gesagt habe. Ich glaube, jeder hat zwischen den Zeilen Ansätze für Bereiche gefunden, an die wir denken.

Wir brauchen eine Flexibilisierung der Bedarfsplanung. Die KBV hat einen Vorschlag gemacht, den wir uns sehr genau angucken. Ich sage grundsätzlich nur: Die Bezirke zu verkleinern ist aus meiner Sicht nicht die richtige Lösung. Es muss gerechter zugehen. Wir können uns gut vorstellen, dass man in solchen Bereichen eine sektorübergreifende Bedarfsplanung aufstellt. Vielleicht startet man in einem kleinen Bereich, um Vertrauen zu gewinnen und Erfahrungen zu sammeln.

Ich habe gesagt: Die Honorarreform, die wir im nächsten Jahr angehen, muss einen Beitrag dazu leisten, in der Fläche attraktiver zu werden. Es geht darum, den Menschen Ängste zu nehmen. Ich habe das Beispiel von Regressdrohungen genannt. Dort haben wir schon einen ersten Schritt gemacht. Dabei wird es nicht bleiben. Herr Köhler hat gesagt, dass man sich mit den jungen Medizinerinnen beschäftigen muss fernab der Frage, ob der Partner einen Job bekommt. Ich meine wirklich nur das, was wir steuern können. Komischerweise steht das Thema „Regressdrohung“ immer als erster Punkt auf der Liste der medizinrelevanten Themen, weit vor der Vergütung! Da müssen wir herangehen; das wollen wir uns vornehmen. Es dient dem Ziel, den Menschen in der Fläche Verlässlichkeit und Sicherheit zu vermitteln.

Zur Vergütung: Auch hier haben die Krankenkassen mit den Selektivverträgen durchaus eine Chance. Ich höre den Protest gegen die Regelung, die wir vorsehen – nicht von Ihnen, sondern von anderen; Stichwort Paragraf

73 b. Wir sagen lediglich: Eine höhere Vergütung soll auch gerechtfertigt sein. Es soll klar werden, wofür mehr Geld gegeben wird. Ich kenne bisher keinen Vertrag, der dort ansetzt, wo enormer Bedarf besteht. Ich höre immer, die Hausarztverträge müssten bleiben, weil man sonst Angst haben müsse, keine Hausärzte in der Fläche zu bekommen. In Bayern, Herrn Schösser, erfahren wir gerade – in Anzeigen – Begeisterung für unsere Politik. Was einem alles persönlich vorgeworfen wird! Ich würde gerne Selektivverträge sehen, die genau dort einen Ansatz bieten. Warum gibt es keinen Selektivvertrag, der gerade dort, wo wegen Überalterung der Ärzteschaft Unterversorgung droht, besondere Ansätze wagt? Das wäre doch spannend.

Georg Baum: Den Selektivansatz hatten wir zu Beginn der 116 b-Leistungen: Eine einzelne Krankenkasse konnte mit einem einzelnen Krankenhaus einen Versorgungsvertrag über 116 b-Leistungen schließen. Solche Verträge sind aber nicht zustande gekommen, und zwar nach offizieller Verlautbarung aller Kassenvertreter nachvollziehbarerweise wegen der Gesamtvergütung, die mit befreiender Wirkung für alle ambulanten Leistungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen abgeführt wird. Ungelöst blieb die Herauslösung der Mittel und wurde zur Blockade. Es passt einfach nicht zusammen, die ambulante Versorgung einerseits über Regelleistungsvolumen zu steuern und gleichzeitig selektivvertragliche Regelungen zuzulassen. Ohne diese Vergütungsbarrieren könnte man selektivvertraglichen Optionen im hochspezialisierten ambulanten/stationären Versorgungsbereich mehr abgewinnen.

Aber auch bei den jetzt gültigen Zulassungsregelungen gibt es immer noch Hemmnisse für die Zulassung von 116 b-Leistungen. Ein einzelner Arzt in Leipzig kann unter Verweis auf seine mögliche ökonomische Betroffenheit als Mitanbieter verhindern, dass eine ambulante/stationäre verzahnte onkologische Versorgung ans Netz geht. Wir haben zugegeben im Krankenhaus bei den 116 b-Leistungen keine Bedarfsplanung und keine Zulassungs-

sperrungen. Wer die Qualitätsvoraussetzungen erfüllt, kann als Krankenhaus zugelassen werden, wenn die Länder zustimmen.

Selbst wenn wir die bestehende Bedarfsplanung kleinräumig erweitern und die 116 b-Leistungen mit einbezögen, würde wohl in der überwiegenden Zahl der Städte, in denen es jetzt 116 b-Zulassungen gibt, keine Zulassung mehr möglich sein. Die Wünsche und Präferenzen der Patienten und positive Systemeffekte und Synergien blieben schlichtweg unberücksichtigt. Deshalb muss man Strukturen finden, die über eine lediglich über Anhaltzahlen gesteuerte Versorgung hinausgehen. Wir schlagen vor, das 116 b-Spektrum aus der klassischen Bedarfsplanung herauszunehmen.

Dr. Andreas Köhler: Herr Baum, wir können doch nicht leugnen: Wenn wir keine Versorgungsplanung machen, stellen wir gerade im hochspezialisierten Bereich Überkapazitäten zur Verfügung, und zwar ambulant wie stationär; siehe die Diskussion über PET, Protonentherapie. Wenn wir da nicht eingreifen, bekommen wir nicht ausreichend Finanzmittel, um die übrigen Probleme zu lösen.

Es passt einfach nicht zusammen, die ambulante Versorgung einerseits über Regelleistungsvolumen zu steuern und gleichzeitig selektivvertragliche Regelungen zuzulassen.

Ich habe eine Frage an Herrn Reichelt. Ich habe es nie verstanden, warum Sie glauben, dass Sie das Problem der Unterversorgung mit selektivem Kontrahieren lösen können. Wir haben heute gehört, dass die Zahl der Versicherten in ländlichen Regionen zurückgeht. Wir haben weiter gehört, dass eine Praxis wirtschaftlich tragfähig sein muss; sonst wird es für die Kassen zu teuer. Im Moment gibt es noch 190 Kassen. Wenn eine einzelne Kasse in einer ausgedünnten Region insbesondere in der hausärztlichen Versorgung selektiv kontrahiert, bringt sie keine wirtschaftlich tragfähige Struktur der Praxis zuwege. Sollten wir nicht den Mut haben, darüber zu diskutieren, ob wir gerade vor dem Hintergrund des demografischen Wandels nicht gemeinsam und einheitlich kontrahieren müssen, um im ländli-

chen Raum überhaupt noch Versorgungsstrukturen aufrechterhalten zu können? Ich gebe Ihnen recht, dass wir mit Blick auf die hochspezialisierte Versorgungsstruktur darüber diskutieren müssen. Aber gerade dort entzieht sich mir, warum man glaubt, dass eine einzelne Kasse mit Selektivverträgen die Versorgung besser sicherstellen kann als die Gesamtheit der Kassen, die die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Struktur sichert.

Dass die heutigen Möglichkeiten der Bedarfsplanung nicht hinreichend sind, ist keine grundlegend neue Erkenntnis.

Dr. Herbert Reichelt: Es ist nicht zwingend, mit Selektivverträgen zu arbeiten. Das habe ich auch nicht gesagt, sondern ich habe von Direktverträgen gesprochen. Ich meine in diesem Bereich damit auch nicht zwingend Selektivverträge. Das Problem, dass ich nicht die Chance habe, zwischen verschiedenen Anbietern zu wählen, führt dazu, dass ich auf der wettbewerblichen Seite dieses Instrument nicht nutzen kann. Aber ich kann mir vorstellen, dass man intelligente Modelle,

wie sie hier vorgestellt worden sind, die man sicherlich weiter ausgestalten kann und die wir im Dialog mit allen Beteiligten auch gern entwickeln würden, in Form von Direktverträgen umsetzen kann. Das setzt aber voraus – damit greife ich das auf, was Herr Baum sagte –, dass man Strukturen hat, in denen diese Absicherung von Versorgungsstrukturen aus sonstigen Budgetbereichen herausgerechnet wird. Das ist der springende Punkt: Eine einfache Add-on-Finanzierung solcher Strukturen kann man in Modellversuchen vorsehen und in Ansätzen sicherlich auch über Landesförderung vornehmen. Aber das wird man nicht als Lösung im Sinne einer flächendeckenden Versorgung hinbekommen.

Dr. Andreas Köhler: Ich will etwas provozieren; ich bin heute auf einer Kassenveranstaltung. – Wenn Sie selektives Kontrahieren fordern, befürchten Sie nicht eines: Ein Vertreter des Max-Planck-Instituts hat heute gesagt, dass der demografische Wandel eintreten wird. Das heißt mehr Ältere und chronisch Kranke. Wir werden weniger Ärzte haben. Irgendwann wird sich die Situation umkehren. Vielleicht sagt ein niedergelassener Arzt: Mit

Kasse XY will ich nicht kontrahieren. – Müssen wir nicht auch unter diesem Aspekt über eine Revitalisierung kollektivvertraglicher Strukturen nachdenken? Aus einer Nachfragesituation kann sehr rasch eine Angebotsituation werden. Ich wünsche mir das manchmal regelrecht. Aber als Kassenvertreter würde ich mich das immer fragen. Befürchten Sie das nicht? Das gab es früher schon einmal, und dann kamen die Kollektivverträge.

Dr. Herbert Reichelt: Im Moment kann ich mir das nicht vorstellen, Herr Köhler. Wenn sich so etwas andeuten würde, müsste man selbstverständlich über neue Modelle nachdenken. Im Moment, meine ich, ist das ein guter Ansatz. Ich will nicht so tun, als hätten wir ein ausgereiftes Konzept, das wir vor Ihnen ausbreiten und dann umsetzen. Diese Veranstaltung heißt nicht ohne Grund „AOK im Dialog“. Wir bieten den Dialog an, weil wir der Meinung sind, dass man über solche Ansätze nachdenken und diskutieren muss.

Dass die heutigen Möglichkeiten der Bedarfsplanung nicht hinreichend sind, ist keine grundlegend neue Erkenntnis. Ich erinnere mich an Herrn Sitzmann, den ehemaligen Geschäftsführer des AOK-Landesverbandes Bayern. Vor 20 oder 25 Jahren hat man gerade damit begonnen, über Hausarztmodelle zu diskutieren. Seinerzeit hat er den Spruch geprägt: In München haben wir das Hausarztmodell demnächst verwirklicht; denn es ist eh schon in jedem Haus ein Arzt. Das ist also nicht neu. Wenn die bisherigen Instrumente innerhalb von 20 oder 25 Jahren keine adäquate Antwort geben konnten und sich die geschilderte Entwicklung vollzogen hat, dann, meine ich, muss man über neue Ansätze nachdenken. Diese Veranstaltung soll das mit befördern.

Dr. Andreas Köhler: Wenn Sie das genauso sehen, warum sind die Krankenkassen derzeit der Auffassung, dass sie keine gesetzliche Änderung brauchen, um die Bedarfsplanung zu verbessern? Das ist ein Originalzitat aus der Sitzung des Ausschusses „Bedarfsplanung“, die vorgestern stattgefunden hat.

Dr. Herbert Reichelt: Wenn wir eine verbesserte Bedarfsplanung konstruieren wollen, darf sie sich nicht an bloßen Parametern orientieren, wie wir sie heute zugrunde legen – etwa Arztzahlen im Verhältnis zur Bevölkerungsdichte –, sondern dann muss sie auch andere Ansatzpunkte finden. Ich sage, ohne dass das schon zu Ende gedacht wäre: Ich denke, die Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRGs) im Krankenhausbereich hat einen enormen Fortschritt in der Vergütungssystematik bewirkt.

Dr. Andreas Köhler: Brauchen wir eine gesetzliche Änderung oder nicht?

Dr. Herbert Reichelt: Wenn man an dieser Stelle weiterkommen will, braucht man eine Veränderung der Grundlagen. Man kann sie gesetzlich oder durch Vereinbarung herstellen. Man kann sie gemeinsam verabreden, man kann sie vertraglich absichern. Aber eine dieser Grundlagen müsste sein – das war auch Ihr Ansatz, Herr Köhler; ich erinnere Sie daran –, nicht von platten Angebotskennziffern auszugehen, sondern den echten Bedarf zugrunde zu legen.

Dr. Andreas Köhler: Ja, aber dafür brauchen Sie eine gesetzliche Änderung.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Stopp! Jetzt nimmt der Moderator wieder das Heft in die Hand, sagt herzlichen Dank für das engagierte Zwiegespräch und versucht, dem hoffentlich ebenso engagierten Publikum eine Frage zu entlocken.

Kai Sonntag: Ich vertrete die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. – Wir haben gehört, dass die Bedarfsplanung nicht mehr den systemischen und strukturellen Anforderungen genügt, die man heute an eine solche Planung stellen müsste. Aber sie hat einen sehr großen Vorteil: Sie ist relativ einfach. Ein normaler Arzt hat die Möglichkeit, mit vertretbarem Aufwand zu verstehen, wie das funktioniert, wann Bereiche gesperrt sind und wann nicht und so weiter. Meine Bitte an Sie ist: Wenn Sie über eine neue Bedarfsplanung nachdenken, was offensichtlich der Fall ist, denken

Sie bitte auch daran, dass sie nachher umgesetzt werden muss! Schaffen Sie bitte Strukturen, die so transparent und verständlich sind, dass sie später noch handelbar sind!

Hier spielen demografische Faktoren und der konkrete Behandlungsbedarf eine Rolle. Ich denke an das Steuerrecht: Wenn man etwas perfekt machen möchte, wird die ganze Sache so kompliziert, dass sie nachher niemand mehr versteht. Noch einmal: Denken Sie bitte daran, dass es nachher jemand umsetzen muss!

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Herr Bahr, denken Sie daran? Bleibt es so schön einfach, oder braucht man ein mathematisches Diplom?

Daniel Bahr: Nein, das glaube ich nicht. Ich habe mir überlegt, wie die heutige Bedarfsplanung aussieht: Ist sie einfach, oder beschäftigt sie sich nur mit dem Ergebnis? Ich bin etwas jünger und habe nicht als aktiver Politiker erlebt, wie die Bedarfsplanung entstanden ist. Aber ich erinnere mich, dass sie auf bestehende Strukturen aufgesetzt worden ist. Wenn Sie einen jungen Arzt fragen, wie der Bedarf zustande kommt, den er festgestellt hat, dann, glaube ich, wird er Ihnen das nicht erklären können. Er beschäftigt sich vielmehr mit dem Ergebnis. Insofern haben Sie Recht: Es muss ein Prozess sein, dem objektive Kriterien zugrunde liegen, damit nachvollziehbar ist, warum es in bestimmten Regionen möglicherweise mehr Bedarf als vorher und in anderen weniger Bedarf als vorher gibt. Es muss verständlich sein, nach welchen Kriterien das bestimmt wird. Aber am Ende interessiert den jungen Arzt das Ergebnis: Kann ich mich dort niederlassen oder nicht? Ihm ist es – Pardon! – wurscht, wie der Prozess entstanden ist. Er muss es nicht mathematisch nachverfolgen.

Dr. Andreas Köhler: Es ist durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz heute schon komplizierter geworden. Nur ein paar Termini: hälftiger Vertragsarztsitz, standortübergreifende und KV-übergreifende Berufsausübungs-

gemeinschaft. Die Komplexität hat durch Liberalisierung zugenommen. Wenn Sie das Ganze in der psychotherapeutischen Versorgung betrachten, wird es nicht komplizierter. Das glaube ich einfach nicht.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Ich möchte gern einen qualitativen Aspekt, der mich schon die ganze Zeit beschäftigt, in die Diskussion einbringen. Wir haben sehr viel über bürokratische Strukturen, über Management, über Macht und über Geld geredet. Sind die Ärzte, die Krankenhäuser, ist die Politik und sind die Kassen eigentlich auf das vorbereitet, was demografischer Wandel auch heißt, nämlich darauf, dass immer mehr alte Menschen in die Praxen und Krankenhäuser kommen? Hat die Politik ein gutes gesellschaftliches Leitbild für demografischen Wandel entwickelt, das positiv besetzt ist? Wir alle haben heute erlebt, wie erfrischend es war, André Schröder zu hören. Sind die Kassen an den vielen alten Leuten interessiert, die auf sie zukommen, oder machen wir doch wieder Wettbewerb um den Versicherten Jungundlustig? Dieser qualitative Aspekt ist mir heute zu kurz gekommen. Sind die Ärzte in der Lage, auf die vielen hochbetagten Patienten, die auf uns zukommen werden, angemessen zu reagieren? Was ist an ärztlicher Fortbildung erforderlich, gerade im freiberuflichen Bereich? Herr Köhler, ich darf Sie bitten zu beginnen.

Dr. Andreas Köhler: Wir diskutieren im Moment darüber, und zwar auch in dem Sinne, dass wir nach Lösungsoptionen suchen. Da haben Sie etwas Richtiges angesprochen. Wir müssen eine Qualifikation schaffen. Aber wir müssen auch die Strukturen verändern. Ich sehe allerdings schon, dass wir uns im Kassenbereich mehr den kranken Menschen zuwenden; ich nenne das Stichwort „morbidityorientierter Risikostrukturausgleich“. Da ist Bewegung entstanden. Wir haben noch keine Lösung für alle Probleme.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Wie macht man als Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ärztlichen Kollegen die Beschäftigung mit hochbetagten Menschen attraktiv?

Dr. Andreas Köhler: Ich sage sehr offen: Wir brauchen die Versorgungsplanung. Wir müssen unsere Gräben verlassen. Wenn es gesellschaftlicher Konsens ist, dass wir in ganz Deutschland eine gleichförmige Versorgung haben müssen – man kann ihn aufkündigen; ich erlebe durchaus Diskussionen über die Versteppung ganzer Regionen –, müssen wir Anreizsysteme finden, um die Ärzte in die Fläche zu bekommen. Ich glaube, dazu haben wir ein paar sehr gute Konzepte vorgelegt. Wir haben mit dem Ministerium darüber diskutiert, wie man die Attraktivität des Arztberufs steigern kann. Aus meiner Sicht sind sehr gute Ansätze dazu vorhanden. Ich bin relativ optimistisch, dass wir noch die Kurve kriegen.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Heißt das, Ihre Kollegen beherrschen die ärztliche Kunst schon so, dass sie, nachdem wir sie mithilfe von neuen Versorgungssteuerungsinstrumenten in die Fläche bekommen haben, so fit sind, dass sie alles können, wenn die alten Leute kommen? Ich habe von Herrn John gehört: In Brandenburg und in Sachsen-Anhalt gibt es den Facharzt für Geriatrie, in anderen Bundesländern offenkundig so noch nicht. Vielleicht besteht auch gar kein so großes Interesse daran, sich mit sehr hochbetagten Menschen zu beschäftigen.

Dr. Andreas Köhler: In allen Kammersystemen in der gesamten Bundesrepublik werden im Moment entsprechende Fortbildungsprogramme aufgelegt. Ich denke, es wird uns gelingen, insbesondere die Hausärzte zu qualifizieren. Da bin ich nicht pessimistisch. Sie fragten, ob wir den Facharzt für Geriatrie brauchen; Herr John, so verstehe ich Sie nicht. Es ist immer gefährlich, wenn wir nach neuen Facharztentitäten suchen. Wir brauchen ein breitflächiges Angebot an geriatrischer Versorgung. Das heißt, wir müssen die vorhandenen Strukturen qualifizieren. Es gibt mittlerweile gute Curricula.

Georg Baum: Jeder weiß, die Krankenhausmedizin ist zum großen Teil schon mittendrin im demografischen Prozess. Mehr als 60 Prozent der Kranken-

hauspatienten sind älter als 60 Jahre. Auf Inneren Abteilungen, Neurologischen Abteilungen der Krankenhäuser werden demografische Lasten längst abgearbeitet. Damit komme ich wieder zu meiner These zurück: Diese Versorgung muss, auch wenn es kleine Krankenhäuser sind, flächendeckend vorgehalten werden, weil sie keine langen Wege akzeptiert. Deshalb muss das Krankenhaus gemeinsam mit den niedergelassenen Ärzten die Versorgung organisieren. Das ist der Grund, warum ich davor warne, Betten abzubauen oder Krankenhäuser zu schließen.

Die Alterung der Bevölkerung findet ihren Niederschlag im Versorgungsbedarf. Wenn die Zahl der Hüftoperationen zunimmt, weil mehr Menschen medizinisch gesichert operiert werden können und weil ein Mensch mit 75 oder 80 Jahren nicht akzeptieren muss, noch viele Jahre mit Schmerzen zu leben, würde ich mir wünschen, dass das nicht diffamierend als von den Leistungserbringern induzierte Ausweitung von Leistungen gesehen wird. Wir haben demografisch bedingten Versorgungsbedarf. Davon abgesehen, ist die Zahl der Hüftoperationen zwar um 20 Prozent gestiegen, das Vergütungsvolumen aber nur um zehn Prozent.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Herr Bahr, wie schaffen wir es, dem demografischen Wandel auch etwas abzugewinnen? Staatssekretär André Schröder hat das heute, wie ich finde, gut gemacht, indem er an uns appelliert hat, ihn als Chance zu Veränderungen zu begreifen, ihn also nicht mehr nur als Weltuntergangsszenario zu beschreiben. Haben Sie da ein paar Pfeile im Köcher?

Daniel Bahr: Ich konnte André Schröder leider nicht erleben. Aber auch ich habe in meinem Vortrag gesagt, dass von Kostenexplosionen und von der Dramatik des demografischen Wandels als Belastung für das Gesundheitswesen gesprochen wird. Herr Köhler hat in dem kleinen Wortgefecht mit Herrn Reichelt zum Ausdruck gebracht, dass eine unglaubliche Chance besteht: Das ist ein Jobmotor. Wenn Sie sehen, wie stark und mächtig Herr

Köhler als Ärztevertreter, der den Krankenkassen etwas diktieren kann, sich fühlt, dann zeigt das, dass dieser Wandel Chancen für die Gesundheitswirtschaft als Arbeitsmarkt bietet. Das System ist sehr personalintensiv, es ist wohnortnah, und Sie können es verlagern. Insofern bin ich Anhänger einer positiven Sichtweise. Wir müssen es nur thematisieren.

Ich glaube, dass wir uns bisher keine Vorstellung davon machen konnten, was die demografische Veränderung in 20, 30 Jahren gesellschaftlich bedeutet. Dann sind nicht mehr zwei von zehn Personen mehr als 60 Jahre alt, sondern dann sind es vier Personen, die älter als 60 Jahre alt sind. In manchen Regionen wächst der Bedarf. Ich habe in Schwerin gelebt; dort geht es noch. Wenn Sie in manche Kreise Mecklenburg-Vorpommerns fahren, sehen Sie das auch jetzt schon. Ich glaube, im Moment kann man sich kaum vorstellen, was das für die Altersstruktur bedeutet und welche Versorgungsprobleme damit verbunden sind. Das bietet riesige Chancen, aber wenn man Gegenmaßnahmen aufschiebt, kann man die Chancen nicht nutzen.

Ökonomen sprechen vom nächsten Kondratjew-Zyklus. Er bietet die Möglichkeit, die Lasten durch eine alternde Bevölkerung zu bewältigen. Wie schaffen wir es, genügend Arbeitskräftepotenzial insgesamt zu haben? Wie halten wir die Menschen im Arbeitsprozess möglichst lange fit? Das wird die Herausforderung sein. Wenn wir das – vielleicht besser als andere Länder – schaffen, können wir umso mehr davon profitieren und unseren Wohlstand halten. Über erste Ansätze ist hier diskutiert worden. Aber wir schieben diese Last immer ein bisschen zu weit vor uns her. Man hat den Glauben, es werden schon genug junge Mediziner da sein, das Ganze werde schon irgendwie finanzierbar sein, der Bedarf werde schon abgegolten sein. Ich glaube, es wird noch viel schwerwiegender, als wir es uns vorstellen können.

Ich glaube, dass wir uns bisher keine Vorstellung davon machen konnten, was die demografische Veränderung in 20, 30 Jahren gesellschaftlich bedeutet.

Moderator Hans-Bernhard Henkel-Hoving: Herr Reichelt, Sie haben das Schlusswort. Sind die Kassen hinreichend vorbereitet?

Dr. Herbert Reichelt: Die AOK auf jeden Fall. Wir hatten bei unserer Versichertenstruktur schon immer gute Gelegenheit, uns auf diese Thematik einzustellen. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) hat endlich Voraussetzungen dafür geschaffen, dass man verstärkt in solche Programme investieren kann. Durch die Stabilisierung des Morbi-RSA sorgt man dafür, dass sich solche Programme entwickeln können und dass tatsächlich Ressourcen in diese Bereiche fließen können.

Wir haben mit den Disease-Management-Programmen seinerzeit die Vorreiterrolle übernommen. Wir nehmen die Herausforderungen, die auf der heutigen Tagesordnung stehen, gerne an und wollen an Lösungen mitarbeiten. Ich wiederhole: Den Stein der Weisen hat bisher wahrscheinlich niemand hier im Saal gefunden. Aber wir müssen bereit sein, offen über solche Themen zu reden und vor allen Dingen neue Lösungsansätze zu verfolgen; denn ich meine, die alten Ansätze allein bringen uns nicht weiter. Wir sind dazu gern bereit.

AOK
Die Gesundheitskasse.

IM DIALOG



Die Referenten/Moderation

Daniel Bahr

Parlamentarischer Staatssekretär, Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstraße 108 · 10117 Berlin

Dr. Klaus Jacobs

Geschäftsführer, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin

Dr. Burkhard John

Vorsitzender des Vorstandes, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Dr.-Eisenbart-Ring 2 · 39120 Magdeburg

Dr. Rembrandt Scholz

Max-Planck-Institut für demografische Forschung
Konrad-Zuse-Straße 1 · 18057 Rostock

André Schröder

Staatssekretär, Ministerium für Landesentwicklung und Verkehr
des Landes Sachsen-Anhalt
Turmschanzenstraße 30 · 39114 Magdeburg

Podiumsdiskussion

Georg Baum · Hauptgeschäftsführer, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
Wegelystraße 3 · 10623 Berlin

Dr. Andreas Köhler · Vorstandsvorsitzender, Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2 · 10623 Berlin

Dr. Herbert Reichelt · Vorstandsvorsitzender, AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin

Moderation: Hans-Bernhard Henkel-Hoving

Geschäftsführer, KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin



AOK-Bundesverband
Postfach 110246
10832 Berlin

Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Telefon: 030 34646-2299
Telefax: 030 34646-2322
E-Mail: politik@bv.aok.de
www.aok-bv.de

