

**116. Deutscher Ärztetag 2013**

---

## **Stenografischer Wortbericht**

**Eröffnungsveranstaltung**

Grußansprache: **Daniel Bahr, MdB**

Bundesminister für Gesundheit

Hannover, 28. Mai 2013

Daniel Bahr, MdB, Bundesminister für Gesundheit: Sehr geehrter Herr Präsident Dr. Montgomery! Sehr geehrte Frau Präsidentin Dr. Wenker! Sehr geehrte Frau Ministerkollegin! Sehr geehrter Herr Oberbürgermeister! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Vor einer Woche, am Dienstag, war ich in Genf bei der Weltgesundheitskonferenz von 194 Nationen, überwiegend vertreten durch Gesundheitsminister. Wenn ich mir die Diskussion bei der Weltgesundheitskonferenz der WHO in Genf in Erinnerung rufe und mir dabei die eine oder andere Debatte und das eine oder andere Gespräch mit den Gesundheitsministerkollegen aus dem einen oder anderen Land vergegenwärtige, kann ich mit einiger Gelassenheit auf die eine oder andere Diskussion in Deutschland schauen. Wenn ich dort mit Gesundheitsministerkollegen spreche – ich meine nicht diejenigen aus den Entwicklungsländern, die erst recht, sondern auch Gesundheitsministerkollegen aus entwickelten Ländern oder aus den Ländern, die gerade aufstrebend, aus Europa –, dann stelle ich fest, dass sie auf unser Gesundheitswesen in Deutschland schauen. Welches Land schafft es schon, eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten, und zwar in einem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung – bei denjenigen, die privat versichert sind, eher noch mehr –, wo teilweise sogar Zahnersatz versichert ist, während in vielen Nachbarländern – in der Schweiz, in den Niederlanden, in skandinavischen Ländern – noch nicht einmal die Zahnbehandlung versichert ist, sondern aus dem eigenen Portemonnaie bezahlt werden muss? Bei uns ist sogar Akupunktur für einige wenige Indikationen eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wo schafft man es, dass quasi alle versichert sind, dass kein Unterschied beim Einkommen gemacht wird, kein Unterschied bei Vorerkrankungen gemacht wird, kein Unterschied beim Alter gemacht wird, kein Unterschied beim Geschlecht gemacht wird, sondern jeder die akut notwendige Behandlung erhält, die er braucht? Darum beneiden uns andere Länder. Wir in Deutschland sollten stolz auf das sein, was in den letzten Jahrzehnten in Deutschland für die Versorgung der Menschen, für die Versorgung der Patienten erreicht worden ist.

(Beifall)

Das ist durch den vielfältigen Einsatz derjenigen erreicht worden, die tagtäglich im Gesundheitswesen arbeiten: Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Hebammen, Apothekerinnen und Apotheker, auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Krankenversicherung und in der Verwaltung der Selbstverwaltung. Sie alle leisten tagtäglich ihren Beitrag, damit sich in Deutschland die Menschen darauf verlassen können, dass sie dann, wenn sie eine schwere Krankheit erlitten, die notwendige Versorgung bekommen, die sie zur Heilung brauchen.

Alles kann immer noch besser werden. Auch auf diesem Ärztetag wollen wir natürlich darüber diskutieren, was in Deutschland noch besser werden kann. Trotzdem besteht die Herausforderung, wie wir dieses Niveau in Deutschland erhalten wollen. Wir haben zwei besonders große Herausforderungen für das Gesundheitswesen in Deutschland. Die erste große Herausforderung ist die Demografie, die alternde Bevölkerung. Das ist eigentlich eine erfreuliche Folge des medizinisch-technischen Fortschritts, eine erfreuliche Folge des unglaublich großen Engagements all derjenigen, die sich im Gesundheitswesen besonders engagiert haben. Die Deutschen werden immer älter.

Aber nicht nur die Lebenserwartung steigt, sondern auch der Wunsch und der Anspruch hinsichtlich der Notwendigkeit bei der Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung. Es ist nun einmal so, dass Leistungen aus dem Gesundheitswesen zu Beginn des Lebens – das ist aber in den ersten Jahren vernachlässigbar –, aber vor allen Dingen in höherem Alter nachgefragt werden. Es ist nicht so – zumindest trifft das nur auf einige wenige Krankheiten zu –, dass diese Krankheiten durch steigende Lebenserwartung sich nach hinten verschieben lassen. Dann könnte man ja sagen: Es ist nicht so gewaltig, denn wenn die Menschen immer älter werden, erfolgen die Behandlungen eben immer später. Nein, wir wissen, dass sich viele Krankheitsbilder nicht einfach nach hinten verlagern lassen. Die Wahrscheinlichkeit, als 80-Jähriger dement zu sein, liegt bei etwa einem Drittel. Nach allen bisherigen Erkenntnissen haben wir nicht mit einem Durchbruch in der Forschung zu rechnen. In den nächsten 10 oder 20 Jahren müssen wir damit rechnen, dass wir, je mehr 80-Jährige wir haben, umso mehr demente Menschen haben werden. Umso wichtiger wird die Versorgung, gerade bei einer alternden Bevölkerung.

Auch etwas Positives: In welcher anderen Branche als der Gesundheitswirtschaft können wir uns in Deutschland eigentlich so sicher sein, dass die Arbeitsplätze nicht gefährdet sind, dass die Arbeitsplätze nicht einfach nach China, Osteuropa oder Indien zu verlagern sind wie in der Automobilindustrie, im Maschinenbau oder anderen Branchen, wo wir uns durchaus in Konkurrenz zu anderen Ländern befinden? Nein, bei der Gesundheitswirtschaft wissen wir: Die Arbeitsplätze in Deutschland werden nötig sein, sie werden sicher sein, weil die Nachfrage eher steigen wird.

Die demografische Entwicklung steht nicht allein, sondern sie ist im Zusammenhang zu sehen mit dem medizinischen und dem medizinisch-technischen Fortschritt, weil wir wollen, dass Innovationen, die Verbesserungen bringen, allen unabhängig vom Einkommen, unabhängig vom Alter, unabhängig vom sozialen Stand zur Verfügung stehen. Der medizinisch-technische Fortschritt hat auch seinen Preis. In Verbindung mit der demografischen Entwicklung wird er die Kosten treiben.

Das ist der eine große Megatrend der Herausforderungen, vor denen wir im Gesundheitswesen stehen.

Die zweite große Herausforderung ist der Fachkräftebedarf. Das Gesundheitswesen steht im Wettbewerb mit anderen Branchen. Die alternde Bevölkerung und die geringere Anzahl von Jungen, die nachkommen, führen dazu, dass der Wettbewerb zwischen den Branchen, für die junge Generation attraktiv zu sein, immer schärfer wird.

Der Bürgermeister sagte eben, dass der größte Arbeitgeber in Hannover ein Industrieunternehmen ist. Deutschlandweit ist der größte Arbeitgeber die Gesundheitswirtschaft mit 4,7 Millionen Beschäftigten. Das wird angesichts der Tatsache, dass man bei jeder Konjunkturkrise sofort auf die Automobilindustrie schaut, gern vernachlässigt. Der Beschäftigungsmotor in Deutschland, der dazu beiträgt, dass viele Millionen Menschen in Deutschland einen Arbeitsplatz haben, ist die Gesundheitswirtschaft. Diese Bedeutung der Gesundheitswirtschaft sollte bitte schön in der gesamten Politik wahrgenommen und ernst genommen werden.

(Beifall)

Der Fachkräftebedarf wird eine besondere Herausforderung sein, für den Nachwuchs attraktiv genug zu sein und für ausreichend viele Fachkräfte zu sorgen.

In dieser Legislaturperiode haben wir einiges erreicht, um Antworten auf diese Herausforderungen zu geben.

Ich habe den bisherigen Ausführungen hier entnommen, dass das, was ich – aber nicht ich allein – in den letzten Jahren immer wieder zum Thema gemacht habe, nämlich die demografische Entwicklung, aber auch der Wandel des Berufsbildes in der Medizin, offenbar bei immer mehr Menschen zum Thema wird. Wir sind in der Analyse ein deutliches Stück weitergekommen. Weitergekommen sind wir aber auch mit den Antworten. Mit dem GKV-Änderungsgesetz haben wir kurzfristig die Arzneiausgaben deutlich senken können. Damit haben wir mit dazu beigetragen, dass endlich wieder mehr Geld für die ambulante Behandlung der Patientinnen und Patienten ausgegeben wird als für die Arzneimittel. Das war, seit Horst Seehofer Gesundheitsminister war, andersherum.

Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz hat dafür gesorgt, dass die Interessen der Patienten und der Beitragszahler in Einklang gebracht werden. Wir haben eine neue Preisfindung etabliert. Wir haben mit dazu beigetragen, dass nicht mehr der Arzt in erster Linie für hohe Preise neuer Arzneimittel verantwortlich gemacht wird. Auch das ist ein Paradigmenwechsel, den wir zugunsten der Beitragszahler, aber auch zugunsten der Patienten geschafft haben. Sie können sich weiterhin darauf verlassen, dass ein neues Arzneimittel weiterhin in der Versorgung sofort zur Verfügung steht. Wir schauen genauer hin, ob es sich wirklich um eine Innovation handelt, die einen Zusatznutzen bringt.

Das Finanzierungsgesetz hat uns von den größten Defiziten in der Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung zu den größten Überschüssen in der Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung gebracht. Ich kann Ihnen aus eigener Erfahrung sagen: Beides ist nicht leicht. Bei beidem muss man sich hart mit dem Finanzminister auseinandersetzen. Ich darf Ihnen ganz groß versichern: Die Situation, Überschüsse vor dem Zugriff des Finanzministers zu verteidigen, ist die eindeutig schönere. Ich möchte sie noch einige Jahre behalten.

(Beifall)

Wir haben die Finanzierung des Gesundheitswesens stabilisiert. Sie ist künftig unabhängig von der Arbeitsmarktlage. Nicht mehr automatisch führen steigende Gesundheitsausgaben zu steigenden Beitragssätzen und damit zu einem Anstieg der Lohnzusatzkosten. So wird der Keil zwischen dem, was der Arbeitnehmer netto erhält, und dem, was der Arbeitgeber brutto bezahlt, nicht automatisch größer, sodass als Folge Arbeitsplätze abgebaut werden und die Arbeitslosigkeit steigt, was dann wiederum zu Defiziten in der Krankenversicherung führt.

Die Entscheidung, den Beitragssatz im Gesetz festzuschreiben und die künftigen Kostensteigerungen über einkommensunabhängige, aber aus Steuertransfermitteln sozial bezahlte, sozial ausgeglichene Prämien oder Zusatzbeiträge zu finanzieren, ist im Hinblick auf das, was vor uns liegt, eine wichtige Weichenstellung. Sie macht die Finanzierung des Gesundheitswesens unabhängiger von der Arbeitsmarktlage. Schließlich hat die Finanzierung des Gesundheitswesens auch wenig mit der konjunkturabhängigen Arbeitsmarktlage zu tun.

Mit dem Infektionsschutzgesetz haben wir mehr Anstrengungen unternommen, die Hygiene in den Krankenhäusern und in Deutschland insgesamt zu verbessern. Mit

dem Versorgungsstrukturgesetz haben wir endlich ein Gesetz auf den Weg gebracht, das die Strukturen anpasst und bei Reformen nicht immer nur in Richtung Kostendämpfungsmaßnahmen denkt, sondern strukturell den Paradigmenwechsel schafft.

Ich bin Ihnen, Frau Dr. Wenker, sehr dankbar für Ihre Ausführungen. Der drohende Fachkräftemangel, der drohende Ärztemangel ist ein Thema, das wir erst in dieser Legislaturperiode politisch angegangen sind. In den vergangenen Legislaturperioden wurde das vonseiten der Bundesregierung gelehnt, obwohl wir wissen: Nicht in Hannover, nicht in Münster, aber im Münsterland, an der niederländischen Grenze, in der Uckermark, in Vorpommern, an der Schlei oder auch in der Oberpfalz ist es schwieriger geworden, Nachfolger für Haus- und Facharztpraxen zu finden. Es ist schwieriger geworden, offene Stellen in Krankenhäusern zu besetzen. Deshalb war es so nötig, mit dem Versorgungsstrukturgesetz endlich Maßnahmen zu ergreifen.

Es wird gemeinhin als Landärztegesetz bezeichnet. Es bietet aber viel, viel mehr. Die Vergütungen werden wieder in den Regionen festgelegt. Die Residenzpflicht ist abgeschafft worden. Wir haben eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf im niedergelassenen Bereich geschaffen. Wir haben Bürokratie abgebaut. Die Kassen werfen mir ja vor, dass wir de facto die Regresse abgeschafft haben. Das war aber nötig, weil wir die Rahmenbedingungen für diejenigen verbessern wollten, die sich entscheiden, gerade in der Fläche als niedergelassener Arzt tätig zu werden. Sie dürfen keine Reglementierung und eine leistungsfeindliche Vergütung erleben, sondern sie müssen gute Rahmenbedingungen vorfinden, damit sie nicht zwangsweise dorthin gehen, sondern aus innerer Überzeugung, weil die Rahmenbedingungen dort besser sind. Dafür hat das Versorgungsstrukturgesetz gesorgt, meine Damen und Herren.

(Beifall)

Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz hat die medizinische Versorgung in Heimen verbessert, damit nicht vom Pflegeheim als Erstes der Krankenwagen gerufen wird, sondern der Haus- und Facharzt auch noch den Besuch im Heim organisiert. Endlich wird bei der Pflegebedürftigkeit die Demenz berücksichtigt. Das ist viele Jahre lang liegen geblieben.

Das Transplantationsgesetz hat dafür gesorgt, dass in den Krankenhäusern Transplantationsbeauftragte eingesetzt werden. Wir haben parteiübergreifend eine Entscheidungslösung vorgebracht – das war ja auch ein Thema des Ärztetages –, um Menschen immer wieder anzusprechen und aufzufordern, sich beim Thema Organspende zu entscheiden.

Das Krebsfrüherkennungs- und -registriergesetz hat eine 30-jährige Diskussion über die klinische Krebsregistrierung mit einer positiven Entscheidung beendet. Endlich werden alle Behandlungsdaten in Deutschland gesammelt, um dem Krebs, der zweithäufigsten Todesursache in Deutschland, den Kampf anzusagen. Es ist ein gutes Gesetz, das die Krebsbehandlung in Deutschland und die Versorgung dieser Patienten deutlich verbessern wird. Auch das hat internationale Anerkennung gefunden. Viele Länder fragen uns: Wie habt ihr das geschafft? Wie können wir das nachahmen? Wir können stolz auf das sein, was wir mit dem Krebsfrüherkennungs- und -registriergesetz vorgebracht haben.

Wir haben mit der Approbationsordnung die Ausbildung modernisiert. Auch das bewirkt Veränderungen des Berufsbildes. Wir haben das Hammerexamen abgeschafft.

Wir haben mit dem Notfallsanitätergesetz eine Aufwertung des Berufs des Rettungsassistenten zum Notfallsanitäter bewirkt und die Zusammenarbeit zwischen Notfallsanitäter und Notarzt besser strukturiert. Diese Zusammenarbeit kommt den Patienten gerade zu Beginn des Notfalls besonders zugute.

Wir haben mit dem Patientenrechtegesetz genau das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gestärkt.

(Widerspruch)

– Nennen Sie mir einen Punkt im Patientenrechtegesetz, der das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient stört. Wir haben gegen den Widerstand vieler in der Öffentlichkeit dafür gesorgt, dass die Beweislastumkehr nicht kommt, sondern dass das, was heute Richterrecht ist, im Gesetz manifestiert wird: Bei groben Behandlungsfehlern, wenn ein Arzt gegen die Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen hat, muss er beweisen, dass er alles richtig gemacht hat. Ich will amerikanische Verhältnisse verhindern, nämlich dass der Arzt als Erstes an seine Haftpflichtversicherung denkt, dass er als Erstes daran denkt, welche Risiken er eingeht.

Wir brauchen keine Risikovermeidungskultur, sondern wir brauchen eine Fehlervermeidungskultur in Deutschland. Genau dieser Fehlervermeidungskultur dient das Patientenrechtegesetz. Wir wollen, dass sich Arzt und Patient möglichst auf Augenhöhe gegenüberstehen. Wir wollen, dass der Patient seine Rechte dem Arzt gegenüber kennt. Er soll sie auch in Anspruch nehmen können. Wir wollen nicht, dass der Patient schutzlos ist. Aber wir wissen auch, dass das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ein besonderes Vertrauensverhältnis ist. Wir stärken es mit dem Patientenrechtegesetz. Wir stellen keine Ärzte unter Generalverdacht. Die Bundesregierung stellt keine Ärzte unter den Verdacht, dass sie nur Pfusch am Patienten produzieren. Aber wir brauchen auch ein Patientenrechtegesetz, das endlich die Rechte und Pflichten von Ärzten und Patienten im Verhältnis zueinander kodifiziert. Ich glaube, es ist ein gutes Gesetz, das uns voranbringt.

(Vereinzelt Beifall)

Nicht zuletzt haben wir Bürokratie abgebaut. Wir haben die Praxisgebühr abgeschafft, weil sie ihre eigentliche Lenkungswirkung nicht erzielt und letztlich nur zu einer bürokratischen Belastung geführt hat.

(Beifall)

Wenn ich auf das zurückblicke, was an Gesetzesvorhaben in dieser Legislaturperiode in diesem Ministerium geschaffen worden ist, war ich schon ein bisschen überrascht – Herr Borelli, Stichwort Bürokratie – und auch ein bisschen froh, dass sich, als vor zwei Wochen der Bürokratienteilungsbericht – ich glaube, so heißt er – im Kabinett beraten und bei jedem Ressort geschaut wurde, wer hat einen Beitrag zur Bürokratienteilung geleistet, herausstellte, dass der größte Beitrag zur Bürokratienteilung für die Wirtschaft in Deutschland – dazu zählen die freien Berufe, die Krankenhäuser, die Pflegeheime usw. – in den letzten Jahren das Gesundheitswesen erbracht hat, im Bereich des Bundesgesundheitsministeriums. Das mag einen manchmal verwundern, wenn man täglich damit zu tun hat. Aber es zeigt, dass die Richtung die richtige ist. Wir haben in dieser Legislaturperiode die Bürokratie nicht

ausgeweitet, sondern wir haben mit vielen Maßnahmen – ich denke an die Streichung der Pflicht hinsichtlich der ambulanten Kodierrichtlinien, ich denke an die Regressängste, die wir abgebaut, die wir de facto gestrichen haben, ich denke an die Abschaffung der Praxisgebühr und viele andere Dokumentationspflichten, die wir im Gesetz abgeschafft haben – einen wichtigen Beitrag zum Bürokratieabbau geleistet.

Ich sage Ihnen auch ganz klar: Es ist nur ein Schritt in die richtige Richtung. Es stellt aber eine Veränderung gegenüber den vergangenen Legislaturperioden dar. In den vergangenen Legislaturperioden zeigten die Bürokratieberichte, dass es mehr Bürokratie für die Wirtschaft und auch das Gesundheitswesen gab. Wir haben es in dieser Legislaturperiode geschafft, weniger Bürokratie zu erreichen. Wir haben die Bürokratie abgebaut.

Sie können sagen, das reicht Ihnen noch nicht, aber Sie müssen anerkennen: Es geht in die richtige Richtung, meine Damen und Herren.

(Beifall)

Wenn wir wissen, was die Bürgerinnen und Bürger vom Gesundheitswesen erwarten, wollen wir uns kurz vergegenwärtigen, wie es heute ist und wie es künftig sein wird. Die Menschen erwarten klar bezahlbare Beiträge in der gesetzlichen wie in der privaten Krankenversicherung. Sie erwarten auch einen Schutz vor Überforderung. Die Menschen erwarten mit Recht, dass die Qualität der medizinischen Versorgung stimmt. Sie wünschen sich, dass Innovationen schnell allen Patienten zur Verfügung stehen, unabhängig davon, ob diese privat oder gesetzlich versichert sind. Gerade Menschen, die unter seltenen oder chronischen Erkrankungen leiden, hoffen ja auf eine Verbesserung der Lebensqualität.

Die Menschen wollen den Arzt, die Ärztin und die Apotheke in ihrer Nähe. Sie wünschen sich einen Wettbewerb um die besten Leistungen. Sie wollen wählen und selbst entscheiden können, sie wollen den Arzt frei wählen. Sie erwarten von Ihnen als ihrem Arzt und ihrer Ärztin Verantwortung, die sich in Ihrer Unbestechlichkeit und dem Anspruch widerspiegelt, das Wohl des Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Die Menschen als Patientinnen und Patienten wollen Mitsprachemöglichkeiten und keine Bevormundung. Sie wollen ernst genommen werden, wenn sie sich mit ihren Sorgen und Nöten an ihren Arzt oder ihre Ärztin wenden. Kurz gesagt: Sie erwarten von Ihnen eine Behandlung auf Augenhöhe.

All das wird in Deutschland bei aller Kritik an der einen oder anderen Stelle meines Erachtens sehr, sehr gut gewährleistet durch das tagtägliche Engagement der vielen Gesundheitsberufe und auch durch Strukturen und Gesetze, die andere Länder so nicht kennen.

Ich begrüße es deshalb, dass sich die deutsche Ärzteschaft auf diesem Ärztetag der künftigen Finanzierung des Gesundheitswesens widmet. Genau das ist die Herausforderung: Wie schaffen wir es vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, die eher kostensteigernd wirkt, und vor dem Hintergrund des künftigen Fachkräftewettbewerbs, dieses Niveau zu erhalten? Ich begrüße es, dass sich die deutsche Ärzteschaft anders als in vergangenen Jahren auch in die Diskussion über die zukünftige Finanzierung einbringt. Ich glaube, dass wir in dieser Legislaturperiode schon einige Weichenstellungen geschaffen haben, die diese Finanzierungsdiskussion prägen und dazu beitragen, dass das Gesundheitswesen in seiner Finanzierung

stabil ist und dass dieses Niveau auch in den kommenden Jahren gehalten werden kann.

Wir befinden uns in diesem Jahr wieder in politischen Auseinandersetzungen über die Finanzierungskonzepte und die Grundausrichtung in der Gesundheitspolitik. Dabei stellt sich immer die Frage, ob ein Vorschlag für eine Lösung wirklich eine Lösung bringt. Die Richtungsfrage in diesem Jahr lautet: Welche Finanzierung bietet die besseren Antworten auf beide Herausforderungen der demografischen Entwicklung und des Fachkräftebedarfs? Mich ärgert, dass diese Diskussion allzu häufig von Gesellschaftsbildern und Ideologie geprägt ist. Der Vorschlag kommt gerade von denjenigen, die *eine* Schule für alle, die *eine* Rente für alle und jetzt auch die *eine* Krankenkasse für alle fordern. Ich glaube nicht, dass das den Bedürfnissen und den Wünschen der Menschen gerecht wird. Menschen sind vielfältig. Menschen, gerade Patienten, haben höchst individuelle Bedürfnisse, individuelle Sorgen und Nöte. Deswegen kann es keine Einheitslösung für diese Probleme geben.

(Beifall)

Ich glaube nicht, dass das den Menschen und den Bedürfnissen gerecht würde. Ich glaube auch nicht, dass das dem Problem gerecht würde. Wie wäre es eigentlich – wir können ja in andere Länder schauen, die das haben –, wenn wir eine Kasse für alle hätten und man dann als Versicherter oder Patient unzufrieden ist?

Wir haben eine Bundesagentur für Arbeit. Nach einer großen Reform heißt sie jetzt so; früher hieß sie Bundesanstalt für Arbeit. Versuchen Sie einmal, dort einen Termin zu bekommen! Wenn Sie einen Termin bekommen haben – stellen wir uns das jetzt einmal auf die Gesundheit bezogen vor – und sich beschweren wollen und sagen, Sie wollten wechseln, weil Sie unzufrieden sind – wohin wollen Sie denn wechseln, wenn es nur noch eine Krankenkasse für alle gibt?

Da wird gemeint: Es können ja verschiedene sein. Aber ich möchte daran erinnern, wie durch die sogenannte Bürgerversicherung der Weg in eine staatlich-zentralistisch gelenkte Einheitskasse geebnet wird. Ich sage: Die Bürgerversicherung macht den Versicherten und Patienten zum Bittsteller einer Einheitskasse.

(Beifall)

Das ist nicht im Interesse der Wahlfreiheit, das ist nicht im Interesse der Patienten und der Versicherten, die selbst entscheiden wollen, wie sie versichert sein wollen. Ich habe Herrn Köhler heute noch nicht persönlich gesehen, aber bei der Begrüßung gehört, dass er anwesend ist. Ich kann mich an unsere KBV-Messe erinnern, auf der ich Gast sein und sie mit eröffnen durfte. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat eine Messe durchgeführt, um neue Versorgungsmodelle zu präsentieren. Wir gingen von Stand zu Stand; es wurden wirklich tolle und innovative Konzepte – einmal etwas anderes als immer nur der Kollektivvertrag – präsentiert. Es wurde gezeigt, wie es in den Regionen funktioniert.

Einen Stand habe ich gut in Erinnerung. Da war ich bei einer gesetzlichen Krankenkasse. Diese gesetzliche Krankenkasse, eine große Kasse aus Hamburg, die Techniker Krankenkasse, hat dort ein Konzept angeboten, bei dem sie garantiert, dass ihre Versicherten innerhalb von fünf Tagen einen Facharzttermin bekommen und bei einem vereinbarten Facharzttermin maximal 30 Minuten warten. Ich habe gesagt:



Das finde ich gut. Ich bekomme ja häufiger Briefe, dass es immer mal wieder schwierig ist, einen Facharzttermin zu bekommen.

Ich habe den Mitarbeiter der Techniker Krankenkasse gefragt: Warum machen Sie das? Der Mitarbeiter sagte mir: Das müssen wir seit einigen Jahren machen, weil wir Sorge haben, dass sonst viel mehr Versicherte in die private Krankenversicherung wechseln. Deswegen sind wir unter Druck, unseren Service für die Versicherten zu verbessern.

Bei aller Diskussion darüber, was in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gut läuft, bei aller Diskussion darüber, was in der privaten Krankenversicherung auch nicht gut läuft und sich verändern muss, glaube ich, dass die Vielfalt des Versicherungssystems, der Wettbewerb der Systeme untereinander dazu beiträgt, dass für alle die Versorgung in Deutschland besser wird. Schauen Sie in Länder, die diesen Wettbewerb nicht haben. Der Leistungskatalog einer vergleichbaren gesetzlichen Krankenkasse ist dort viel geringer, denn in einer staatlich-zentralistischen Krankenversicherung fällt es der Politik viel leichter, die Leistung zu streichen, weil sie sich eben nicht im Wettbewerb befindet, dass sich die Versicherten entscheiden können, sich woanders zu versichern. Deswegen tut das duale Gesundheitssystem, das wir in Deutschland seit vielen Jahren haben, der Versorgung der Patienten so gut. Wir sollten es verändern, wir müssen es weiterentwickeln, aber wir sollten auch kurz innehalten und uns klarmachen, was wir mit diesem dualen System in Deutschland mittlerweile bei der Patientenversorgung im internationalen Vergleich Gutes erreicht haben.

Deshalb sollte man das nicht so leichtfertig einfach infrage stellen, weil man vielleicht ideologisch ein ganz anderes Ziel verfolgt, meine Damen und Herren.

(Lebhafter Beifall)

Es ist doch paradox: Ich lese heute im Ticker, man sollte die PKV nicht künstlich am Leben erhalten. Ich will nur einmal festhalten: Über Jahrzehnte musste im Schnitt jedes zweite Jahr ein GKV-Rettungsgesetz beschlossen werden, immer mit kurzfristigen Maßnahmen, weil die GKV nicht überlebensfähig war. Erst in dieser Legislaturperiode hat die jetzige Bundesregierung zwei Maßnahmen ergriffen, um den privat Krankenversicherten etwas Gutes zu tun. Zum einen sollen die Einsparungen bei den Arzneimittelausgaben auch den privat Krankenversicherten zugute kommen. Zum anderen wurde den exorbitanten Provisionsabschlüssen endlich Einhalt geboten, weil es dort Auswüchse gab, die wir nicht akzeptieren konnten.

Ansonsten war die private Krankenversicherung über viele Jahrzehnte stabil. Sie wird natürlich auch vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der Kostensteigerungen vor Herausforderungen stehen. Aber auch da werden wir politische Antworten finden. Wir werden das in der nächsten Legislaturperiode aufgreifen, um die private Krankenversicherung zukunftsfähig zu machen. Sie aber ganz infrage zu stellen, das wird, glaube ich, dem Anspruch an die Versorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland nicht gerecht.

Es ist doch aberwitzig, dass ich als Liberaler, als Blau-Gelber erwähnen muss, dass Rot-Grün mit der Agenda 2010 eine historische Entscheidung getroffen hat, weil man bei der Rente erkannt hat, dass die alternde Bevölkerung enorme Belastungen für die kommenden Generationen mit sich bringt und es deswegen sinnvoll ist, die Ei-

genvorsorge zu stärken, Gelder für steigende Kosten im Alter zur Seite zu legen, mit der Riester-Rente die Kapitaldeckung zu fördern, weil wir uns nicht allein auf die gesetzliche Rente als Umlagesystem verlassen können. Warum soll bitte schön in der Pflege und in der Krankenversicherung plötzlich falsch sein, was bei der Rente richtig erkannt wurde?

Nein, auch in der Krankenversicherung und auch in der Pflegeversicherung brauchen wir mehr Eigenvorsorge, zusätzlich zum Umlagesystem, um die Herausforderungen der demografischen Entwicklung zu bewältigen, weil das Umlagesystem vom Heute lebt und nicht an das Morgen denkt, weil das Umlagesystem der gesetzlichen Krankenversicherung ansonsten die Lasten immer weiter auf kommende Generationen schiebt. Das wollen wir den kommenden Generationen nicht zumuten, sondern wir wollen den fairen Interessenausgleich der Generationen untereinander. Deswegen ist der Ansatz der Altersrückstellungen bei der privaten Krankenversicherung ein Beitrag dazu, das Gesundheitssystem demografiefester zu machen. Das sollte man nicht einfach streichen. Sonst müssten wir es, wie bei der Rente gerade erlebt, mühsam wieder aufbauen. Das ist von daher aus meiner Sicht eine gute Antwort auf die demografische Entwicklung.

(Beifall)

Beide Systeme haben ihre Vor- und Nachteile. Wir sollten die Nachteile abbauen und die Vorteile weiterentwickeln. Beide Systeme können voneinander lernen und sich in diesem Lernprozess auch gemeinsam weiterentwickeln; nicht Revolution, sondern Evolution. Bei der gesetzlichen Krankenversicherung sollten die Zusatzbeiträge weiter ausgebaut werden, damit ein Wettbewerb um Tarife, Wahltarife und Versorgung entsteht, damit die Versicherten in Euro und Cent sehen, was ihre Krankenversicherung kostet und was sie dafür leistet.

Summa summarum: Wir wollen ein Krankenversicherungssystem, das auf Vielfalt aufbaut, das den individuellen Bedürfnissen der Patienten und Versicherten gerecht wird, das nicht das Ziel verfolgt – das gibt es auch gar nicht –, eine Einheitsversorgung durch eine Einheitskasse für den Einheitspatienten zu schaffen.

Meine Damen und Herren, wir kennen in Deutschland keine Einheitskinder – deswegen wollen wir keine Einheitsschule –, wir kennen in Deutschland keine Einheitsleistung – deswegen sollte es keine Einheitsrente geben – und da wir auch keine Einheitspatienten kennen, sondern jeder Patient höchst unterschiedlich ist, darf es auch keine Einheitsversorgung durch eine Einheitskasse geben, sondern wir wollen ein Gesundheitssystem weiterentwickeln auf der Basis von Wahlfreiheit, Vielfalt und freier Entscheidung der Versicherten und Patienten.

(Beifall)

In Deutschland haben wir eine wohnortnahe Versorgung mit Haus- und Fachärzten. Ich bin es nicht, der das infrage stellt, sondern der das stärken will, weil ich glaube, dass wir die Fachärzte auch in der Niederlassung weiterhin brauchen. Wir brauchen eine bessere Kooperation und Zusammenarbeit zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor.

Ich bin enttäuscht, dass es bei der spezialfachärztlichen Versorgung nicht so weit gekommen ist, wie es der Gesetzgeber vorgesehen hat. Hier ist eine Chance bisher nicht ausreichend genutzt worden. Es ist dem Patienten nicht zu erklären, dass diese

starre Sektorengrenze zwischen der Versorgung in der Klinik und der Versorgung im ambulanten Sektor bestehen bleiben soll. Das ist in Deutschland zwar historisch begründet, aber aufgrund der Anforderungen nicht mehr gerechtfertigt. Es werden weitere Anstrengungen unternommen werden müssen, um hier eine bessere Zusammenarbeit zu erreichen.

Das muss natürlich unter fairen Bedingungen geschehen, denn die Voraussetzungen sind unterschiedlich. Ich habe als Gesundheitsminister nicht die Krankenhäuser einseitig für den ambulanten Bereich geöffnet, sondern wir wollen einen Bereich schaffen, in dem unter fairen Bedingungen der Wettbewerb um die bessere Leistung nach den Wünschen der Patienten entschieden wird.

Ich glaube auch nicht an die These, dass sich nur der eine gegen den anderen durchsetzt, sondern ich glaube, die Zukunftsform wird die Kooperation zwischen niedergelassenen Fachärzten und Klinikärzten im Interesse der besseren Versorgung der Patienten sein.

Jeder bekommt in Deutschland das, was nötig ist, unabhängig von Vorerkrankung, Einkommen, Geschlecht und Alter. Das gibt es in anderen Ländern so nicht. Die hohen Güter der freien Wahl des Arztes, des Krankenhauses, der Krankenversicherung und der Therapie wollen wir erhalten. Wir sollten sie auch erhalten. Ich bin dagegen, dass wir solche hohen Güter in Deutschland ideologisch infrage stellen. Das ist es nämlich, was die Patienten in Deutschland nach allen Umfragen zu schätzen wissen. Deshalb wollen sie, wenn sie im Ausland einen Unfall hatten, so schnell wie möglich nach Deutschland zum Arzt ihres Vertrauens kommen.

Wir haben mit dem Versorgungsstrukturgesetz viele Antworten auf die Entwicklung gegeben. Ich habe vorhin einige Beispiele genannt. Ich finde es zum Schmunzeln – das Gesetz wird ja gern als Landärztegesetz bezeichnet –, dass jetzt – ich weiß nicht, ob das eine Folge des Gesetzes ist – die TV-Serie „Der Landarzt“ im Fernsehen abgesetzt wurde. Wir wissen, dass damit noch nicht alle Probleme gelöst worden sind. Aber es wurden erste Maßnahmen ergriffen. Das war eine idyllische Vorabendserie: der Landarzt an der Schlei, rund um die Uhr zur Verfügung, für alle sozialen Probleme der Bauersfamilie zuständig und auch noch dafür, wenn mit den Tieren etwas nicht in Ordnung ist. Das entspricht aber – man mag es bedauern – nicht mehr dem Wunsch, dem Anspruch und dem Ziel der kommenden Medizinergenerationen.

Ich habe vor zwei Jahren bei meinem ersten Ärztetag und auch bei allen anderen Veranstaltungen gesagt – Frau Dr. Wenker hat es eben auch angesprochen –, dass sich etwas tut. Ich habe letztes Mal etwas frech gesagt: Wenn ich hier in die Reihen schaue, sind Sie nicht repräsentativ für die kommende Medizin. Ich stelle fest: In diesem Raum hat sich in diesem Jahr noch nicht so viel geändert, was aber auch nicht schlimm ist, weil es ja der Ärztetag ist.

Aber in den Krankenhäusern tut sich etwas. Ich habe als Gesundheitsminister die Freude, jede Woche in irgendwelchen Einrichtungen an der Klinik oder in einer niedergelassenen Arztpraxis zu sein. Manchmal ziehe ich mir einen Arztkittel über und arbeite mit. Das ist ganz faszinierend: Da wird der Gesundheitsminister selten erkannt. Sobald ich einen Arztkittel an habe, wird mir viel mehr zugetraut als vorher.

(Heiterkeit – Beifall)

Als ich einmal in der Nachtschicht im Rettungsdienst mit Notarzt mitgemacht habe, haben die Patienten und Angehörigen gar keinen Unterschied gemacht. Sie trauten mir alles zu. Aber ich durfte es ja nicht. Seinerzeit haben mir die Notärztin und die Rettungsassistentin gesagt, meine Aufgabe sei es, sich um die Angehörigen zu kümmern, nicht um den Verletzten. Dummerweise wurden die Angehörigen immer schwieriger, denn sie drohten uns umzufallen. Offenbar hat man den Eindruck, dass sich der Politiker mit solchen Situationen besser auskennt.

Das hat mir Folgendes gezeigt. Ich sehe hier viele Landesvertreter. Es ist legitim, dass Sie Ihre Interessen als Landesvertretung in die politische Diskussion einbringen. Ich habe eben das Notfallsanitätergesetz genannt. Ich bin froh, dass wir die politischen Diskussionen zwischen den Berufsgruppen engagiert im politischen Raum führen. Ich bin aber auch froh, dass die Zusammenarbeit vor Ort zwischen den verschiedenen Berufsgruppen viel besser funktioniert als manche berufspolitische Diskussion, die ich erlebe.

(Beifall)

Ich glaube deswegen, dass wir gerade als Antwort auf die Versorgung in der Fläche diese Zusammenarbeit der verschiedenen Berufe in den kommenden Jahren verbessern müssen. Wir haben im Versorgungsstrukturgesetz die Delegation ärztlicher Tätigkeiten vorgesehen. Auch das kommt voran. Aber ich glaube, da könnten wir noch ein bisschen mehr Gas geben, ein bisschen mehr Tempo machen.

Natürlich wird die Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe immer wichtiger, auch um anderen Gesundheitsberufen eine Perspektive zu geben. Wir können die Versorgung nicht nur mit 1,0-Abiturienten, die Medizin studieren, gewährleisten. Pardon, aber so ist die Realität. Ich war gestern wieder einmal an meiner Heimatuniversität Münster, an der Universitätsklinik. Die Hälfte der Medizinstudierenden haben ein 1,0-Abitur. – Herr Windhorst, Sie nicken. Ich habe eben den Landespolitikern zur Krankenhausfinanzierung sehr gern zugehört. Ich habe immer gedacht, da schließe sich noch ein Satz an. Ich werde nachher noch etwas zur Krankenhausplanung und zur Investitionskostenfinanzierung sagen.

Aber auch bei der Medizinerwahl gibt es für mich als Bundesgesundheitsminister ein strukturelles Problem. Ich habe aber keine Möglichkeit, darauf Einfluss zu nehmen. Wenn wir in der Medizinerbildung nur 1,0-Abiturienten haben – vielleicht bis 1,3; so ist es zumindest in Münster –, dann dürfen wir uns nicht wundern, wenn uns diejenigen in der einfachen Versorgung in der Fläche als Haus- oder Facharzt fehlen. Mir hat der Kollege mit der Fliege letztens vorgeworfen, ich würde damit Haus- und Fachärzte diskreditieren. So ein Unsinn! Ich glaube nur nicht, dass sich ein guter Arzt am Durchschnitt der Abiturnoten bemisst. Ein guter Arzt bemisst sich vielmehr an der Begeisterung, am Engagement, an der Erfahrung, an der sozialen Empathie. Das lässt sich nicht immer an Abiturnoten zur Schulzeit messen, meine Damen und Herren.

(Lebhafter Beifall)

Der Beruf wird sich ändern. Deswegen kündige ich hier an: Wir müssen eine Diskussion über das Thema der Delegation ärztlicher Tätigkeit anfangen. Ich weiß, wie schwierig das ist. Wir müssen auch eine Diskussion über die Substitution ärztlicher Tätigkeit beginnen. Ich habe den Anspruch, in der Politik nicht nur an den nächsten Wahltermin zu denken, sondern wir müssen jetzt Entscheidungen treffen, wie wir in

10 oder 20 Jahren vorgehen. Ich glaube, dass wir hier eine bessere Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe und auch eine Aufteilung bestimmter Tätigkeiten brauchen. Ich bin Generation X, wenn ich es vorhin richtig verstanden habe. Das war die einzige Generation, die über 20 Jahre geht. Die anderen waren Zehnjahresgenerationen. Unsere Generation scheint hinsichtlich der Veränderung etwas langweiliger gewesen zu sein. Wie haben Sie es beschrieben? Wir sind diejenigen, die noch für die Leistung arbeiten wollen; oder so ähnlich. Ich stelle in meiner Generation eines fest – das kann man beklagen; ich weiß, dass es in vielen Kliniken beklagt wird, aber ich glaube, es lohnt sich nicht, das zu beklagen, weil die Veränderungen da sind und wir Antworten geben müssen –: Diese Generation der kommenden Medizinerinnen und Mediziner – vor allen Dingen der Medizinerinnen – hat eine andere Einstellung zum Beruf. Sie suchen nach geregelten Arbeitszeiten, nach geregeltem Einkommen, nach Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf. Sie wollen nicht mehr das Modell vergangener Generationen: Der Mann ist Arzt, arbeitet 60 Stunden pro Woche, die Frau kümmert sich zu Hause um die Familie. Sie wollen vielmehr beide arbeiten, sie wollen beide die Familie gründen. Ich mache es ja auch gerade; noch drei Wochen, dann werde ich Vater. Bestellt, aber noch nicht geliefert.

(Beifall)

Ich höre von jungen Ärzten, wie schwierig es in der Klinik ist, Elternzeit zu nehmen, weil das in den Kliniken nicht so beliebt ist und Chefarzte gelegentlich Schwierigkeiten machen. Als Minister darf man leider keine Väter- oder Elternzeitmonate nehmen. Das bedauere ich sehr.

Auf diese Herausforderungen bezüglich der Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf müssen wir Antworten geben. Gerade in Gesundheitsberufen, wo wir eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung wollen, werden familiengerechte Arbeitszeiten und entsprechende Arbeitszeitmodelle wichtig sein. Dazu muss die Politik einen Beitrag leisten. Wir haben das mit dem Gesetz in dieser Legislaturperiode gemacht.

Ich sage auch: Das wird eine Aufgabe in den Kliniken, das wird eine Aufgabe in den Kassenärztlichen Vereinigungen sein, denn die Strukturen im Gesundheitswesen bauen sehr stark auf dem alten Familienbild, auf der alten Struktur des Mannes als dem Hauptarbeiter in der Familie auf. Die Strukturen müssen sich hier verändern.

Insofern ein großes Lob – wir sind ja hier in Hannover zu Besuch –: Nach meiner Kenntnis ist die Medizinische Hochschule Hannover in Deutschland die Universitätsklinik mit den meisten eigenen Kitaplätzen. Das ist ein gutes Zeichen. An meiner Heimatuniversität sind seit einiger Zeit 150 Kitaplätze geschaffen worden. Ich weiß, dass bei einigen anderen noch Nachholbedarf besteht. Ich sehe, dass sich der Wettbewerb der Krankenhäuser natürlich an Landesbasisfallwerten, DRGs und Ähnlichem, das auch ganz wichtig ist, entscheidet. Aber mein Eindruck ist, dass die jungen Medizinerinnen und Mediziner sich bei der Frage, in welchem Krankenhaus sie arbeiten wollen, viel mehr danach entscheiden, ob es eine gute strukturierte Weiterbildung gibt und wie es mit familiengerechten Arbeitszeitmodellen aussieht.

Deswegen ist ein Wettbewerb der Krankenhäuser und auch der Kassenärztlichen Vereinigungen untereinander vonnöten: Wie geben wir Antworten auf dieses veränderte Berufsbild? Dazu wollen wir in der Politik unseren Beitrag leisten. Ich glaube, das wird eine Herausforderung für die nächsten Jahre sein. Die Folge darf

aber nicht der falsche Schluss sein, die Herausforderungen durch den gesellschaftlichen Wandel und den Wunsch nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf dadurch zu lösen, dass die selbstständige Tätigkeit als freiberuflicher niedergelassener Arzt infrage gestellt wird. Ich glaube nicht, dass wir eine bessere Versorgung haben, wenn wir im niedergelassenen Bereich nur noch angestellte Ärzte in Zentren haben.

(Beifall)

Im Gegenteil, das Gesundheitswesen in Deutschland ist deswegen so leistungsfähig, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, zwischen Patient und Arzt ist deswegen so stark, weil es die freie Wahl des Arztes gibt, weil es die Freiberuflichkeit gibt, weil gelegentlich viel mehr gearbeitet wird und man sich anstrengt, als es nach geregelten Arbeitszeiten der Fall wäre. Das ist eine Anerkennung, die die Patienten und ich als Gesundheitsminister den freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten zusprechen.

Weil wir wissen, dass dadurch das Gesundheitssystem in der Versorgung besser ist, will ich daran festhalten, dass der freie Beruf des Arztes und der Ärztin auch in den kommenden Jahren erhalten bleibt. Wir haben mehrere gesetzliche Maßnahmen ergriffen, um den freien Beruf zu stärken. Wir sind nicht dafür, dass eine Gewerbesteuerpflicht für freie Berufe kommt. Ich bin nicht dafür, dass wir niedergelassene Fachärzte nur noch in Zentren haben, möglicherweise angedockt an Krankenhäuser. Ich bin dafür, dass wir die Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen und des niedergelassenen Arztes so modernisieren, dass auch kommenden Medizinergenerationen der Wunsch erfüllt wird – es ist dies der Wunsch der kommenden Medizinergeneration –, den freien Beruf des Arztes auszuüben. Dafür wollen wir uns einsetzen.

(Beifall)

Weil wir uns sehr dieser Freiberuflichkeit verpflichtet fühlen, habe ich mich gefreut, als im vergangenen Jahr das Urteil des Bundesgerichtshofs kam, das festgestellt hat, dass niedergelassene Haus- und Fachärzte nicht Amtsträger einer Krankenkasse sind. Das mag sich technisch anhören, ist aber eine wesentliche und fundamentale Grundsatzfrage zum Selbstverständnis des niedergelassenen Haus- und Facharztes. Ich habe dieses Urteil begrüßt und verteidigt.

Ich bin nicht dafür, dass wir Bestechlichkeit und Korruption dulden. Ich weiß, immer wenn man das anspricht, entsteht der Eindruck, dass man alle Ärztinnen und Ärzte unter einen Generalverdacht stellt. Ich tue das nicht und habe das nie getan. Sie werden keine entsprechende Formulierung von mir finden. Ich bin der Überzeugung, dass es in jeder Berufsgruppe schwarze Schafe gibt und dass es im ärztlichen Bereich sehr wenige sein werden, bei denen man den Verdacht auf Bestechlichkeit oder Korruption erheben kann. Aber wir können nicht verneinen, dass es diese wenigen Fälle gibt. Zum Schutz der vielen, der meisten, fast aller Ärztinnen und Ärzte, die sich an Regeln und Gesetz halten, müssen wir die Möglichkeit haben, gegen den Verdacht auf Bestechlichkeit und Korruption vorgehen zu können.

Eine der ärgerlichen Folgen des Urteils des Bundesgerichtshofs ist, dass die Staatsanwaltschaften infolge des Urteils ihre Ermittlungen in aktuellen Fällen eingestellt haben und die Staatsanwaltschaften seit dem Urteil vom letzten Sommer nicht mehr ermitteln. Ich habe zunächst gesagt – Sie wissen das –: Es ist ja nicht so, dass damit

Bestechlichkeit und Korruption erlaubt sind. Es gibt genügend Regeln im Berufsrecht und im Sozialrecht, die dagegen vorgehen.

Wir wissen – wir haben uns lange Zeit genommen, auch gemeinsam; ich hatte um Stellungnahme vieler Organisationen, auch von Ihnen, gebeten –: Die Möglichkeiten des Berufs- und Sozialrechts reichen nach dem Urteil des Bundesgerichtshofs nicht aus, weil Schritte im Berufs- und Sozialrecht erst dann auf den Weg gebracht werden können, wenn es staatsanwaltliche Ermittlungen gibt. Deshalb müssen wir den Zustand wiederherstellen, dass Staatsanwaltschaften bei einem Verdacht ermitteln können, damit die Erkenntnisse, die die Staatsanwaltschaften haben, auch genutzt werden können.

Ich habe gehört, dass die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern gern selbst mehr Befugnisse haben wollen. Lieber Herr Montgomery, Sie sehen sicherlich in so einem schicken Trenchcoat als Ermittler wahnsinnig gut aus, noch schicker und noch besser.

(Heiterkeit)

Aber wir wollen einmal festhalten, dass aus meiner Sicht Ermittlungen wegen Korruption und Bestechlichkeit noch immer sehr gut bei den Staatsanwaltschaften aufgehoben sind, die das können. Ich glaube, es ist gut, dass wir es dort belassen.

(Beifall)

Insofern brauchen wir eine Regelung, um diesen Zustand wiederherzustellen.

Ich habe einen vernünftigen Weg gewählt, weil ich nämlich genau das nicht möchte, was andere wollen. Sie sehen häufig hinter den Formulierungen der Forderungen und dem, was konkret vorgeschlagen wird, genau den Gedanken: Man will über die Debatte über strafrechtliche Regelungen die niedergelassenen Ärzte zu Angestellten, quasi zu Verwaltungsangestellten der Krankenkassen machen. Das will ich nicht. Ich sage: Niedergelassene Ärzte sollen nicht zuerst dem Wohl der Krankenkasse verpflichtet sein. Ich sage aber auch: Sie sollen nicht zuerst dem Wohl eines anderen Unternehmens verpflichtet sein, sondern niedergelassene Ärzte sollen zuerst dem Wohl des Patienten verpflichtet sein. Deswegen sollen sie nicht Amtsträger oder Verwaltungsangestellte sein, sondern sie sollen freiberuflich tätig sein.

(Beifall)

Seit 20, 30 Jahren wird über strafrechtliche Regelungen für Freiberufler diskutiert. Seit 20, 30 Jahren tut sich nichts, weil die Freiberufler – und dies aus guten Gründen – eine Sonderstellung haben. Ihr Steuerberater – seien Sie froh – ist nicht in erster Linie dem Finanzamt verpflichtet, sondern Ihnen als seinem Mandanten. So ist es auch bei den anderen freien Berufen. Deswegen ist es klug, dass Sie eine Sonderstellung haben. Ich glaube, eine Diskussion, dass man strafgesetzliche Regelungen für alle freien Berufe schafft, wird dazu führen, dass nichts kommt oder die Amtsträgereigenschaft der niedergelassenen Ärzte hinsichtlich der Krankenkassen. Das wird dann kurzfristig die Lösung sein. Deshalb sage ich: Vorsicht, wenn solche Forderungen gestellt werden, alle freien Berufe ins Strafgesetzbuch zu schreiben und für sie eine Korruptionsregelung zu schaffen. Meine Erfahrung ist – ich habe mir die Geschichte angeschaut, wie das diskutiert wurde –, dass dies nicht zu einer Lösung führen wird.

Manche sagen, das müsse strafgesetzlich für alle freien Berufe geregelt werden, weil sie in Wahrheit keine Regelung haben wollen. Auch das würde zu einer Debatte über die Amtsträgereigenschaft führen. Ich glaube, die Regelung im Sozialrecht ist die treffende. Wir haben nun einmal eine besondere Situation. So wie der Steuerberater nur seinem Mandanten gegenüber ein Vertragsverhältnis hat, so hat auch der niedergelassene Arzt nicht nur gegenüber dem Patienten ein Vertragsverhältnis, sondern vor allem auch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung, Stichwort Sachleistungsprinzip. Die Bezahlung erfolgt aus Pflichtbeiträgen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern. Zwischen Patient und Arzt steht die gesetzliche Krankenversicherung. Diese Tatsache rechtfertigt, warum wir im Sozialrecht eine besondere Regelung mit dem Schutz vor Bestechlichkeit und Korruption finden müssen, aber eben auch nur für die großen Fälle, damit es nicht um die Pralinenschachtel, den Kalender oder den Schreibblock geht. Es darf nur um Fälle gehen, bei denen die ärztliche Therapie tangiert wird.

Ich glaube, dass wir mit unseren sozialrechtlichen Regelungen genau dieses Dreiecksverhältnis zwischen Patient, Arzt und gesetzlicher Krankenversicherung gefunden haben. Das gibt es eben bei privatärztlich tätigen Ärzten nicht. Sie haben allein ein Vertragsverhältnis mit dem Patienten. Das ist wiederum eine besondere Stellung, die rechtfertigt, warum wir das im Sozialrecht regeln. Ich glaube, das ist der klügere Weg, um schnell eine Lösung zu finden. Dafür setze ich mich ein, damit wir auch hier eine Lösung des Problems bekommen und keine weiteren Diskussionen bekommen, die aus meiner Sicht in der Folge eher dazu führen werden, dass die Amtsträgereigenschaft kommt.

Wenn ich bei den unangenehmen Themen bin, möchte ich auch noch kurz die Organspende ansprechen. Sie wissen, dass ich seit zehn Jahren selbst in einer Bewegung aktiv bin, die sich für die Organspende einsetzt. Mich hat es massiv geärgert, dass im letzten Jahr ausgerechnet, als sich endlich einmal alle Parteien einig waren – wann gibt es das schon einmal, dass alle Parteien eine Entscheidungslösung beschließen, damit Menschen aufgefordert werden, sich bei der Organspende zu entscheiden –, sich zunächst ein Arzt, vielleicht auch weitere – wir wissen es nicht; es wird weiter ermittelt –, auch vereinzelt an anderen Kliniken, auch dort sicherlich nicht solche Verdachtsfälle von Manipulationen, aber offenbar auch Unregelmäßigkeiten festgestellt worden sind. Das hat mich als jemand, der es damals als großen Erfolg gefeiert hat, dass wir das endlich alle gemeinsam voranbringen, sehr geärgert.

Ich kann guten Gewissens – ich bitte Sie um Unterstützung – die Bevölkerung weiter auffordern – ich tue es –, sich für die Organspende auszusprechen, denn diejenigen, die sich gegen die Organspende aussprechen, bestrafen nicht den Arzt, der jetzt in U-Haft sitzt, sondern die 12.000 Menschen auf der Warteliste, die dringend auf ein Spenderorgan warten. Denen gegenüber sind wir verpflichtet, alles dafür zu tun, dass sie eine zweite Chance auf ein weiteres Leben bekommen. Jeder, der sich aktiv für die Organspende entscheidet, ist ein Lebensretter.

Helfen Sie dabei mit, dass wir die Menschen überzeugen, dass die Regeln in Deutschland so streng sind wie in keinem anderen Land der Welt und dass wir dafür sorgen, dass derjenige das Organ bekommt, der es braucht, dass es kontrolliert wird, dass wir die Kontrollen noch einmal verschärft haben, dass es heute diese Manipulationsversuche gar nicht mehr geben kann, weil ein Arzt allein gar nicht mehr über die Daten selbst entscheidet, sondern mehrere Ärzte, die das unabhängig voneinander



kontrollieren, weil wir gemeinsam im Dialog unabhängige Kontrollen geschaffen haben, weil wir die Strukturen sukzessiv anpassen. Wir unterstellen die Richtlinien auch noch einmal einer politischen Verantwortung.

Bitte helfen Sie mit, dass das Vertrauen in die Organspende wieder wächst. Helfen Sie mit, dass wir gegen die eine oder andere Verunsicherung durch die Berichterstattung angehen. Mich hat es schon geärgert, dass ausgerechnet, nachdem es in Regensburg und Göttingen passiert war, auflagenstarke Zeitschriften und Zeitungen eine große Berichterstattung über die „organisierte Kriminalität beim internationalen Organhandel“ berichteten. Das, was auf den Philippinen oder in Indien passiert, hat nichts mit der Organspende in Deutschland zu tun. Weil wir wissen, dass das nichts miteinander zu tun hat, müssen wir auch Sorge dafür tragen, dass das in der öffentlichen Darstellung nicht vermengt wird, sondern dass Vertrauen in das Organspendewesen in Deutschland herrscht. Wir müssen den Menschen dieses Vertrauen zurückgeben, damit sie sich für die Organspende entscheiden, um damit anderen Menschen das Leben zu retten und ihnen die Chance auf ein neues Leben zu geben. Bitte helfen Sie mit, dass wir gemeinsam dieses Vertrauen zurückgewinnen.

(Beifall)

Ein allerletzter Punkt zu dem, was in den nächsten Jahren noch ansteht. Ich bin da noch voller Tatendrang auch in den nächsten Monaten. Ich habe bereits ein paar gesetzliche Regelungen genannt, aber ich möchte mich noch weiter einbringen. Die Gebührenordnung für Ärzte ist dringend renovierungsbedürftig. Wir haben in dieser Legislaturperiode nach langen Diskussionen die GOZ überarbeitet. Wir haben nicht eine Einheitsgebührenordnung vorgesehen, wie sie in der Schublade lag, als ich den Schreibtisch übernommen habe. Wir haben eine freiheitliche Gebührenordnung auf den Weg gebracht. Dies soll auch das Ziel für die Gebührenordnung für Ärzte sein. Nun ist das Wünschbare nicht immer das Finanzierbare; das wissen wir. Es gibt immer begrenzte Ressourcen im Gesundheitswesen. Das gilt auch für die kommenden Jahre. Das gehört auch zum Anerkennen der Realität.

Selbstverständlich braucht die Gebührenordnung für Ärzte nach den vielen Jahren der Nichtanpassung an die neuen Herausforderungen auch an die Kostenstrukturen, die sich entwickelt haben, eine Anpassung. Ich begrüße sehr, dass die Ärzteschaft und die private Krankenversicherung diesen Dialog nie ganz abgebrochen haben – so war mein Eindruck –, auch wenn es schwierig war. Aber vielleicht wünsche ich mir von beiden Seiten noch mehr Begeisterung, noch mehr Setzen darauf, dass eine gemeinsame Lösung die größten Realisierungschancen in der Politik hat.

Wir wissen, dass es viele Finanz- und Innenminister der Länder gibt, die mit anderen Augen darauf schauen als ein Gesundheitsminister. Deshalb hilft es uns ungemein, wenn Ärzteschaft und private Krankenversicherung einen gemeinsamen Vorschlag machen. Ich werde Sie dabei unterstützen, dass das auch kommt. Dafür müssen sich beide Seiten bewegen, damit es zu einer gemeinsamen Lösung kommt.

Schließlich möchte ich noch die Krankenhausfinanzierung ansprechen. Sie diskutieren hier über Markt und Medizin. Nie wird das Wünschbare finanzierbar sein, sondern es geht immer um begrenzte Ressourcen, die effizient eingesetzt werden müssen. Natürlich muss es dabei auch wirtschaftliche Betrachtungsweisen geben. Es ärgert mich sehr, weil ich glaube, dass es mit Ökonomie eigentlich nichts zu tun hat,

dass wir in den Krankenhäusern einen Mengendruck erleben, eine Arbeits- und Leistungsverdichtung, die das Gefühl erzeugt, man müsse immer mehr tun. Dabei geht es nicht um das, was ich unter Ökonomie verstehe, nämlich einen Leistungswettbewerb um die bessere Qualität der eigenen Leistung. Ich sage das selbstkritisch, weil es uns in dieser Legislaturperiode nicht ausreichend gelungen ist: Wir haben gedacht, wir würden mit den Leistungsabschlägen einen Anreiz setzen, nicht in den Mengendruck zu gehen. Wir haben offenbar über die Kollektivhaftung den Mengendruck sogar noch verstärkt. Das sage ich selbstkritisch. Es gehört für mich auch zur Politik, dass man, wenn man sieht, dass etwas in die falsche Richtung geht, eine Korrektur vornimmt. Wir korrigieren es gerade. Wir wollen diesen Effekt der Kollektivhaftung kurzfristig beseitigen.

Ich sage aber auch: Dieses Finanzierungssystem setzt die falschen Anreize. Es hat mit Ökonomie gar nichts zu tun. Im Markt würde nie nach Mittelmaß bezahlt. Im Markt würde nie jeder gleich bezahlt, egal ob er gute oder schlechte Arbeit leistet. Wenn wir aus der Arbeits- und Leistungsverdichtung herauswollen, wenn wir zu Motivation und Leistungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen kommen wollen, brauchen wir eine Finanzierung, die Leistung belohnt, die bessere Qualität und bessere Ergebnisse belohnt und nicht alle nach dem Mittelmaß vergütet, egal wie gut oder schlecht sie sind. Mit einer Mittelmaßorientierung bekommt man nie Spitzenleistungen. Das wird die Herausforderung für die nächste Legislaturperiode sein, hier ein neues Finanzierungssystem auf den Weg zu bringen, um die Motivation im Gesundheitswesen zu stärken. Diejenigen, die sich mehr anstrengen als andere, die besser sind als andere, sollen davon profitieren. Mein Ziel für die nächsten Jahre ist ein vernünftiger Qualitäts- und Leistungswettbewerb.

Sie haben – ich lese das auf den Plakaten – die Kampagne gestartet „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“. Sie haben meinen Ausführungen entnommen, was wir alles getan haben. Nicht alles gefällt Ihnen; das ist klar. Ich glaube aber, dass vieles entsprechend auch Ihren Forderungen in die richtige Richtung geht. Das wollen wir gern fortsetzen. Ich greife Ihren Slogan „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ auf und sage: Ich engagiere mich für Ihre Arbeit gern.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Anhaltender Beifall)