

INHALT

- Schätzerkreis: Gesundheitsfonds deckt 2011 die Ausgaben
- AOK-Bundesverband bewertet AMNOG positiv
- Rösler kündigt weitere Reformen an
- Schlichterspruch: Arzthonorare steigen 2011 auf Rekordniveau
- Blickpunkt Hintergrund: Demografie als Chance zur Modernisierung

■ Ambulante Versorgung: Reichelt für Direktverträge in Problemregionen

Der AOK-Bundesverband fordert für die Krankenkassen die Möglichkeit von Direktverträgen, um die ambulante medizinische Versorgung vor Ort sektorenübergreifend zu gewährleisten. „Wir brauchen eine Versorgungsplanung, die sich am Bedarf der Versicherten orientiert und regionale Strukturen berücksichtigt“, sagte der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Herbert Reichelt, auf der Veranstaltung „AOK im Dialog“. Er appellierte an die Bundesregierung, den Krankenkassen zumindest in Regionen mit Über- oder Unterversorgung Direktverträge anstelle des ausschließlichen Kollektivvertragssystems zu ermöglichen. Mehr zum Thema auf den Seiten 7 und 8.

Infos: www.aok-bv.de

■ Kritik an Röslers Plänen zur Ausweitung der Kostenerstattung

Die Pläne von Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler, die Möglichkeiten der **Kostenerstattung** in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auszuweiten, sind bei Krankenkassen, Oppositionsparteien, Teilen der Union, Gewerkschaften und Verbraucherschützern auf starke Kritik gestoßen. „Vorkasse beim Arzt löst kein einziges Problem der GKV. Sie verunsichert Patienten und bringt mehr Verwaltungsaufwand bei allen“, kommentierte Jürgen Graalman, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. „Kostenerstattung bringt nichts“, lautete auch das Urteil des CSU-Gesundheitspolitikers Max Straubinger. Jens Spahn, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Fraktion im Bundestag, mahnte, die Wahl der Kostenerstattung müsse freiwillig bleiben. DGB-Vorstandsmitglied Annelie Buntenbach warnte vor einer Abkehr vom **Sachleistungsprinzip**: „Die Folge wäre, dass die Versicherten noch mehr draufzahlen müssten.“ Der SPD-Gesundheitsexperte Prof. Karl Lauterbach und Ilona Köster-Steinebach vom Verbraucherzentrale Bundesverband sprachen von einer heraufziehenden Drei-Klassen-Medizin. Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, geht davon aus, dass „sich bei flächendeckender Kostenerstattung die Zahl der Arztpraxen um rund 25 Prozent reduzieren“ würde. Dennoch ist er für dieses Modell. Rösler plant, möglichst noch im Rahmen der aktuellen Gesundheitsreform die dreijährige Bindungsfrist an die Wahl der Kostenerstattung abzuschaffen. Die Kassen sollten die Arztrechnungen dann nicht mehr zu 90, sondern zu 100 Prozent bezahlen.

Infos: www.bundesgesundheitsministerium.de

ZUR PERSON I



Dr. Timm Genett ist neuer Geschäftsführer und Leiter der Abteilung Politik des Verbandes der privaten Krankenversicherung. Er ist seit 2005 für den Verband tätig, zuletzt als Leiter des Berliner Büros.



Dr. Clemens Kuhne leitet künftig (spätestens ab Januar 2011) den Politikbereich beim IKK e.V., der Interessenvertretung von Innungskrankenkassen auf Bundesebene. Er folgt Cornelia Wanke nach, die in die Beratungswirtschaft wechselte. Kuhne war zuvor für die KKH-Allianz tätig.

■ Schätzerkreis prognostiziert für 2011: Gesundheitsfonds deckt Ausgaben

2011 werden voraussichtlich alle Ausgaben der Krankenkassen durch Zuweisungen aus dem **Gesundheitsfonds** gedeckt. Der Schätzerkreis erwartet für das nächste Jahr Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Höhe von 181,1 Milliarden Euro. Die Ausgaben der Kassen werden 178,9 Milliarden Euro betragen, sagten die Experten. Der zusätzliche Bundeszuschuss in Höhe von zwei Milliarden Euro könne somit in voller Höhe der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt werden und stehe zur Finanzierung des Sozialausgleichs in den Folgejahren zur Verfügung. Bei seiner neuen Prognose hat das Gremium auch die GKV-Einnahmen und -Ausgaben 2010 betrachtet. Die Fachleute gehen jetzt davon aus, dass im laufenden Jahr dank besserer Konjunktur 173,5 Milliarden Euro in den Gesundheitsfonds fließen. Das ist eine Milliarde Euro mehr, als in der Frühjahrsprognose vorausgesagt worden war. Die Ausgaben der Krankenkassen in diesem Jahr schätzen die Experten auf 172,4 Milliarden Euro. Davon würden 170,3 Milliarden Euro durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gedeckt. Dem Schätzerkreis gehören Fachleute des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesversicherungsamtes sowie des GKV-Spitzenverbandes an.

Infos: www.bundesversicherungsamt.de

■ AOK-Bundesverband begrüßt AMNOG

Als einen „insgesamt richtigen und mutigen Schritt“ hat der AOK-Bundesverband den Entwurf der Bundesregierung für das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) bezeichnet. Das Gelingen der Reform hänge aber vor allem davon ab, „dass die Vorgaben der Rechtsverordnung zur Nutzenbewertung so ausgestaltet werden, dass es zu keiner Verschleppung des Verfahrens und zu keiner Verwässerung der Ergebnisse der Nutzenbewertung kommt“, heißt es in der Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung am 29. September im Gesundheitsausschuss des Bundestags. Vor allem die geplante schnelle Nutzenbewertung und die damit verbundene stärkere Orientierung der Preisbildung am therapeutischen Nutzen bewertet die Gesundheitskasse positiv. Damit werde sichergestellt, „dass sich Forschung und Entwicklung innovativer Medikamente für die Hersteller lohnen, gute neue Therapien für alle bezahlbar bleiben und den Patienten zeitnah zur Verfügung stehen“. Allerdings gefährdeten die geplanten Änderungsanträge das Einsparziel des Gesetzentwurfs. Auf Kritik stößt auch das Vorhaben, eine Mehrkostenregelung bei Medikamenten einzuführen. Danach können Patienten gegen Aufpreis ein anderes als das Rabattarzneimittel ihrer Kasse bekommen. Die Gesundheitskasse hält an **Rabattverträgen** als Beitrag zur Kosteneffizienz fest. Zum 1. Oktober 2010 sind AOK-Arzneimittelrabattverträge für zwölf weitere Wirkstoffe in Kraft getreten. Damit hat die AOK-Gemeinschaft aktuell 155 Wirkstoffe unter Vertrag.

Infos: www.aok-bv.de

ZUR PERSON II



Thomas Isenberg ist neuer gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Fraktion im Abgeordnetenhaus von Berlin. Der Mediziner leitete von 2001 bis 2007 den Fachbereich Gesundheit und Ernährung beim Verbraucherzentrale Bundesverband in Berlin.



Silke Lautenschläger wird ab dem 1. Januar 2011 Vorstandsmitglied der Deutschen Krankenversicherung sein. Die ehemalige hessische Sozial- und Umweltministerin wird das Ressort Leistung und Versorgung übernehmen.



Dr. Jörg Hermann ist neuer Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen. Er folgt Dr. Till Spiro nach. Hermann ist Landesvorsitzender des Hartmannbundes und im Vorstand der Ärztekammer Bremen aktiv.

■ GKV-Finanzierungsgesetz im Bundestag: Rösler kündigt weitere Reformen an

„Der Einnahmereform werden weitere Reformen folgen müssen.“ Dies hat Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler im Bundestag bei der ersten Lesung des Gesetzentwurfs zur Finanzierungsreform der gesetzlichen Krankenversicherung angekündigt. Aus Röslers Sicht ist die für 2011 geplante Reform als erster Schritt zur Stabilisierung des Gesundheitssystems alternativlos. Ohne sie müssten Kliniken und Arztpraxen geschlossen werden, weil die Vorgängerregierung ein Milliardendefizit in der Krankenversicherung hinterlassen habe. Die Reform beinhaltet eine Anhebung des Beitragssatzes zur Krankenversicherung auf 15,5 Prozent. Dies soll 6,3 Milliarden Euro in den Gesundheitsfonds spülen. Außerdem sind Einsparungen bei Leistungserbringern vorgesehen. Die Anhörung im Gesundheitsausschuss ist für den 25. Oktober, die zweite und dritte Lesung im Bundestag für den 12. November geplant.

Infos: www.aok-bv.de

KOMMENTAR

Der Minister hat Recht: Das kann's nicht gewesen sein. So notwendig es ist, die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren, das System darf sich auf Dauer nicht von Kostendämpfungsmaßnahme zu Kostendämpfungsmaßnahme hangeln. Schon gar nicht, wenn – wie in diesem Fall – vor allem die Beitragszahler zur Kasse gebeten werden und Ärzte und Krankenhäuser lediglich geringere Vergütungszuwächse hinzunehmen haben. Im nächsten Jahr müssen Strukturreformen auf den Weg gebracht werden, die den Krankenkassen wirtschaftlicheres Handeln ermöglichen und mehr Freiräume für eine bessere Versorgung schaffen. Zu denken ist da beispielsweise an direkte Verträge mit spezialisierten Leistungserbringern in der ambulanten und stationären Versorgung bei planbaren Behandlungen. Darüber hinaus gilt es zu klären, wo kollektive Vertragsabschlüsse weiterhin sinnvoll und wo sie nicht mehr zielführend sind. (ink)

■ Arzthonorare steigen auf Rekordniveau

Die Vertragsärzte erhalten 2011 ein Rekordhonorar von rund 33 Milliarden Euro, also etwa eine Milliarde Euro mehr als 2010. Das folgt aus einem Schlichterspruch, mit dem der Streit zwischen den Krankenkassen und den Vertragsärzten beigelegt worden ist. Die Entscheidung fiel gegen die Stimmen der Kassen. Der Honorarzuwachs besteht aus drei Komponenten: 500 Millionen Euro gehen an diejenigen **Kassenärztlichen Vereinigungen** (KVen), die 2009 weniger vom Vergütungszuwachs profitierten als andere KVen; außerdem gibt es ein Plus bei der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung sowie für extrabudgetäre Leistungen. Erste Verhandlungen des **GKV-Spitzenverbandes** und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) waren im September ergebnislos abgebrochen worden. Die KBV hatte ein Plus von zwei Milliarden gefordert, die Kassen waren für eine Nullrunde. In den vergangenen Jahren konnten die Vertragsärzte und -psychotherapeuten ihre Honorare immer wieder um Milliardenbeträge steigern. 2007 erhielten sie 27,7 Milliarden Euro. 2008 waren es 29 Milliarden Euro und 2009 – auf dem Höhepunkt der Wirtschaftskrise – sogar 30,8 Milliarden Euro. Der AOK-Bundesverband geht für 2010 von einem Honorarplus von 1,5 Milliarden Euro aus. Die Krankenkassen selbst sollen bei ihren Verwaltungsausgaben mit der aktuellen Gesundheitsreform zu einer Nullrunde verpflichtet werden.

Infos: www.gkv-spitzenverband.de/Home.gkvnet

■ Oppositionsparteien unterstützen DGB-Initiative gegen Kopfpauschale

Die Vorsitzenden der Oppositionsparteien im Bundestag – Sigmar Gabriel (SPD), Claudia Roth (Bündnis 90/Die Grünen) und Gesine Löttsch (Die Linke) – unterstützen das Aktionsbündnis „Köpfe gegen Kopfpauschale“ und haben sich bereits an der dazu gehörenden Unterschriftenaktion beteiligt. Die Initiative des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) wendet sich gegen die Reformpläne von Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler. Das Bündnis beklagt insbesondere „die einseitige und unsoziale Belastung der gesetzlich Versicherten durch das geplante Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge sowie die Einführung von Kopfpauschalen“, hieß es. Der DGB setze sich stattdessen für eine Stärkung der solidarischen Finanzierung ein.

Infos: www.dgb.de

■ Neues nationales Institut für Herz- und Kreislaufforschung entsteht in Berlin

In der Hauptstadt wird das Deutsche Institut für Herz- und Kreislaufforschung eingerichtet. Die Bundesregierung wird dafür ab 2011 jährlich bis zu 30 Millionen Euro zur Verfügung stellen. Die Projektsteuerung hat das Max-Delbrück-Centrum in Berlin-Buch übernommen. Auf dem dortigen Wissenschaftscampus soll das Institut entstehen. Die Regierung plant noch drei weitere nationale Forschungszentren: ein Krebsforschungszentrum in Heidelberg, ein Zentrum für Infektionsforschung in Braunschweig und ein Lungenzentrum in München. Das Bundesforschungsministerium begründet die Einrichtung des Berliner Zentrums mit steigenden Fallzahlen: Fast jeder zweite Todesfall gehe auf eine Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems zurück.

Infos: www.berlin-buch-gesundheitsregion.de/html/top.shtml

■ Geringere Steuereinnahmen durch höhere Beiträge zur Krankenversicherung

Wenn im kommenden Jahr die Krankenversicherungsbeiträge von 14,9 auf 15,5 Prozent steigen, wird dies zu steuerlichen Mindereinnahmen in erheblichem Umfang führen. Das geht aus einer Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Grünen hervor. Die jährlichen Mindereinnahmen werden voraussichtlich bei der Einkommensteuer 590 Millionen Euro und beim Solidaritätszuschlag 30 Millionen Euro betragen. Der Grund für das Minus: Die Arbeitnehmerbeiträge sind als Sonderausgaben abziehbar. Auch bei den Arbeitgeberbeiträgen werde es zu Steuermindereinnahmen kommen, so die Bundesregierung. Diese ließen sich aber noch nicht beziffern.

Infos: www.bundestag.de/presse/hib/2010_09/2010_299/07.html

■ Verkürzte Wartezeit für Wechsel in die PKV: Streit um finanzielle Auswirkungen

Der Verband der **privaten Krankenversicherung** (PKV-Verband) hat Einschätzungen von Krankenkassen widersprochen, die geplante Verkürzung der Wartezeit für einen Wechsel von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in die PKV bedeute Einnahmeausfälle von über 500 Millionen Euro für die GKV. Laut PKV-Verband dürfte es sich allenfalls um 78 Millionen Euro handeln. Die Regierungskoalition, die die Wartezeit von drei Jahren auf ein Jahr reduzieren will, geht im Kabinettsentwurf für das **GKV-Finanzierungsgesetz** von 200 Millionen Euro aus. Die PKV argumentiert, dass sich jeder Wechsel in die PKV für die GKV langfristig sogar auszahle, denn die Wechsler verbrächten bis zum Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze ihre jungen, gesunden Jahre in der GKV und ihre „teure“ Zeit dann in der PKV. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) sieht das ganz anders. „Dass die Wechsler zur PKV überwiegend jung und gesund sind, ergibt sich aus den Vertragsbedingungen der privaten Versicherungsunternehmen. Es handelt sich überwiegend um gesunde Singles – da muss man nicht viel die empirische Forschung bemühen“, so WIdO-Geschäftsführer Dr. Klaus Jacobs.

Infos: www.pkv.de/presse/pressearchiv/2010/

■ Grüne: Bürgerversicherung entlastet System

Die Einführung einer Bürgerversicherung könnte zu einer Reduktion des Beitragssatzes um 1,6 Beitragssatzpunkte führen. Das ist eine der zentralen Aussagen eines Gutachtens, das Bündnis90/Die Grünen vorgelegt hat. Das Gesundheitssystem würde unter anderem dadurch entlastet, dass privat Versicherte einbezogen und Arztrechnungen auch für diese Personen nach Tarifen der gesetzlichen Krankenversicherung beglichen würden. Erstellt hat die Expertise der Bremer Gesundheitsökonom Prof. Heinz Rothgang.

Infos: www.gruene-bundestag.de

■ Beitragsbemessungsgrenze künftig niedriger

Die **Beitragsbemessungsgrenze** für die Kranken- und Pflegeversicherung wird im kommenden Jahr als Spätfolge der Finanzkrise von 3.750 auf 3.712,50 Euro pro Monat sinken. Das sieht der Entwurf des Bundesarbeitsministeriums für die Rechengrößen der Sozialversicherung 2011 vor, den das Kabinett am 13. Oktober beschließen möchte. Die Änderung bedeutet unter anderem, dass künftig Arbeitnehmer bereits bei einem Jahreseinkommen von 49.500 Euro statt wie bisher 49.950 Euro von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung wechseln können. Die Einkommensgrenze für die Renten- und Arbeitslosenversicherung soll im Westen bei 5.500 Euro pro Monat bleiben, im Osten jedoch von 4.650 auf 4.800 Euro monatlich steigen.

Infos: www.bmas.de



Vorschau

Ausgabe 10/2010

Von roten Engeln behütet

Sie gehen mit Dementen spazieren, sitzen beim Essen neben ihnen und lesen Wünsche von ihren Lippen ab. Christoph Fuhr und Michael Meyer haben die Betreuungsassistenten in einem Münchner Pflegeheim begleitet.

Wie lange hält die Reform?

Im vorliegenden Entwurf für eine Gesundheitsreform passt manches schon recht gut zusammen. Jan Carels zeigt auf, was noch zu tun ist.

Wie viel Pflege braucht der Mensch?

Waschen, Anziehen, Essen reichen – darin darf sich Pflege nicht erschöpfen. Experten haben deshalb die Pflegebedürftigkeit neu definiert. Nun wartet der Begriff auf die politische Umsetzung. Jürgen Gohde ruft die zentralen Inhalte ins Gedächtnis.

Veranstaltungstipp:



„Durchblick für Patienten –
Wie viel Transparenz braucht
das Gesundheitswesen?“

Donnerstag, 11.11., 17 bis 19 Uhr
AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31 · Berlin
mehr demnächst unter
www.aok-bv.de

GKV-Finanzentwicklung – Vergleich 1. Halbjahr 2009/2010*

	GKV	AOK	BKK	IKK	EK
Ärztliche Behandlung	5,4	7,4	2,2	7,7	2,8
Behandlung durch Zahnärzte (ohne Zahnersatz)	1,4	2,1	1,4	3,0	0,5
Zahnersatz	3,7	3,6	5,0	4,2	2,8
Arzneimittel	4,8	3,6	5,4	6,7	4,8
– Summe Hilfsmittel	3,1	2,9	4,6	4,0	2,1
– Summe Heilmittel	5,4	2,2	6,6	8,5	6,1
Krankenhausbehandlung	4,2	2,7	6,0	7,1	4,7
Krankengeld	10,0	5,7	11,1	12,5	12,3
Fahrtkosten	4,3	1,3	8,6	9,8	5,4
Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	-3,8	-3,8	-0,5	1,0	-6,6
Soziale Dienste/ Prävention	-22,5	-26,0	-12,1	-5,9	-27,3
Häusliche Krankenpflege	12,2	9,9	15,7	17,0	14,0
Ausgaben für Leistungen insgesamt	4,2	3,3	5,1	7,0	3,8

Die gesetzlichen Krankenkassen verzeichneten im ersten Halbjahr dieses Jahres einen Überschuss von 112 Millionen Euro. Das hat das Bundesgesundheitsministerium bekanntgegeben. Im Vorjahr hatte das Plus zu diesem Zeitpunkt 1,2 Milliarden Euro betragen. Im ersten Halbjahr 2010 standen Einnahmen von 87,37 Milliarden Euro Ausgaben von 87,25 Milliarden Euro gegenüber.

*Veränderungsrate je Versicherten einschließlich Rentner in Prozent
(Quelle: GKV-Statistik BMG KV 45); EK= Ersatzkassen

Infos: www.bundesgesundheitsministerium.de

■ AVR 2010: Einsparpotenzial bei Arzneimitteln von 9,4 Milliarden Euro

Die Deutschen bekommen immer mehr und immer teurere Medikamente verordnet. Außerdem kosten diese erheblich mehr als vergleichbare Arzneimittel im Ausland. Das geht aus dem Arzneiverordnungs-Report (AVR) 2010 hervor. Prof. Ulrich Schwabe, Mitherausgeber des AVR, erklärte bei der Vorstellung des Reports: „Insgesamt ergeben sich Einsparpotenziale von 9,4 Milliarden Euro.“ Laut AVR sind die Arzneimittelausgaben (ohne Impfstoffkosten) im Jahr 2009 um 4,8 Prozent auf 32,4 Milliarden Euro gestiegen (2008: 30,9 Milliarden Euro). Ausgabentreiber Nummer eins sind patentgeschützte Wirkstoffe. Daten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) bilden die Grundlage der AVR-Analysen.

Infos: www.aok-bv.de/presse/medienservice/politik/index_o4623.html

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

■ AOK im Dialog: Demografie als Chance

Die Bevölkerungsentwicklung stellt sie das Gesundheitswesen vor enorme Aufgaben und kann zu einem Modernisierungsmotor werden. Experten diskutierten bei einer AOK-Veranstaltung die Handlungsoptionen.

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. Auch das strikte Festhalten an den Kategorien „ambulant“ und „stationär“ ist 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 einer Veranstaltung aus der Reihe „AOK im Dialog“ am 29. September einig. Diese widmete sich dem Thema „**Demografische Entwicklung** – Herausforderung für die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum“.

» Reicht: Versorgungs- statt Bedarfsplanung nötig

Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Herbert Reichelt, sagte, notwendig sei statt der Bedarfs- eine Versorgungsplanung, die sich am medizinischen Bedarf der Versicherten orientiere und regionale Strukturen berücksichtige. Reichelt forderte dabei für die Krankenkassen die Möglichkeit von **Direktabschlüssen** in Regionen mit Über- oder Unterversorgung, um die ambulante medizinische Versorgung vor Ort sektorenübergreifend zu gewährleisten. 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.“

» Jetzt Weichen stellen, denn der Wandel wird bald spürbar

Wie groß die demografischen Herausforderungen sind, wird wohl erst in den nächsten zehn bis 20 Jahren massiv spürbar. Das jedenfalls meint Dr. Rembrandt Scholz vom Max-Planck-Institut für demografische Forschung in Rostock. Seiner Ansicht nach ist es wichtig, jetzt die Weichen zu stellen. Sicher sei, dass in ganz Deutschland die Bevölkerungszahl langfristig sinke und der Anteil der älteren Menschen zunehme. Berücksichtigen müsse man, dass in einigen Regionen die Bevölkerungszahl erst einmal steigen werde, bevor sie sinke. Das werde beispielsweise in Hamburg der Fall sein.

Davor, angesichts der Entwicklung in allgemeines Jammern zu verfallen, warnte André Schröder, Staatssekretär im Ministerium für Landesentwicklung und Verkehr Sachsen-Anhalt. Derartige Veränderungen böten schließlich immer auch eine Chance zur Modernisierung. Als Beispiel für diese Möglichkeiten nannte Dr. Klaus Jacobs, Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO), die Telemedizin.

» Förderung der Geriatrie und Filialpraxen auf dem Land

Dr. Burkhard John, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA), setzte sich dafür ein, dass weiterhin der Arzt, und insbesondere der Hausarzt die Fäden bei der Behandlung der Patienten in der Hand behält. Als Grund fügte er an, dass im Alter die **Multimorbidität** der Patienten steige. In Sachsen-Anhalt gebe es daher auch bereits Fachärzte für Geriatrie. Die KVSA setze darüber hinaus auf Filialpraxen mit der KVSA als Träger, um eine Unterversorgung in strukturschwachen Regionen zu verhindern.

» Niederlassungsort: Ärzte wollen vor allem Infrastruktur

Doch auch die Möglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen haben Grenzen. Darauf wies Dr. Andreas Köhler hin. Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erläuterte, warum es für Kassenärztliche Vereinigungen schwierig sei, junge Ärzte dazu zu motivieren, sich auf dem Lande niederzulassen. Ausschlaggebend bei der Wahl des Praxissitzes seien gar nicht so sehr die Verdienstmöglichkeiten, vielmehr gäben Ärzte immer wieder in Befragungen an, Hauptgrund für die Niederlassung an einem Ort sei das schulische Angebot für die eigenen Kinder gewesen. Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), konnte berichten, dass es im Klinikbereich heute schon schwierig ist, freiwerdende Arztstellen nach zu besetzen. Er erklärte, die DKG habe vorgeschlagen, für einen wohl definierten Bereich hoch spezialisierter Leistungen die Bedarfsplanung völlig auszusetzen.

» Bahr: Honorarreform im nächsten Jahr

Auch die Politik sieht Handlungsbedarf. So kündigte Daniel Bahr, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, an, 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. Wie weit die Regierung auch eine Änderung der Bedarfsplanung anstrebt, ließ der FDP-Politiker offen. Dass diese selbst ihr ursprüngliches Ziel, die Zahl der Niederlassungen einzudämmen, nicht erreicht hat, belegte Jacobs: In den vergangenen 20 Jahren sei die Zahl der Vertragsärzte um rund 50 Prozent gestiegen, so der WIdO-Geschäftsführer. AOK-Chef Reichelt stellte abschließend fest, aus Sicht der Gesundheitskasse 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 habe die AOK als Versorgerkasse viel Erfahrung. Klar sei: Die Krankenkassen könnten keine Add-ons, also zusätzliche Strukturen, bezahlen, seien aber sehr wohl bereit, gemeinsam mit der Politik und den Ärzten den Herausforderungen zu begegnen.

Infos: www.aok-bv.de/aok/dialog/index.html