

Rudolf Henke
Bendstr. 36
52066 Aachen

21. Mai 2003

An das
Sekretariat des Ausschusses für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Deutscher Bundestag
Platz der Republik I

11011 Berlin

(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0223
vom 21.05.03

15. Wahlperiode

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

beigefügt übermittele ich Ihnen, hoffentlich noch rechtzeitig, meine schriftliche Stellungnahme zu der Anhörung Ihres Ausschusses am Mittwoch, den 21. Mai 2003, zum Gesetzentwurf der Fraktionen von CDU/CSU und FDP zur Änderung des Gesetzes zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung - Drucksache 15/542 - und zum Antrag der Fraktion der CDU/CSU zur Aufhebung der gesundheitspolitischen Maßnahmen im Beitragssatzsicherungsgesetz - Drucksache 15/652 (neu) -.

An der Anhörung nehme ich teil, kann allerdings erst um 14:30 Uhr auf dem Flughafen Berlin-Tegel landen, so dass ich hoffe, sofort eine rasche Verbindung zum Reichstag zu bekommen.



Rudolf Henke

Anlage

Mit freundlichen Grüßen

Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung zum Gesetzentwurf der Fraktionen von CDU/CSU und FDP zur Änderung des Gesetzes zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung - Drucksache 15/542 - und zum Antrag der Fraktion der CDU/CSU zur Aufhebung der gesundheitspolitischen Maßnahmen im Beitragssatzsicherungsgesetz - Drucksache 15/652 (neu) -

Die Bundesrepublik Deutschland befindet sich gegenwärtig in der ausgedehntesten wirtschaftlichen Flaute ihrer Entwicklung. Dies hat massive Auswirkungen für sämtliche Systeme der sozialen Sicherung. In der gesetzlichen Krankenversicherung waren die Finanzierungsprobleme noch nie in der Geschichte der Bundesrepublik größer als heute. Noch nie in der Geschichte der Bundesrepublik war das Leistungsversprechen der gesetzlichen Krankenversicherung so durchlöchert wie heute. Noch nie in der Geschichte der Bundesrepublik waren die Menschen mit der Versorgungssituation so unzufrieden wie heute. Noch nie in der Geschichte der Bundesrepublik war die langfristige Vorsorge für die Finanzierung gesundheitlicher Leistungen so schwach wie heute.

Dabei müssen sämtliche Systeme der sozialen Sicherung, insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung, große und schwierig zu bewältigende Herausforderungen schultern: Zu nennen sind der demographische Wandel, der den Altersaufbau in der Gesellschaft verändert hin zu einer Gesellschaft des langen Lebens. Der Rückgang der Geburten verurteilt uns zu einem veränderten Zahlenverhältnis zwischen Erwerbsfähigen und Leistungsempfängern in der Krankenversicherung, in der Rentenversicherung, in der Pflegeversicherung. Es gibt einen wachsenden und allseits erwünschten medizinischen und medizintechnischen Fortschritt, und es kostet mehr Geld, damit alle an diesem Fortschritt teilhaben. Die Kostenentwicklung ist zu einem gewissen Teil auch das Ergebnis einer höheren Informiertheit, einer höheren Entscheidungssouveränität und einer höheren Wertigkeit von Gesundheit bei den Patientinnen und Patienten, die sich aus nachvollziehbaren Gründen immer häufiger nur noch mit dem bestmöglichen zufrieden geben wollen.

In dieser Situation sind Schritte zu mehr Transparenz erforderlich, auch das Ringen um höhere Produktivität ist vorgezeichnet, dringend erwünscht ist ein Weg zu einer besseren Integration der Leistungen, gutes Management an den Schnittstellen von ambulanter und stationärer Versorgung aber auch denen zur Rehabilitation und zur Pflege, wir brauchen mehr und ernsthafter als bisher Prävention, mehr und ernsthafter als bisher Gesundheitsförderung, vor allem auch für die Menschen auf der Schattenseite der Gesellschaft.

Aber all dies lässt sich nicht erreichen, wenn man die Debatten als einen Kampf gegen die Leistungserbringer organisiert und politisch eine Polarisierung gegen die Gesundheitsberufe erzeugen will. Dadurch ruft man nur immer mehr Demotivation, immer mehr Verbitterung bei denen hervor, auf die man angewiesen ist, um die genannten Ziele zu erreichen.

Die in den zur Diskussion vorgelegten Drucksachen angesprochenen gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Beitragssatzsicherung sind mit dem Synonym Nullrunde belegt, sie gelten als Ausdruck eines beabsichtigten Abbaus tausender von Arbeitsplätzen und selbstständiger wirtschaftlicher Existenzen in Krankenhäuser und Praxen, und vielerorts wird kritisiert, dass der Begriff Nullrunde eine tatsächlich eintretende Minusrunde verschleiert. Ich begrüße die Intentionen der beiden zur Diskussion vorgelegten Anträge der Fraktionen von CDU/CSU und FDP bzw. der CDU/CSU nachdrücklich. Insbesondere auf die Krankenhäuser bezogen provoziert das Beitragssatzsicherungsgesetz einen nicht aus dem Stand der eigenen Vorbereitung sondern aus dem ökonomischen Anreiz des Gesetzes begründeten unvorbereiteten oder nicht hinreichend vorbereiteten Umstieg in das Fallpauschalensystem. Dies ist keine sachgerechte Form der Einführung der komplexen neuen Vergütungsstruktur.

In diesem Zusammenhang ist auch zu beachten, dass dringend eine Demotivation im ärztlichen Beruf bzw. bei Studierenden und potentiellen Studierenden für den ärztlichen Beruf vermieden werden muss. Ich begründe dies mit dem ansteigenden Durchschnittsalter der Ärzte, das sich im Zeitraum von 1993 bis 2001 von 46,6 auf 49,8 Jahre erhöht hat. Im gleichen Zeitraum ist das Durchschnittsalter von Krankenhausärzten von 38,1 auf 40,2 Jahre gestiegen. Der Bestand an Vertragsärzten, die zum jeweiligen Jahresende 60 Jahre oder älter sind, ist im Zeitraum 1993 von 8,8 % auf 14,3 % im Jahre 2001 gestiegen. Diese Entwicklung wird durch den negativen Trend der Zahl der Medizinstudierenden beeinflusst. Gab es im Jahre 1993 90.594 Medizinstudierende, so verblieben im Jahre 2002 noch 78.303. Die Zahl der Absolventen im Fach Humanmedizin ist von 11.555 im Jahre 1993 auf 8.955 im Jahre 2001 gefallen, die Zahl der Ärztinnen und Ärzte im Praktikum von 21.960 im Jahr 1993 auf 17.472 im Jahre 2001 gesunken. Zum Nachwuchsschwund im ärztlichen Beruf tragen sowohl der Verlust von Medizinstudierenden während des Studiums (Ausstieg) als auch der zunehmende Trend bei, dass junge Ärzte in andere, nicht patientennahe Berufsfelder wechseln. In den neuen Bundesländern steht inzwischen die hausärztliche Versorgung vor dem Zusammenbruch, und zwar insbesondere durch die Altersstruktur der Hausärzte und die in den kommenden Jahren weiteren hohen Abgänge. Die Fachärzte in den neuen Bundesländern weisen eine Alterstruktur auf, die ebenfalls die fachärztliche Versorgung beeinträchtigen kann.

Eine Prognose aus der Statistikabteilung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Ersatzbedarf an Hausärzten bis zum Jahre 2008 zeigt, dass bei einem angenommenen Nettozugang der Hausärzte von 12 % eine Versorgungslücke zwischen 800 und 1.000 Hausärzten (9 %) entsteht. Diese Entwicklung kündigt sich bereits an, da im Frühjahr 2002 64 % der Planungsbereiche für Hausärzte offen sind, während es für Fachärzte fast keine offenen Planungsbereiche im Frühjahr 2002 gibt. Die in Deutschland benötigten Hausärzte bis 2011 ergeben sich aus einer prognostizierten Übersicht und liegen im Jahre 2003 bis 2008 bei jährlich etwa 2.200 Ärzten, ab 2009 bis 2011 bei 2.600 Ärzten, wobei in diesem Zeitraum die Summe der geschätzten Bruttoabgänge bei 23.230 Hausärzten (ohne Kinderärzte) liegt.

Fazit ist, dass sowohl die ärztliche Versorgung insgesamt, vor allem aber die hausärztliche Versorgung in den neuen und den alten Bundesländern vor einem erheblichen Ärztemangel steht, wenn keine Gegenmaßnahmen ergriffen werden.

Angesichts dieses Hintergrundes sind dringend Maßnahmen erwünscht, die dazu beitragen, die Motivation der Ärztinnen und Ärzte, allerdings auch in anderen Gesundheitsberufen, zu erhöhen. Von den richtigen Formen der öffentlichen Kommunikation begleitet und als Ausdruck einer solchen politischen Neubesinnung dargestellt, würde die Annahme der beiden vorliegenden Gesetze einen wichtigen Beitrag zu einer solchen verstärkten Motivation leisten können, käme in ihnen doch die Abkehr von der zuvor erwähnten Mentalität einer Nullrunde zum Ausdruck. Wie die inzwischen eingetretene weitere Entwicklung der Diskussion zu den Systemen der sozialen Sicherung hat erkennen lassen, beschreiben die finanziellen Folgewirkungen der Nullrunde auch nicht im Ansatz die Erfordernisse für die notwendigen Entscheidungen in den verschiedenen Systemen der sozialen Sicherung. Aus meiner Sicht bleiben viele Bemühungen Stückwerk, wenn es nicht gelingt, in Deutschland ein neues Einvernehmen über die Architektur der sozialen Sicherung herbeizuführen.

Ausgangspunkt einer solchen neuen Architektur der sozialen Sicherung könnte der Gedanke sein, dass jeder Mensch zunächst das Bestreben hat, für sich selbst zu sorgen. Dazu braucht jeder - fast jeder - ein Einkommen. Die Fähigkeit, sich ein Einkommen zu erwirtschaften, kann jeder einbüßen. Das kann durch hohes Alter, Krankheit, Unfall, Pflegebedürftigkeit, Arbeitslosigkeit eintreten. Für diesen Fall hat der Einzelne Anspruch auf Hilfe. Damit die Hilfe finanzierbar bleibt, muss er auch selbst versorgen. Die Hilfe ist wirksamer, wenn sie sich auf die großen Risiken konzentriert. Dies bedingt die politisch schwierige Aufgabe, große und kleine Risiken von einander zu trennen. Große Risiken müssten in der Architektur der sozialen Sicherung dem solidarischen Schutz zugeordnet sein, kleine Risiken müsste der Einzelne selbst schultern.

Um beides voneinander zu unterscheiden, könnte man sich auf das jeweilige Einkommen der Menschen beziehen und ein Risiko dann als groß werten, wenn der Einzelne es aus seinem Einkommen nicht auffangen kann. Risiken, die der Einzelne aus seinem Einkommen auffangen kann, könnten - in Relation dazu - als klein gewertet werden. Verbindliches Ziel müsste sein, dass jeder Mensch in der Lage bleibt, seine Situation zu verbessern. Hoffnungslosigkeit darf sich nicht verbreiten. Deshalb darf es auch nicht so sein, dass ein Mensch im unverschuldeten Unglück alles verlieren muss, ehe solidarische Hilfe einsetzt. Anhand dieser Prinzipien müssten die konkreten Gestaltungen in der Rentenversicherung, in der Krankenversicherung, in der Pflegeversicherung und in der Arbeitslosenversicherung getroffen werden, wobei die kumulativen Effekte in den verschiedenen Systemen berücksichtigt werden müssen. Jeder muss sich darauf verlassen können, in einer Notsituation nicht überfordert zu werden.

Rudolf Henke