

Rede des Bundesgesundheitsministers

Daniel Bahr

zur

Eröffnung des 114. Deutschen Ärztetages 2011

im Kieler Schloss

Vorabveröffentlichung aus dem
Stenografischen Wortbericht

Daniel Bahr, MdB, Bundesminister für Gesundheit: Sehr geehrter Herr Professor Hoppe! Sehr geehrter Herr Dr. Bartmann! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete des Deutschen Bundestages und des Landtages! Sehr geehrter Herr Ehrenpräsident Professor Beske! Sehr geehrter Herr Ministerpräsident und sehr geehrter Herr Oberbürgermeister! Von Ihnen beiden habe ich soeben gelernt, dass man als Politiker bei einer Rede hier in Schleswig-Holstein als Erstes über das Wetter redet. Sie haben den Angereisten gleich eine gute Perspektive gegeben, indem Sie sie herzlich mit Sonnenschein empfangen, aber die Perspektive des Regens gleich mitformuliert haben. Ich komme aus Münster. Dort gibt es den Spruch: Entweder es regnet oder es läuten die Glocken, es sei denn, es ist Sonntag – dann ist beides gleichzeitig.

(Heiterkeit – Beifall)

Insofern, Herr Carstensen und Herr Albig, kann uns auch Regen nicht schrecken. Sie haben richtigerweise gesagt: Wir sind ja zum Arbeiten hier. Was soll uns scheren, wie draußen das Wetter ist, da kommt man nur auf andere Gedanken.

Ich darf gleich zu Beginn – Herr Carstensen hat es auch getan – aus aktuellem Anlass etwas sagen, wo ich mich im Namen der Bundesregierung bedanken möchte. Es ist heute für mich Tag 19 als neuer Bundesminister für Gesundheit. Die ersten 19 Tage haben mir durchaus gezeigt, was die Vielfalt der Gesundheitspolitik so alles zu bieten hat. Ich möchte meinen großen Dank auch im Namen der Bundesregierung für das aussprechen, was Ärztinnen und Ärzte und das Pflegepersonal in diesen Tagen leisten. Sie schaffen es, eine Verunsicherung in der Bevölkerung nach den Nachrichten um EHEC-Erkrankungen durch ihren großen persönlichen Einsatz in den Krankenhäusern und in den Arztpraxen abzubauen und den Menschen damit ein Stück Stabilität, Sicherheit und Verlässlichkeit zu geben.

Dem persönlichen Einsatz der vielen Ärztinnen und Ärzte, des Pflegepersonals, der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern, im Gesundheitswesen ist es zu verdanken, dass wir zwar leider eine angespannte Lage haben, diese aber derzeit bewältigt bekommen. Es zeigt die große Solidarität auch der Kliniken untereinander, dass es dort, wo ein Engpass herrscht, wie es derzeit in Hamburg festzustellen ist, sofort und unmittelbar gelingt, dass Kliniken in der Region, die freie Kapazitäten haben – beispielsweise derzeit in Schleswig-Holstein –, ihre Kapazitäten zur Verfügung stellen, dass man sich unterhakt und untereinander hilft, damit wir die Situation bezüglich der EHEC-Erkrankungen bewältigt bekommen. Deswegen möchte ich Ihnen, meine Damen und Herren, stellvertretend für die vielen Ärztinnen und Ärzte und das Pflegepersonal, das derzeit mit dieser Situation kämpfen muss, ganz besonders danken. Das zeigt einmal mehr, wie stark die Leistungen des Gesundheitswesens von den Voraussetzungen abhängig ist, die die Politik schafft, aber vor allem von dem Einsatz, den die Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, tagtäglich erbringen. Ohne diesen persönlichen Einsatz der Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, wäre die gesundheitliche Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in Deutschland nicht auf dem Niveau, auf das wir mit Fug und Recht stolz sein können. Vielen Dank dafür.

(Beifall)

Als wir vor knapp 20 Monaten die Regierungsverantwortung übernommen haben und ich als Liberaler als Staatssekretär im Gesundheitsministerium Mitverantwortung übernehmen durfte, haben wir uns vorgenommen, das Gesundheitswesen danach auszurichten, wie es den Patienten, den Menschen dient, und nicht zu glauben, dass der Staat alles besser regeln könne und alles zentral vorgeben könne, sondern dass gerade das Gesundheitswesen, das regional ja sehr unterschiedlich ist, die Freiheitsgrade für diejenigen braucht, die vor Ort im Gesundheitswesen arbeiten.

Wir haben leider ein baufälliges Haus übernommen, denn wir haben das größte Defizit in der gesetzlichen Krankenversicherung im Herbst 2009 für die Jahre 2010 und 2011 feststellen müssen, ein Milliardendefizit, wie wir es in der gesetzlichen Krankenversicherung so noch nicht kannten. Dazu bedarf es leider auch sehr kurzfristiger Entscheidungen; denn wir alle können uns vorstellen, da wir in den letzten Tagen erlebt haben, wie eine – relativ gesehen – kleine Krankenkasse geschlossen werden musste und was dies für die Versicherten bedeutet, was es bedeutet hätte, wenn ein solch großes Milliardendefizit dazu geführt hätte, dass zahlreiche Krankenkassen in die Insolvenz getrieben worden wären. Das hätte das Vertrauen der Menschen in die Stabilität und die Finanzierung des Gesundheitswesens zu Recht erschüttert. Das hätte zu Recht für die im Gesundheitswesen Tätigen zu großer Verunsicherung beigetragen.

Deswegen war es nötig, dass diese Bundesregierung kurzfristig gehandelt hat, die Finanzierung des Gesundheitswesens durch kurzfristige Maßnahmen stabilisiert hat. Den größten Batzen des drohenden Milliardendefizits leisten die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler, indem wir das Beitragssatzniveau auf das Niveau der Zeit vor der Wirtschaftskrise angehoben haben. Es wurde damals im Zuge der Wirtschafts- und Finanzkrise kurzfristig und schuldenfinanziert gesenkt. Wir mussten es wieder auf das alte Niveau anheben, sodass das hohe Defizit in erster Linie von den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern getragen würde.

Aber auch Sie als niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, auch die Krankenhäuser und andere mehr haben ihren Beitrag geleistet, und zwar durch begrenzte Zuwächse, dass wir gemeinsam dieses Milliardendefizit kurzfristig bewältigt haben. Auch dafür gilt Ihnen – das sage ich stellvertretend für die Bundesregierung – mein Dank, dass wir das in einer gemeinsamen Kraftanstrengung geschafft haben. Wir alle wissen, was es bedeutet hätte, wenn wir kurzfristig dieses Finanzierungsdefizit nicht bewältigt hätten.

Aber wir haben es dabei nicht belassen. Mein Vorgänger, der ja auf dem vorjährigen Deutschen Ärztetag zu Ihnen gesprochen hat, sagte immer so schön: Wir müssen herauskommen aus der kurzfristigen Kostendämpfungsspirale. Wir müssen aus der Situation herauskommen, dass wir jedes Jahr immer nur schauen: Wie viel Geld brauchen wir denn im nächsten Jahr für das Gesundheitswesen? Welche Maßnahmen muss man kurzfristig ergreifen? Wenn das Geld nicht ausreicht, muss man wieder kurzfristig einsparen.

Wir brauchen vielmehr ein Finanzierungssystem, das Stabilität und Nachhaltigkeit bewirkt, damit man nicht jedes Jahr – erst recht nicht als Politik - nachsteuern muss.

Das hat diese Koalition nun auf den Weg gebracht, durchaus auch in einem politischen Streit, der aber auch produktiv sein kann, indem wir mit dem GKV-Finanzierungsgesetz für eine neue Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversi-

cherung gesorgt haben. Wir stärken die Solidarität, indem alle in der Gesellschaft – Privatpersonen wie Unternehmen – nach ihrer Leistungsfähigkeit über das Steuer- und Transfersystem daran beteiligt werden. Diejenigen, die einkommensschwach sind und sich dies nicht leisten können, bekommen auch weiterhin die Unterstützung der Gesellschaft. Wir haben aber auch dafür gesorgt, dass die Krankenkassen wieder ihre Beitragsautonomie erhalten, damit die Krankenkassen selbst entscheiden können, wie hoch ihre Beiträge sind, um genügend Geld für die Versorgung ihrer Versicherten zu haben.

Bei einem Punkt möchte ich mit Fug und Recht behaupten, dass uns ein Paradigmenwechsel gelungen ist. Ich erinnere mich an viele Diskussionen, die ich mit Ihnen und bei anderen gesundheitspolitischen Veranstaltungen geführt habe. Dabei ging es um den Unmut der Ärztinnen und Ärzte gerade im niedergelassenen Bereich, die sich immer wieder ärgerten, dass neben dem großen Kostenblock – das ist naturgemäß der Kostenblock der Krankenhausaufgaben – der zweithöchste Kostenblock im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, die Arzneimittelausgaben, höher war als der Kostenblock für die Ausgaben für die ambulante Versorgung. Das hat sich, wenn ich mich recht erinnere, erstmals umgedreht in der Zeit von Horst Seehofer. Seitdem haben wir in Deutschland mehr Geld für die ambulante Versorgung als für die Arzneimittel ausgegeben. Ich kann heute mit Fug und Recht zu Ihnen kommen und behaupten, dass es uns gelungen ist, auch durch die Maßnahmen dieser Bundesregierung im Bereich des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes, durch die Maßnahmen im Bereich der Arzneimittelmarktpolitik, dieses umzudrehen, sodass wir heute feststellen, dass wir ein größeres Stück des Kuchens der gesetzlichen Krankenversicherung für die ambulante Versorgung ausgeben als für die Arzneimittel.

Ich glaube, das ist ein Erfolg und zeigt, dass die Prioritäten für die Versorgung der Menschen durch diese Regierung richtig gesetzt werden.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, es gibt aber auch einen anderen Paradigmenwechsel. Wir wollen, dass hochwertige Arzneimittel, dass hochwertige Medizin und Innovationen schnell für die Versorgung aller Menschen in Deutschland zur Verfügung stehen. Unser Anspruch muss aber auch sein, bei den Innovationen darauf zu achten: Welche Innovation bringt uns wirklich weiter? Welche Innovation bringt uns vielleicht nur einen kleinen Schritt weiter? Einen höheren Preis rechtfertigt eine Innovation immer dann, wenn sie darstellt, was sie an Verbesserungen mit sich bringt. Nicht der verschreibende Arzt darf für den Preis eines Arzneimittels verantwortlich gemacht werden; die Preisfindung für ein Arzneimittel gehört nicht in die Hand des verschreibenden Arztes, sondern in die Hand der Krankenkassen und der Arzneimittelindustrie. Genau dafür haben wir gesorgt. Wir haben das Preismonopol der Arzneimittelindustrie gebrochen. Wir haben einen Beitrag zu fairen Verhandlungen geleistet, dass die Krankenkassen mit der Arzneimittelindustrie über den Preis verhandeln. Der verschreibende Arzt kann sich darauf verlassen, dass die Preisfindung nicht mehr ihn belasten wird, sondern in die Hände von Krankenkassen und Arzneimittelindustrie gehört.

(Vereinzelt Beifall)

Insofern sind wir auf einem guten Weg, die Prioritäten neu zu setzen. Für mich als neuen Gesundheitsminister wird es keine Inhalteverschiebung gegenüber meinem

Vorgänger geben. Natürlich setzt jeder seine eigenen Akzente; das ist naturgemäß so. Trotzdem können Sie sich auf eine Kontinuität verlassen, auf die Kontinuität der Dialogbereitschaft, auf die Kontinuität, das Beste für eine gesundheitliche Versorgung im Interesse der Patienten zu tun.

Mein Vorgänger ist nun Wirtschaftsminister. Ich habe ihm bei der Amtsübergabe etwas mit auf den Weg gegeben – so gehört es sich –, nämlich dass man als Wirtschaftsminister bei den gelegentlichen Diskussionen zwischen den Ressorts nicht vergessen darf, dass es das Gesundheitswesen ist, das in Deutschland der größte Arbeitgeber ist. Es gibt im Gesundheitswesen 4,3 Millionen direkt Beschäftigte. Keine andere Branche in Deutschland hat mehr Arbeitsplätze zu bieten. Das war gerade in den vergangenen Jahren und Monaten der Wirtschaftskrise ein Stabilitätsanker, weil diese Arbeitsplätze stabil und sicher sind. Sie geben immer mehr Menschen in Deutschland die Möglichkeit, dort ihr Geld zu verdienen und ihre Familien zu ernähren und mit viel Freude in diesem Bereich zu arbeiten. Wir sollten bei aller Ausrichtung in der Wirtschaftspolitik und bei allen Diskussionen über Kosten im Gesundheitswesen gelegentlich auch daran denken, dass es das Gesundheitswesen ist, das ein Jobmotor ist und vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts eine Perspektive eröffnet, dass in Deutschland weitere Arbeitsplätze entstehen können.

Gesundheit ist aber nicht nur unter wirtschaftspolitischen Aspekten zu betrachten, sondern Gesundheitspolitik ist natürlich unter ethischen und sozialen Aspekten zu betrachten. Gesundheit ist ein Menschenrecht. Es gilt nicht nur, dieses Recht für uns zu sichern, sondern auch für die nachfolgenden Generationen. Jeder, der mich kennt und vergangene Veranstaltungen mit mir besucht hat, weiß, dass mir die Gesundheitspolitik seit Jahren ganz besonders am Herzen liegt und ich sie seit Jahren aus verschiedenen Positionen heraus begleite. Umso mehr habe ich mich gefreut, dass mir die Möglichkeit gegeben wurde, nun als Gesundheitsminister gemeinsam mit Ihnen den von Philipp Rösler eingeschlagenen Weg fortsetzen zu können, dass wir uns gemeinsam an die große Aufgabe begeben, für eine qualitativ hochwertige Versorgung in unserem Land zu sorgen und diese zukunftsfest zu machen.

Ärzte haben einen hohen ethischen Anspruch – über den Hippokratischen Eid wurde gerade gesprochen –, nämlich Menschen zu helfen. Für Sie steht der Mensch im Mittelpunkt Ihres Tuns. Meine Aufgabe wird es daher sein, Ihnen die richtigen Rahmenbedingungen zu schaffen, die es den im Gesundheitswesen Tätigen ermöglichen, ihre ethischen Ansprüche umzusetzen.

Ich will als Gesundheitsminister nicht in alle Details hineinregieren. Wir brauchen weniger Zentralismus und weniger den Glauben, die Politik oder der Staat könnten alles im Detail regeln. Wir brauchen vielmehr einen gesetzlichen, einen politischen Rahmen, der natürlich Prioritäten setzt und eine gewisse Vorgabe enthält. Wir brauchen dazu eine Kultur des Vertrauens,

(Beifall)

die denjenigen im Gesundheitswesen die Anerkennung für das gibt, was sie tun, und die Freiheit lässt. Diejenigen, die ihre Perspektive in diesem Beruf sehen, ergreifen ihn nicht, um sich nachher mit Verwaltung und Regeln zu beschäftigen, sondern sie wollen in der Regel mit großer Begeisterung konkret etwas für die Verbesserung der

Situation der Menschen tun. Das dürfen wir bei aller gesundheitspolitischen Diskussion nicht vergessen.

(Beifall)

Deswegen hat es mich ganz besonders gefreut, als ich vor 19 Tagen den Anruf eines meiner besten Freunde erhalten habe, Emanuel aus Münster, der vor anderthalb Jahren Deutschland verlassen hat und nach Australien ging, um dort zu arbeiten. Er hat mir vor 19 Tagen zum Amt des Gesundheitsministers gratuliert. Er sagte mir, nun habe er ja einen guten Grund, im Sommer wieder nach Deutschland zurückzukommen. Leider fügte er den Absatz an, er müsse ja darauf aufpassen, dass ich das Richtige tue.

Der Grund, warum ich Ihnen dies sage, ist ein anderer; Herr Bartmann hat es in Teilen genauso angesprochen. Als mein Freund nämlich vor anderthalb Jahren anrief, nachdem er gerade in Australien im Gesundheitswesen angefangen hatte, und ich ihn fragte, wie es denn dort so sei, erzählte er mir: Das Gesundheitswesen ist deutlich schlechter als das, was wir in Deutschland gewohnt sind: freie Arztwahl, freie Krankenhauswahl, Therapiefreiheit, die geringste Eigenbeteiligung, Wartezeiten, die bei notwendigen Behandlungen so gut wie nicht vorhanden sind. Ein so leistungsfähiges Gesundheitswesen mit einem so breiten Leistungskatalog für die gesamte Bevölkerung, wie wir es in Deutschland haben, kennt Australien nicht. Es ist ein aus der Perspektive der Patienten gesehen deutlich schlechteres Gesundheitswesen.

Er sagte weiter: Aber als für mich in diesem Gesundheitswesen im Krankenhaus Tätiger sind die Arbeitsbedingungen deutlich besser als das, was ich in Deutschland erlebt habe.

Weil wir wissen, dass wir ein so leistungsfähiges Gesundheitswesen haben, weil wir sehen, dass es zwar immer noch die gleiche Anzahl von Medizinstudierenden gibt, aber leider immer weniger, die zwar das Medizinstudium mit großer Freude und Begeisterung aufnehmen, sich hinterher aber dagegen entscheiden, als Arzt tätig zu werden, ist es notwendig, dem drohenden Ärztemangel zu begegnen und die Arbeitsbedingungen und die Attraktivität der Gesundheitsberufe wieder zu stärken.

(Beifall)

Die Diskussion, die derzeit geführt wird, nämlich ob wir zu viele oder zu wenige Ärzte haben, ist meiner Ansicht nach eine Phantomdiskussion. Wir wissen seit Jahren und nicht erst seit dem Gutachten des Sachverständigenrats, dass wir in Deutschland Überversorgung, Unterversorgung und Fehlversorgung festzustellen haben. Ich mache mir auch keine Sorgen um die medizinische Versorgung in Hamburg, München oder Berlin. Aber wir machen uns zunehmend Sorgen um die Versorgung an der niederländischen Grenze, in der Uckermark, in der Oberpfalz oder hier an der Schlei. Wir stellen fest, dass Krankenhäuser immer mehr Probleme haben, auf offene Stellen genügend Bewerber zu finden oder diese offenen Stellen sogar zu besetzen. Wir stellen fest, dass immer mehr Haus- und Fachärzte Probleme haben, in der Fläche Nachfolger für ihre Arztpraxis zu finden.

Deswegen teile ich nicht die Einschätzung, die ich in den Debatten immer wieder vonseiten der Opposition gehört habe, Deutschland kenne keinen Ärztemangel.

Wortwörtlich wurde gesagt: Wir haben genügend Ärzte, wir müssen sie nur noch besser aufs Land verteilen.

Nein, meine Damen und Herren, mit Zwang und Planung werden wir diesem drohenden Ärztemangel in der Fläche in den nächsten Jahren und Jahrzehnten nicht begegnen können, sondern nur dann, wenn wir die richtigen Anreize setzen, dass junge Menschen die Begeisterung haben, als Arzt auch in die Fläche zu gehen.

(Beifall)

Deswegen komme ich heute zu Ihnen mit etwas im Gepäck. Die Koalitionsfraktionen haben gestern mit dem Bundesministerium für Gesundheit den Arbeitsentwurf zu einem Versorgungsstrukturgesetz vereinbart. Damit sind wir einen guten Schritt weitergekommen, die Versorgungsstrukturen aus der Sicht der Patientinnen und Patienten in Deutschland deutlich zu verbessern und damit auch weiterhin eine hochwertige medizinische Versorgung in unserem Land zu gewährleisten. Dazu brauchen wir motivierte und engagierte Ärzte. Deswegen ist es wichtig, sich einmal anzuschauen, warum sich junge Mediziner nicht in der Fläche niederlassen. Die Umfragen zeigen, dass es sich in erster Linie um Dinge handelt, bei denen ich als Gesundheitsminister nur in einigen wenigen Fällen gegensteuern kann.

Die erste Frage der jungen Mediziner lautet: Hat mein Ehepartner/meine Ehepartnerin dort auch einen Job? Die zweite Frage lautet: Wie sieht es mit der Kinderbetreuung auf dem Lande aus? Die dritte Frage ist: Wie sieht es mit dem kulturellen Angebot aus? Erst dann kommen die Punkte leistungsgerechte Vergütung und Bürokratielast. Diese beiden Punkte gehen wir auch mit dem Versorgungsstrukturgesetz an. Bezüglich der anderen drei Punkte sind wir im Gespräch mit den Ländern und den Kommunen, was man tun kann, um jungen Mediziner in der Fläche mehr Perspektiven zu eröffnen.

Eines weiß ich aus vielen Gesprächen mit jungen angehenden Mediziner: dass sie eines ganz besonders zu schätzen wissen, wofür wir uns weiter einsetzen wollen, weshalb ich hier auch klar sage, dass der Satz, der einmal auf einem Ärztetag gefallen ist, nämlich es müsse Schluss sein mit der Ideologie der Freiberuflichkeit, ein Satz ist, dem ich nur entgegenen kann, dass es gerade der freie Beruf des Arztes ist, der aus meiner Sicht erhalten bleiben muss. Er ist meiner Meinung nach der Garant einer guten Versorgung. Er gibt gerade den jungen Mediziner die Perspektive, warum sie als Arzt tätig sein sollen, eben weil der Arztberuf ein freier Beruf ist.

(Beifall)

Deshalb wollen wir den freien Beruf stärken. Wir wollen die hohen Güter, die wir in Deutschland haben, um die uns andere Länder beneiden – freie Arztwahl, freie Krankenhauswahl, Therapiefreiheit, freie Krankenversicherung –, festhalten. Mit dem Versorgungsgesetz werden wir die Freiberuflichkeit, die Attraktivität der Gesundheitsberufe weiter steigern. Wir wollen den Vorrang der Freiberuflichkeit auch in den Strukturen stärken, beispielsweise bei den Medizinischen Versorgungszentren.

Unser Ziel ist es nicht, dass künftig die Versorgung nur noch in großen Zentren mit angestellten Ärzten erfolgt, sondern wir wissen, dass die freie Arztwahl etwas ist, was die Patientinnen und Patienten sehr hoch zu schätzen wissen. Es gibt eine Statistik, über die ich gern schmunzle, nämlich dass sich die Deutschen offensichtlich

länger an ihren Haus- oder Facharzt binden, als eine durchschnittliche Ehe in Deutschland dauert. Das sagt sehr viel über das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt aus. Wir sollten uns dafür einsetzen, dass dies so erhalten bleibt.

Der Abbau von Bürokratie und eine leistungsgerechte Vergütung gehören dazu. Wir werden im Rahmen des Versorgungsgesetzes deshalb auch eine gezielte Nachwuchsgewinnung und die Förderung von Medizinstudierenden angehen. Wir werden die Anreize bei der Niederlassung von Ärzten in unterversorgten Gebieten verstärken und die Vereinbarkeit von Familie und medizinischen Berufen fördern.

Die Bedarfsplanung soll neu geregelt werden. Es geht uns dabei nicht darum, die Planung, die offensichtlich in einigen Regionen ihrem Ziel nicht gerecht wird, noch detaillierter und noch reglementierter vorzusehen. Unsere Erfahrung ist nicht, dass wir durch mehr Planung oder durch mehr Zwang Leute in die Fläche bekommen, sondern wir brauchen eine Bedarfsplanung, die Flexibilität und Freiheitsgrade gewährt. Es soll vor Ort entschieden werden, wie die Bedarfsplanung aussieht. Wir können das nicht zentral vorgeben. Wir können nicht in Berlin entscheiden, in welcher Region die gesundheitliche Versorgung wie aussehen soll. Wir wollen diese Entscheidung bewusst in die Region verlagern, damit vor Ort, wo die Situation besser eingeschätzt werden kann, die richtigen Entscheidungen getroffen werden können.

Deswegen gehört für uns auch dazu, den jungen Menschen, die sich dafür entscheiden, Arzt in der Fläche zu sein, sich als Arzt niederzulassen, die Verlässlichkeit, die Perspektive und die Stabilität zu geben. Als ich im vergangenen Sommer einen ganzen Tag mit Medizinstudierenden an meiner Universität Münster zusammen war und mit ihnen gesprochen habe, haben sie mir gesagt, dass sie sich vor allem deswegen davon abhalten lassen, als Mediziner in die Fläche zu gehen, weil sie Sorge haben, dass sie dann immer mehr Patienten zu behandeln haben und dabei noch nicht einmal die finanzielle Anerkennung bekommen, weil sie wie im Hamsterrad bei immer mehr Patienten für den einzelnen Fall eigentlich immer weniger bekommen.

(Beifall)

Deswegen sorgen wir im Versorgungsgesetz dafür, dass in der Fläche, in unterversorgten Gebieten und in Gebieten, denen die Unterversorgung droht, die finanzielle Abstufung, die es bisher gibt, aufgehoben wird, sodass die Ärztinnen und Ärzte, die sich in der Fläche niederlassen, die Perspektive haben, dass sie, wenn sie mehr Arbeit leisten, dafür auch die finanzielle Anerkennung bekommen. Das ist die finanzielle Stabilität und Verlässlichkeit, die junge Menschen brauchen.

(Beifall)

Es gibt zwei Trends, die uns in den nächsten Jahren ganz besonders beschäftigen werden. Das ist zum einen die demografische Entwicklung, dass wir immer mehr ältere Menschen haben werden und immer weniger jüngere, die ihnen gegenüberstehen. Es sind nun einmal die Älteren, die mehr Leistungen im Gesundheitswesen nachfragen, die auf ein leistungsfähiges Gesundheitswesen angewiesen sind. Hinzu kommt der medizinisch-technische Fortschritt, der in der Regel – anders als in anderen Bereichen – kostensteigernd wirkt. Deswegen ist es unser Ehrgeiz und unser Ziel, die Versorgungsstrukturen so zu verbessern und die Finanzierung des Gesundheitswesens so nachhaltig zu gestalten, dass Debatten über Rationierung und auch

Priorisierung unnötig werden. Meine Damen und Herren, es muss unser Ziel sein, dass wir für die nötige Finanzierung sorgen, für die nötigen Versorgungsstrukturen, damit genügend Menschen eine Perspektive für sich sehen, im Gesundheitswesen zu arbeiten, damit sich aber auch die Patienten darauf verlassen können, dass sie das Notwendige an Behandlung bekommen. Dafür will ich mich als Gesundheitsminister mit großem Tatendrang und Ehrgeiz einsetzen.

Zu einem gerechten Gesundheitssystem, meine Damen und Herren, gehört aber auch, dass wir ein Umfeld schaffen, das Leistungen, die wir von Ihnen erwarten, auch zulässt. Dabei gehört zum Beispiel die Möglichkeit, den Arztberuf mit einer Familiengründung zu vereinbaren. Wenn ich hier in die Reihen schaue – ich will Ihnen nicht zu nahe treten; es handelt sich ja um das Parlament der Ärzteschaft, großer Respekt – und die Situation beispielsweise mit meiner Universität in Münster vergleiche, stelle ich fest, dass die Geschlechterverteilung dort anders ist als hier.

(Beifall)

In Münster sind 70 Prozent der Medizinstudierenden weiblich. Ich glaube, dort ändert sich etwas. Als ich letztens bei einer Veranstaltung sagte „Die Medizin wird weiblicher“, kam der Zwischenruf „Macho!“

(Zuruf)

– Das ist nur eine Analyse, gnädige Frau. Das hat übrigens nichts mit Frauen oder Männern zu tun. Glauben Sie mir als einem jungen Mann: Wenn ich in meinen Freundeskreis schaue, stelle ich fest, dass uns junge Männer das Thema der Vereinbarkeit von Familie und Beruf genauso betrifft.

(Beifall)

Die jungen Männer wie die jungen Frauen beschäftigt das Thema mehr als in den vergangenen Jahrzehnten. Es geht um familiengerechte Arbeitszeiten, um ein familiengerechtes Umfeld. Wir schauen immer mehr danach: Ist der Arbeitsplatz einer, mit dem ich es schaffe, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf herzustellen?

Wir müssen gemeinsam kritisch feststellen – ich glaube, wir sollten da nicht gegeneinander diskutieren, sondern gemeinsam an einer Lösung arbeiten –, dass die Strukturen des Gesundheitswesens für den niedergelassenen Arzt wie auch im Krankenhausbereich auf einem alten Familienbild fußen.

(Beifall)

Früher war der Arzt in der Regel männlich. Er hat sich in einer 60- oder 70-Stunden-Woche um die ärztliche Versorgung gekümmert, während sich die Frau um die Familie gekümmert hat. Man kann beklagen, dass das heute auch noch so ist. Ich beklage das im Übrigen nicht. Ich stelle nur fest: Wer glaubt, dass das wieder so käme oder dass es möglich wäre, dass wir künftig Mediziner haben, die bereit sind, so zu arbeiten, wie es in den vergangenen Jahrzehnten der Fall war, während sich jemand anderes – ohne einen Beruf – voll um die Familie kümmert, verkennt den Wandel, der mittlerweile voll im Gange ist.

(Beifall)

Wir müssen im niedergelassenen Bereich – ich denke an die Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen –, aber auch im stationären Bereich – ich denke an die Strukturen der Krankenhäuser – diesen gesellschaftlichen Wandel sehen und darauf hinarbeiten, dass wir die richtigen Antworten darauf finden. Es wird den Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander und übrigens auch den Wettbewerb der Regionen untereinander um niedergelassene Ärzte viel mehr entscheiden als vieles von dem, was wir in Berlin in der Gesundheitspolitik entscheiden, ob Sie in einem Krankenhaus vor Ort einen familiengerechteren Arbeitsplatz anbieten als ein anderes Krankenhaus. Das wird im Wettbewerb entscheidender sein, ob sie für den Nachwuchs attraktiv sind. Umso mehr müssen wir gemeinsam daran arbeiten. Hier bin ich meiner Parlamentarischen Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz, die hier anwesend ist, sehr dankbar; denn sie leitet die Arbeitsgruppe, die sich dieses Themas der Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf annimmt. Wir wissen, dass die Strukturen der Gesundheitsberufe noch auf alten Bildern fußen. Wir müssen daran arbeiten, diese zu überwinden und familiengerechte Arbeitsmodelle zu finden. Wir müssen im niedergelassenen wie im stationären Bereich flexible Arbeitszeiten haben, Kinderbetreuungseinrichtungen. Es darf nicht die Devise gelten: Entscheide Dich, ob Du im Gesundheitswesen arbeitest und Dein Kind fremdbetreuen lässt oder ob Du lieber Elternteil sein möchtest und auf die Ausübung Deines Gesundheitsberufs verzichtest.

(Beifall)

Daran wollen wir arbeiten und hier sind wir alle gefordert.

Dazu gehört aber auch, dass diejenigen, die im Gesundheitswesen arbeiten, sich auf das konzentrieren können, was sie im Studium gelernt haben. Vieles von dem, was man gemeinhin unter dem Schlagwort „Bürokratie“ hört, ist – das muss ich fairerweise auch für meinen Vorgänger und meinen Vorvorgänger in Anspruch nehmen – sicherlich auch politisch vorgegeben. Aber nicht alles, weil wir ja zu Recht, wie Herr Bartmann angemahnt hat, ein Gesundheitswesen haben, in dem auch die Selbstverwaltung gewisse Vorgaben macht, damit die Politik sie nicht machen muss. Wir sollten einen gemeinsamen Beitrag dazu leisten, dass Bürokratie abgebaut wird.

Ich will dazu folgende kleine Anekdote erzählen. Auf einer Veranstaltung sagte mein Vorgänger, der ja im Gegensatz zu mir Mediziner ist, dass er als junger Mediziner das Gefühl hatte, er müsse sich mehr mit Qualitätssicherungsbögen beschäftigen als mit dem Patienten. Er hat sich bekanntermaßen danach entschieden, nicht als Arzt tätig zu werden, sondern in die Politik zu gehen. Offensichtlich hat er sich nach anderthalb Jahren entschieden, doch lieber das Ressort zu wechseln. Interessant war nur, dass hinterher – ich nehme die anwesenden Medienvertreter aus – die Schlagzeile nicht etwa lautete, dass hier der Gesundheitsminister das Thema Bürokratieabbau angeht, sondern: Rösler will Qualität in der Medizin senken, Rösler will Qualität in der Medizin abbauen.

Meine Damen und Herren, wir müssen auch hier einen anderen Umgang pflegen, wenn wir nicht wollen, dass sich diejenigen, die im Gesundheitswesen arbeiten – Pflegepersonal, Arzthelferinnen und Arzthelfer, Ärztinnen und Ärzte –, immer mehr darüber beschweren, dass sie mit verwaltenden Tätigkeiten überlastet werden. Wir dürfen die Dokumentation nicht gänzlich infrage stellen, wir brauchen die Dokumentation. Das ist ein Arbeitsmedium, das übrigens – das ist der Grundgedanke – die Arbeit erleichtern soll. Nur dann, wenn Dokumentation, Bürokratie und verwaltende Tätigkeiten zum Selbstzweck verkommen, ist es ein Problem. Deswegen wollen wir

einen gemeinsamen Beitrag dazu leisten, den im Gesundheitswesen Tätigen wieder mehr Zeit für ihre eigentliche Arbeit zu geben, nämlich für den Patienten da zu sein, und die Dokumentation, die verwaltende Tätigkeit als ein Arbeitsmedium zu verstehen.

Deshalb haben wir im Versorgungsstrukturgesetz, dessen Arbeitsentwurf wir gestern vereinbart haben, nach der vielen Kritik und nach den vielen Rückmeldungen, die wir von der Ärztebasis erhalten haben, vorgesehen, dass wir auf eine zwingende Vorgabe der Umsetzung der Ambulanten Kodierrichtlinien verzichten. Nach den Rückmeldungen, die wir haben, brauchen wir das nicht mehr zu machen.

(Beifall)

Ich will das nicht falsch verstanden wissen, denn ich will nicht in einem Jahr hierherkommen und Sie sagen: Es gibt ja noch immer Dokumentation und verwaltende Tätigkeiten. Wir brauchen das zur Qualitätssicherung als Arbeitsmedium. Aber wir müssen es gemeinsam schaffen, Selbstverwaltung wie Politik, uns zu beschränken, und dürfen nicht bei jedem Fall, der in der Öffentlichkeit ist, nach einer neuen Verordnung, nach einer neuen Regelung oder nach einer neuen Behörde schreien, die erneut etwas kontrollieren muss. Wir müssen uns vielmehr selbst zurücknehmen und nur den Rahmen vorgeben.

Dazu gehört im Übrigen auch, dass wir die starren Sektorengrenzen, die wir in Deutschland im Vergleich zu anderen Gesundheitswesen haben, zwischen den niedergelassenen Ärzten auf der einen Seite und dem stationären Sektor auf der anderen Seite überwinden. Die jungen Mediziner sagen mir übrigens auch, dass es für sie durchaus attraktiv ist, in beiden Bereichen zu arbeiten, die Kombination von beidem zu schaffen. Wir wissen, wie ich es eingangs sagte, dass es für die Versorgung der Patienten viel wichtiger ist, aus der Zusammenarbeit zwischen dem stationären und dem niedergelassenen Sektor heraus, aus dem Behandlungspfad heraus, zu denken. Wir müssen die Denke überwinden: Das ist mein Geld, das ist meine Belastung, das ist mein Bereich – und das ist euer Bereich. Wir müssen vielmehr gemeinsam daran arbeiten, die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Ich weiß, wie schwer das im Gesundheitswesen ist und wie berechtigt die Interessen der vielen Interessengruppen im Gesundheitswesen sind. Jeder kämpft für seinen Bereich; das gehört dazu. Wir werden im Versorgungsgesetz einen Beitrag dazu leisten, diese Kämpfe zu überwinden, sodass beide Bereiche zu gleichen und fairen Rahmenbedingungen den Wettbewerb um die bessere Versorgung suchen können. Da wird es in einer Region so sein, dass sich die Niedergelassenen durchsetzen, da wird es vielleicht in einer anderen Region so sein, dass das Krankenhaus, dass der stationäre Sektor der bessere Bereich ist. Das ist wohlverstandener und fairer Wettbewerb um die bessere Versorgung.

Wichtig ist mir dabei, dass es faire Bedingungen für beide Seiten gibt und nicht der eine Sektor für den anderen geöffnet wird und man mit unterschiedlichen Wettbewerbsbedingungen in den Wettbewerb geht. Es bedarf des Rahmens, damit sich im Sinne einer besseren Versorgung die Patientinnen und Patienten entscheiden können, wo sie versorgt werden wollen, ob durch den niedergelassenen Arzt im Wege der fachärztlichen Versorgung oder im Krankenhaus. Deswegen sorgen wir hier für

faire und gleiche Rahmenbedingungen, damit sich über den Wettbewerb die bessere Versorgung herausstellen kann.

(Beifall)

Zur Debatte eines jeden Ärztetages gehört auch – ich habe das ja auch im Vorfeld gelesen – die Frage der Vergütung der Ärzte. Objektiv müssten wir feststellen, dass der Einkommensdurchschnitt der Ärztinnen und Ärzte auch im Vergleich zu anderen akademischen Berufen gut ist. Aber wir stellen fest, dass es das Vergütungssystem offensichtlich nicht schafft, dem Prinzip gerecht zu werden, einfach, transparent und leistungsgerecht zu sein. Die jungen Mediziner sagen: Ich möchte nicht als Arzt tätig werden, weil ich nicht das Gefühl haben will, dass es nicht honoriert wird, wenn ich mich richtig anstrenge, wenn ich mehr tue als andere, wenn ich besser bin als andere. Wir wissen aus dem Sport, wir wissen aus der Ökonomie, dass Leistung sich lohnen muss, weil uns das immer wieder anspornt, uns anzustrengen, uns vielleicht fortzubilden, an uns zu arbeiten, mehr zu tun als andere. Wenn aber dieser Leistungsaspekt im Keim erstickt wird und man sich bei der Vergütung nur am Mittelmaß orientiert, brauchen wir uns nicht zu wundern, meine Damen und Herren, dass wir keine Spitzenleistung bekommen.

Es geht also nicht einfach nur um mehr Geld für die ärztliche Vergütung. Die Ressourcen werden immer begrenzt sein, es wird immer Verteilungskonflikte geben. Es kommt vielmehr darauf an, ein Vergütungssystem auf den Weg zu bringen, das Leistungsgerechtigkeit, Einfachheit und Transparenz miteinander verbindet, damit die Ärztinnen und Ärzte durch ein solches Vergütungssystem diejenige Anerkennung erhalten, die sie verdient haben. Dafür, meine Damen und Herren, brauchen wir weniger Zentralismus, sondern auch hier, weil das Gesundheitswesen regional ausgestaltet ist, mehr Freiheitsgrade vor Ort. Wir sehen im Versorgungsstrukturgesetz vor, dass keine zentrale Vorgabe erfolgt, sondern den Bezirken die Möglichkeit gegeben ist, die Vergütung so zu strukturieren, so zu wählen und so zu verhandeln, wie es den Regionen entsprechend gerechtfertigt ist. Ich glaube, das ist ein Schritt hin zu mehr Flexibilität, zu mehr Freiheitsgraden vor Ort, in der Region entsprechende Regelungen zu treffen.

Meine Damen und Herren, zur Vergütung gehört auch die Gebührenordnung für Ärzte. Auch darüber durfte ich auf dem Weg hierher einiges lesen. In meinen ersten 19 Tagen hat sich die ganze Vielfalt der Gesundheitspolitik gezeigt. Der Höhepunkt der ersten 19 Tage ist natürlich der Ärztetag, auf dem ich heute vor Ihnen rede. Sie erwarten, dass ich etwas zur Gebührenordnung für Ärzte sage. Dem will ich auch gar nicht ausweichen. Wir werden, wie wir es im Koalitionsvertrag vereinbart haben, die Gebührenordnung für Ärzte an den aktuellen Wissenschaftsstand anpassen. Das wird noch in dieser Legislaturperiode angegangen. Wir haben das im Koalitionsvertrag vorgesehen. Nachdem wir zunächst die Gebührenordnung für Zahnärzte auf den Weg gebracht haben, werden wir jetzt die Gebührenordnung für Ärzte angehen. Wir werden unser Möglichstes tun, damit das zügig vorankommt.

Aus den Erfahrungen mit der Gebührenordnung für Zahnärzte und nicht nur aus den Erfahrungen der letzten anderthalb Jahre dieser Regierung, sondern auch aus den Erfahrungen der Vorgängerregierung müssen wir sagen: Es liegt nicht allein in den Händen des Bundesministeriums für Gesundheit, wie der Zeitfaktor zu betrachten ist, sondern auch in den Händen der anderen Beteiligten. Bei der Gebührenordnung für

Zahnärzte waren die Bundeszahnärztekammer, die private Krankenversicherung, die Beihilfeträger, die Länder, der Bund beteiligt.

Wir wollen als Bundesgesundheitsministerium unseren Beitrag dazu leisten, dass wir bei der Reform der Gebührenordnung für Ärzte vorankommen. Sie können Ihren Beitrag dazu leisten, dass wir gemeinsam zügig bei der Erarbeitung der Gebührenordnung für Ärzte vorankommen. Die Vorarbeiten sind ja in Teilen schon geleistet.

Es geht nicht nur um die Vergütung, sondern wir wollen auch die Eigenverantwortung nicht nur der Versicherten, sondern auch in den Selbstverwaltungskörperschaften in den einzelnen Regionen stärken. Ich habe bereits etwas gesagt, was die Regionalisierung und die Deregulierungsbestrebungen angeht. Ich habe die Eigenverantwortung und das Stichwort Dokumentation genannt.

Ich will erwähnen, dass es auch in den Krankenhäusern Ärztinnen und Ärzte gibt, die im Zuge der Arbeitsbelastung große Anstrengungen unternehmen. Auch hier wollen wir dazu beitragen, was die Vorgängerregierung mit dem Pflegestellenförderprogramm gemacht hat, das erste Anreize gesetzt hat, dass eine Perspektive für mehr Stellen und eine Förderung im Krankenhausbereich eröffnet wird. Die Fallpauschalen sind eine verlässliche Planungsgröße. Auch hier werden wir unseren Beitrag leisten, was die Finanzierung im Krankenhausbereich angeht.

Lassen Sie mich zum Schluss, damit ich Ihre Zeit nicht zu lange in Anspruch nehme, noch einige wenige Punkte erwähnen. Ich möchte festhalten, dass es uns darauf ankommt, Entscheidungsspielräume und Wahlmöglichkeiten für die Menschen, die im Gesundheitswesen tätig sind, vor allem aber auch für die Patientinnen und Patienten zu verstärken und ihnen Entscheidungsfreiheiten zu geben. Es gibt nicht den Einheitspatienten, es gibt auch nicht die Einheitsarztpraxis, es sollte auch nicht die Einheitskasse und ein staatliches Gesundheitssystem geben, sondern wir brauchen die Vielfalt. Wir brauchen die Wahlmöglichkeiten, damit jeder Mensch, der einzigartig ist, der auch mit seiner Gesundheit einzigartig ist, entsprechend behandelt wird und damit Zeit und Freiheit für die Behandelnden vorhanden ist, sich auf den individuellen Fall einstellen zu können. Deshalb umgibt uns als christlich-liberale Gesundheitspolitik der Gedanke, vom Menschen aus betrachtet, dem Individuum Entscheidungsspielräume zu lassen, ihm diese Wahlmöglichkeiten zu geben, ihm diesen Gestaltungsspielraum zu lassen.

Ich darf mir zum Schluss erlauben – vielleicht auch für meine Vorgänger –, Ihnen, lieber Herr Professor Hoppe, die wir in den letzten Jahren in verschiedenen Funktionen zusammengearbeitet haben – nicht erst in meinen 19 Tagen als Gesundheitsminister –, ein Wort des großen Dankes für eine Zusammenarbeit auszusprechen, die mit Vorvorgängern oder Vorvorgängerinnen sicherlich auch einmal kontrovers war. Das werden wir möglicherweise – ich bin auf Ihre Rede gespannt – nicht mehr schaffen, so kontrovers zu diskutieren, aber das gehört dazu. Natürlich kann ein Gesundheitsminister nie genau das machen, was der Präsident der Bundesärztekammer will. Das wird erwartungsgemäß so bleiben. Das heißt, dass es immer den einen oder anderen Interessenkonflikt gibt.

Ich darf Ihnen ganz persönlich sagen, lieber Herr Professor Hoppe: Ich habe in den letzten Jahren die Gespräche, die wir geführt haben, immer sehr geschätzt, weil sie von Offenheit und Sachlichkeit geprägt waren. Wenn man Meinungsverschiedenheiten hat, ist das in einer Demokratie nichts Fehlerhaftes, nichts Falsches, sondern

sogar etwas Produktives, wenn man sie in einer sachlichen und fairen Weise austrägt und darüber streitet und diskutiert, was die bessere Lösung ist.

Wir haben das in der Vergangenheit getan. Ich möchte Ihnen persönlich für Ihr Engagement in den letzten Jahren sehr besonders danken. Sie haben der Gesundheitspolitik und auch der Ärzteschaft einen großen Dienst erwiesen. Vielen Dank, Herr Professor Hoppe, dafür.

(Lebhafter Beifall)

Ich bin gespannt auf Ihre Beschlüsse, die ich lesen werde. Wir werden darüber diskutieren, wie wir diese alle umsetzen können. Ich bin natürlich auch auf die Wahlen gespannt. Ich habe in den letzten Monaten erlebt, dass nicht nur in Parteien Personalveränderungen spannend sein können. Ich will Ihnen gar nicht irgendwelche Tipps aus der FDP geben, wie man das löst. Wir haben das mittlerweile gelöst. Auch die Kassenzahnärztliche Vereinigung und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben entsprechende Erfahrungen.

Ich bin gespannt, welche Entscheidungen Sie treffen werden. Ich biete auf jeden Fall der Nachfolgerin bzw. dem Nachfolger von Herrn Professor Hoppe meine Dialogbereitschaft an. Ich biete eine faire Zusammenarbeit an.

Ich nehme mir vor – Herr Rösler war ja nur einmal auf Ihrem Ärztetag –, dass ich beim nächsten Mal wiederkomme, wenn Sie mich einladen.

Vielen Dank.

(Lebhafter Beifall)