

Thema: Keine 100 Tage ist der neue Bundesgesundheitsminister im Amt, doch für Daniel Bahr geht es in diesen Tagen und Wochen bereits um sehr viel: Das von den Ärzten mit Spannung erwartete Versorgungsstrukturgesetz steht auf der politischen Agenda in Berlin. Im Interview mit dem *Rheinischen Ärzteblatt* spricht der Minister über sein Konzept einer sektorübergreifenden spezialärztlichen Versorgung, eine leistungsgerechte Vergütung und das Prinzip der Freiberuflichkeit des Arztberufs.

„Zum ersten Mal geht eine Regierung den drohenden Ärztemangel an“



RhÄ: Herr Bahr, haben Sie heute schon richtig zu Mittag gegessen?

Bahr: Ja, in der Kantine des Bundesgesundheitsministeriums in Bonn. Es gab Schnitzel mit Gemüse.

RhÄ: Auf ihrer Homepage schildern Sie den Ablauf einer typischen Sitzungswoche in Berlin. Kann der Bundesgesundheitsminister bei den ganzen Terminen überhaupt gesund leben?

Bahr: Klar. Auch ein Arzt kann gesund leben, obwohl er im Klinikalltag oder in der Praxis viel Stress hat. Ich mache meine Arbeit, die ich als hoch spannend empfinde, mit großer Freude, auch wenn das manchmal mit Abstrichen für das soziale Leben verbunden ist. Mir macht der Termindruck eigentlich nichts aus. Ich achte auf Bewegung und Ernährung und nehme mir auch schon einmal die eine oder andere Auszeit, um meine Gedanken zu sortieren.

RhÄ: Sie halten also etwas von Prävention. Die Opposition ist der Ansicht, dass Sie das Thema vernachlässigen.

Bahr: Unsinn. Wir haben in den vergangenen zwei Jahren bereits mehr angepackt als manche Koalition in einer ganzen Legislaturperiode. Bei der Prävention haben wir zunächst mit der betrieblichen Gesundheitsförderung einen Schwerpunkt gesetzt und eine allgemeine Bestandsaufnahme der Prävention in Deutschland vorgenommen. Im zweiten Halbjahr 2011 wollen wir hierauf aufbauend Entscheidungen über die künftige Präventionsstrategie treffen.

RhÄ: Was zeichnet die gute Ärztin, den guten Arzt aus?

Bahr: Erfahrung und Sachkenntnis sowie die Bereitschaft zum lebenslangen Lernen. Vor allem aber die Fähigkeit zuzuhören und Einfühlungsvermögen in die Situation des Patienten.

RhÄ: Und einen guten Gesundheitsminister?

Bahr: Ein guter Gesundheitsminister muss vor allem den Spagat zwischen den berechtigten Interessen der Patienten und denen der Beitragszahler. Als Patient wünscht man sich die beste medizinische Versorgung möglichst ohne Zuzahlungen. Als Beitragszahler hat man dagegen geringe Beiträge und damit die Kosten im Blick. Diesen Interessenausgleich so hinzukriegen, dass jeder unabhängig von Einkommen oder sozialem Stand die Leistungen, die er benötigt, auch bekommt, das ist Aufgabe eines Ministers.

RhÄ: Was zeichnet einen guten Finanzminister aus?

Bahr: Ein guter Finanzminister ist sparsam mit öffentlichen Geldern und unterstützt diejenigen, die den Wohlstand erarbeiten.

RhÄ: Anfang Juli gab es aus dem Hause von Wolfgang Schäuble Einwendungen gegen mögliche finanzielle Auswirkungen des geplanten Versorgungsstrukturgesetzes.

Bahr: Dass sich die Beamten des Finanzministeriums so für die Details der Gesundheitspolitik interessieren, ist ein gutes Zeichen. Aber auch die Kollegen dort wissen, dass es wesentlich teurer werden wird, wenn wir jetzt nicht gezielt mit Anreizen gegen den drohenden Ärztemangel vorgehen. Das sehen wir ja gerade in den skandinavischen Ländern und Großbritannien. Im Gesetz steht, was wir im Koalitionsvertrag vereinbart haben. Insofern bin ich mir sicher, dass wir das Versorgungsstrukturgesetz beschließen werden.

RhÄ: Ist nicht zu befürchten, dass mit jedem weiteren Steuerentwurf im Gesundheitsfonds, der beispielsweise für den Sozialausgleich benötigt wird, das Gewicht des Finanzministers in der Gesundheitspolitik zunimmt?

Bahr: Der höchste Zuschuss aus dem Bundeshaushalt geht mit 80 Milliarden Euro in die gesetzliche Rentenversicherung. Ich habe nicht den Eindruck, dass die Rentenpolitik federführend vom Finanzministerium gestaltet wird. Der zweithöchste Zu-

schuss geht an die Bundesagentur für Arbeit. Mein Eindruck ist nicht, dass die Arbeitsmarktpolitik im Kern vom Finanzminister gestaltet wird. Und trotz eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung gestaltet das Gesundheitsministerium die Gesundheitspolitik.

RhÄ: Was versprechen Sie sich von der Re-Regionalisierung der ärztlichen Vergütungsstrukturen und einer stärkeren Betonung der Einzelleistungen, wie sie der Entwurf für das Versorgungsstrukturgesetz vorsieht?

Bahr: Der Zentralismus der vergangenen Jahre hat zu viel Unmut unter den Ärztinnen und Ärzten geführt. In den letzten Jahren ist zusätzliches Geld ins System geflossen, doch der Eindruck unter den Ärzten ist, dass es nicht angekommen ist. Dazu kommt, dass die Honorar-Situation in Nordrhein eine ganz



andere ist als die in Schleswig-Holstein, Hamburg oder Berlin. Zentralistische Beschlüsse helfen da nicht weiter. Wie eine leistungsgerechte Vergütung aussieht, das soll künftig wieder vor Ort entschieden werden. Das gilt dann auch für die Frage, ob Leistungen pauschaliert werden sollen oder die Einzelleistungsvergütung wieder eine größere Rolle spielen soll.

RhÄ: Die Forderung nach einer besseren Verzahnung der Sektoren gilt unter allen Akteuren des Gesundheitswesens inzwischen als Allgemeinut. Der Paragraph 116b SGB V hat sich in der Vergangenheit aber eher als Zankapfel denn als Scharnier erwiesen. Als Antwort darauf will Schwarz-Gelb jetzt eine sogenannte spezialärztliche Versorgungsebene einziehen. Was versprechen Sie sich davon?

Bahr: Es ist sinnvoll, dass die einzelnen Sektoren bei der Behandlung von Patienten mit bestimmten Erkrankungen besser zusammenarbeiten. Wir wollen mit der künftigen spezialärztlichen Versorgung einen Qualitätswettbewerb anstoßen und mehr Freiheiten geben. Entscheidend ist, dass für niedergelassene Ärzte und Kliniken faire Bedingungen herrschen und es einheitliche Qualifikationsanforderungen geben wird.

RhÄ: Ihr Gesetzentwurf sieht keine Bedarfsplanung vor, es soll das Prinzip gelten: „Wer kann, der darf.“ Be-

sonders niedergelassene Kollegen befürchten einen ruinösen Wettbewerb, der die Patientenversorgung nicht verbessert, sondern sogar gefährdet. Geht der Zug also doch in Richtung Polikliniken?

Bahr: Von den Kliniken höre ich genau gegenteilige Kritik. Ich teile diese Sorgen nicht. In einigen Regionen werden sich niedergelassene Fachärzte, in anderen die Kliniken durchsetzen, in wieder anderen wird es Kooperationen geben. Wir wollen wieder mehr Freiheit in der Versorgung ermöglichen und eine Kultur des Vertrauens schaffen. Von daher ist es schon erstaunlich, dass sofort wieder nach Reglementierung gerufen wird.

RhÄ: Ein weiterer Kritikpunkt lautet, dass es keine Mengengrenzung geben soll.

Bahr: Wir haben hier einen sehr gut abgrenzbaren Bereich. Es geht um Krankheitsbilder wie Tuberkulose oder HIV/Aids, MS, Krebs oder Mukoviszidose. Da ist eine Mengenausweitung nicht zu erwarten. Sollte es wider Erwarten doch dazu kommen, werden wir Anpassungen vornehmen.

RhÄ: Der Gemeinsame Bundesausschuss soll die Spielregeln für die fachärztliche Spezialversorgung ausarbeiten. Droht den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten trotz jahrelanger fundierter Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung eine fortwährende Qualifikationsnachweispflicht?

Bahr: Ich glaube, dass der Gemeinsame Bundesausschuss einen praktikablen Weg finden wird. Aber es wird in der Tat ein Qualifikationsnachweis erforderlich sein, um spezialärztliche Leistungen erbringen zu können.



RhÄ: Die Leistungen sollen ähnlich dem Fallpauschalensystem vergütet werden. Kritiker befürchten eine Fokussierung auf „wirtschaftlich attraktive Fälle“.

Bahr: In den Krankenhäusern gibt es die Fallpauschalen schon seit Jahren und sie wurden so erfolgreich entwickelt, dass viele Länder ihr Interesse am deutschen System bekunden. Das System hat sich bewährt, gerade weil auch die Behandlung vermeintlich unattraktiver Fälle mit den Pauschalen abgedeckt ist. Und schließlich herrscht bei den Ärzten ja auch ein hohes Ethos. Nehmen sie die EHEC-Epidemie: Da hat

kein Krankenhaus an Geld gedacht, sondern die Ärztinnen und Ärzte haben mit großartigem Einsatz alles für die Patienten getan. Die Pauschalen ermöglichen eine vergleichbare, faire Vergütung und Planbarkeit.

RhÄ: „Leistung muss sich wieder lohnen“ lautet ein parteiübergreifend beliebter Wahlkampfeslogan: Für Vertragsärztinnen und -ärzte ist überdurchschnittliches Engagement für die Patienten mit Honorarkürzungen und Regressen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln verbunden. Sieht so Werbung für die Tätigkeit als niedergelassene Ärztin oder Arzt aus?

Bahr: Für unterversorgte Gebiete oder Gebiete, in denen Unterversorgung droht, schaffen wir als Koalition die Mengenabstaffelung ab und gehen den Bereich der Heil- und Hilfsmittel an. Mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz haben wir die Regressgefahr für Ärzte bereits deutlich abbauen können.

RhÄ: Aber es bleibt beim Regress als Instrument.

Bahr: Die Angst vor Regressen ist weitaus größer als die tatsächliche Bedrohung durch einen Regress. Viele Ängste kann man mit einer zeitnahen, besseren Information abbauen. Im Versorgungsstrukturgesetz verankern wir zudem den Grundsatz: Beratung vor Regress.

RhÄ: Die Opposition nennt den Gesetzentwurf einen „Bauchladen für Ärzte“ und fürchtet zusätzliche Ausgaben in Milliardenhöhe.

Bahr: Die Zahlen, die kursieren, sind völlig aus der Luft gegriffen. Und es bleibt außer Acht, dass möglichen Mehrausgaben auch Einsparungen gegenüberstehen. Klar ist: Wer die medizinische Versorgung sicherstellen und einen Ärztemangel verhindern will, wird nicht umhinkommen, das Vergütungssystem leistungsgerechter zu gestalten. In meinen Gesprächen mit den Bürgern erfahre ich für diese Politik viel Zustimmung.

RhÄ: Das Versorgungsstrukturgesetz ist also keine „Klientelpolitik“?

Bahr: Mir geht es um die Verbesserung der Strukturen und um die flächendeckend gute medizinische Versorgung für Patientinnen und Patienten. Dazu gehört eben auch, dass ein Arzt erreichbar und verfügbar ist. Einfach mehr Geld ins System zu geben, ist da keine Lösung. Im Vergleich der akademischen Berufe verdienen Ärzte gut, aber offensichtlich ist das Vergütungssystem demotivierend. Genau hier will ich ansetzen und gegensteuern. Ich muss mit Kritik leben. Mir geht es um die Sache und nicht um das Geschrei der Opposition. Ich bin sicher, dass wir eine richtige Mischung gefunden haben.

RhÄ: Die Freiberuflichkeit sei tragendes Prinzip der Gesundheitsversorgung, heißt es im Koalitionsvertrag. Wo findet sich dieser Grundsatz in Ihrer praktischen Politik wieder?

Bahr: Trotz Milliardendefizits in der GKV haben wir im GKV-Finanzierungsgesetz auf Nullrunden

oder gar Kürzungen bei den Vergütungen verzichtet. Das Defizit haben im Wesentlichen die Beitragszahler geschultert. Wir haben im Arzneimittelbereich die Therapiefreiheit gestärkt und dafür gesorgt, dass wieder mehr Geld für die ambulante Patientenversorgung ausgegeben wird als für Arzneimittel. Und mit dem Versorgungsstrukturgesetz räumen wir niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten beim Kauf von Arztsitzen gegenüber Medizinischen Versorgungszentren ein Vorkaufsrecht ein. Ich habe im Gegensatz zu meiner Vor-Vorgängerin nie gesagt, dass Schluss sein müsse mit der „Ideologie der Freiberuflichkeit“. Und zum ersten Mal geht eine Bundesregierung den drohenden Ärztemangel an.

RhÄ: Die Gebührenordnung für Ärzte, kurz GOÄ, ist fast 30 Jahre alt, eine Reform überfällig. Die Erwartung an Sie ist groß – zu groß?

Bahr: Mein Haus hat von mir bereits den Auftrag bekommen, mit der Erarbeitung zu beginnen, erste Beratungen finden statt. Bundesärztekammer und PKV haben Vorarbeiten geleistet, wir fangen also nicht bei Null an. Aber jetzt muss zunächst einmal die Gebührenordnung für Zahnärzte beschlossen werden.

RhÄ: Lebt die elektronische Gesundheitskarte noch?

Bahr: Die elektronische Gesundheitskarte wird so, wie manche sie wollten, nicht umgesetzt. Und das ist auch gut so. Die Idee, Patientendaten auf zentralen Servern zu sammeln, habe ich immer abgelehnt. Was kommen wird, ist eine Krankenversichertenkarte mit Foto, der Versichertenstammdatenabgleich und der Notfalldatensatz als freiwillige Option für den Patienten. Bei allem, was wir machen, gilt: Es muss handhabbar und sicher sein – und der Patient muss Herr seiner Daten bleiben.

RhÄ: Die Ambulanten Kodierrichtlinien, kurz AKR, sind noch vor ihrer Einführung wieder abgeschafft worden. Woher der Sinneswandel?

Bahr: Die AKR habe nicht ich erfunden. Bei meinen Gesprächen mit den Beteiligten habe ich festgestellt, dass diese die AKR kritisch sehen. Meine Sorge war, dass wir mit den Kodierrichtlinien die Arztpraxen mit noch mehr Verwaltungsarbeit belasten. Die Ärzte sollen aber mehr Zeit für ihre Patienten haben. In den Regionen soll daher jetzt entschieden werden, wie für die Vergütungs-Verhandlungen die Morbidität am besten gemessen werden kann. Eine Möglichkeit wäre die Erhebung von Stichproben.

RhÄ: Kommen Sie nächstes Jahr wieder zum Interview nach Düsseldorf?

Bahr: Ich komme auch gern in fünf Jahren als Bundesgesundheitsminister wieder.

Das Interview führten Horst Schumacher und Bülent Erdogan-Griese.
Fotos: Jochen Rolfes



Zur Person

Daniel Bahr wurde am 4. November 1976 in Lahnstein geboren. Nach seiner Ausbildung zum Bankkaufmann studierte er in Münster Volkswirtschaftslehre und Business Management. Von 1996 bis 2003 (seitdem gehaltlos beurlaubt) arbeitete er für die Dresdner Bank AG in Schwerin und Hamburg. Seit 2001 ist er Mitglied im Bundesvorstand der FDP und seit November 2010 Landesvorsitzender der FDP Nordrhein-Westfalen. Bahr ist seit 2002 Mitglied des Deutschen Bundestags und wurde nach der Bundestagswahl 2005 gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion. Von Oktober 2009 bis zu seiner Ernennung zum Minister am 12. Mai 2011 war Bahr Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister für Gesundheit.

ble