

**Beginn: 10:04 Uhr**

**Präsidentin Regina van Dinther:** Meine sehr geehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich heiße Sie herzlich willkommen zur 119. Sitzung des Landtags Nordrhein-Westfalen. Mein Gruß gilt auch unseren Gästen auf den Zuschauertribünen sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Medien.

Für die heutige Sitzung haben sich **acht Abgeordnete entschuldigt**; ihre Namen werden in das Protokoll aufgenommen.

Ein Mitglied des Hohen Hauses hat heute **Geburtstag**: Karl Kress feiert seinen 64. Da er noch nicht da ist, gratuliere ich ihm schon einmal in Abwesenheit und wünsche ihm im Namen aller Kolleginnen und Kollegen alles Gute.

(Allgemeiner Beifall)

Meine Damen und Herren, wir treten in die Beratung der heutigen **Tagesordnung** ein.

Ich rufe auf:

**1 Leistungsgerechtes Honorar für niedergelassene Ärzte sicherstellen**

Aktuelle Stunde  
auf Antrag  
der Fraktion der CDU und  
der Fraktion der FDP  
Drucksache 14/8785

Die Fraktionen von CDU und FDP haben mit Schreiben vom 16. März 2009 gemäß § 90 Abs. 2 der Geschäftsordnung zu dieser aktuellen Frage der Landespolitik eine Aussprache beantragt.

Ich eröffne die Aussprache und erteile Kollegen Henke von der CDU-Fraktion das Wort. Bitte schön, Herr Henke.

**Rudolf Henke (CDU):** Frau Präsidentin! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Die CDU-Landtagsfraktion will an den Anfang dieser Debatte ihren Dank an die Ärztinnen und Ärzte in Nordrhein-Westfalen und ihre Mitarbeiter für aufopferungsvolle Arbeit, qualifizierte Patientenversorgung und zuverlässige Gesetzes- und Vertragstreue stellen.

(Beifall von der CDU)

Wer sich so für die Kranken einsetzt wie diese guten Ärzte, hat diese Honorarreform nicht verdient. Ich will aber auch sagen: Wer von gesetzlich versicherten Patienten Vorkasse verlangt, handelt rechtswidrig und bringt die vertragstreuen Ärzte in Misskredit.

(Beifall von der CDU)

Wir fordern eine rasche Korrektur der unerträglichen Benachteiligung der nordrhein-westfälischen Ärzteschaft. Das Vergütungssystem muss einfacher, verständlicher und transparenter werden.

Die Krankenhäuser, um auch das zu sagen, sind weder personell noch von den Abläufen her in der Lage, die drohenden Lücken in der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte zu kompensieren. Nur mit einer leistungsgerechten Honorierung der Regelversorgung wird eine flächendeckende haus- und fachärztliche Versorgung der Bevölkerung durch niedergelassene Ärzte auf hohem Qualitätsniveau zu erhalten sein. Außerdem ist eine besondere Förderung für die ärztliche Versorgung auf dem Land und für eine verlässliche Hausarztmedizin nötig.

Es kommt darauf an, dass man mit den ärztlichen Kernarbeiten ein angemessenes Einkommen erzielen kann, statt sich zum Honorarakrobaten zu verbiegen. Pauschalen von 32 oder 36 € für die ganze hausärztliche Regelleistung eines kompletten Quartals sind eine dauerhafte Demotivation. Dabei wissen wir natürlich, dass das nicht die komplette Vergütung der niedergelassenen Ärzte für alle Leistungen ist und dass die Fachgruppen sehr unterschiedlich von der Möglichkeit betroffen sind, neben dem Regelleistungsvolumen andere Erträge zu erzielen.

In Internet gibt es eine Seite, die sich mit der Übersetzung von Sprichwörtern in möglichst kompliziert und wissenschaftlich klingende Aussagen befasst. Der Satz „Über allen Gipfeln ist Ruh“ wird dort mit der Formulierung übersetzt: Oberhalb der Kulminationspunkte forstwirtschaftlicher Bestände tendieren die Dezibelwerte gegen den Nullpunkt. – Ein anderer Satz dort lautet: Es existiert ein Interesse an der generellen Rezession der Applikation relativ primitiver Methoden komplementär zur Favorisierung adäquater komplexer Algorithmen. Das bedeutet übersetzt: Warum einfach, wenn es auch kompliziert geht.

Deshalb freut sich jeder, der einen einfachen Text, noch dazu aus einem Ministerium, hört. Einen solchen Satz habe ich Ihnen mitgebracht. Er stammt aus dem Bundesministerium für Gesundheit vom 15. Dezember 2008. Er lautet:

Seit 1. Januar 2006 werden die Leistungen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit festen Preisen einer Euro-Gebührenordnung vergütet. Damit erhöht sich die Kalkulierbarkeit des ärztlichen Einkommens. Die bisherigen Budgets werden abgelöst. Vereinbart wurde, dass die Ärzte ab dem Jahr 2009 mehr Leistungen zu höheren Preisen abrechnen können.

Es gibt eine ganze Reihe ähnlicher Sätze, zum Beispiel unmittelbar von Ministerin Schmidt vom 17. Oktober 2008 im Deutschen Bundestag – wörtliches Zitat –:

Ab 1. Januar 2009 wird unser Gesundheitssystem ein großes Stück übersichtlicher.

Oder von derselben Ministerin vor dem Deutschen Ärztetag 2008 in Ulm – wörtliches Zitat –:

Die Reform wird mehr Geld für die ambulante Versorgung bringen und die Vergütung des einzelnen Arztes verlässlicher und gerechter machen. Ich

– so Frau Schmidt –

sage dies hier bewusst, und ich weiß, dass ich mit dieser Aussage Verantwortung dafür übernehme, dass die bessere Honorierung bei den im Herbst anstehenden Finanzierungsentscheidungen berücksichtigt wird.

Schließlich von derselben Ministerin am 29. August 2008, als die Honorarreform beschlossen wurde:

Mit dem von der Selbstverwaltung erzielten Ergebnis kommt die Gesundheitsreform ein weiteres großes Stück voran. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte erhalten nun ein kalkulierbares, gerechteres und auch transparentes Honorarsystem. Damit wird die mit der Gesundheitsreform beschlossene grundlegende Neuordnung der Honorierung umgesetzt.

Ich sage: Statt damals die Haken und Ösen der Honorarreform zu erklären, statt damals von Gewinnern und Verlierern zu sprechen, statt damals auf noch zu lösende Probleme hinzuweisen, wurden überall nur Erwartungen geweckt, Hoffnungen angestachelt und ein kalkulierbares, gerechteres und auch transparentes Honorarsystem versprochen.

Heute weiß jeder Zeitungsleser, dass dieses Versprechen nicht eingelöst ist. Heute spricht auch die Bundesministerin für Gesundheit ganz anders – Zitat –:

Kein Arzt weiß, was das erste Quartal tatsächlich an neuem Honorar bringt.

So Frau Schmidt am vorigen Mittwoch im ARD-Morgenmagazin. Das könne man erst im Mai feststellen. Die Ungerechtigkeiten, die jetzt beklagt würden, seien Verteilungsprobleme zwischen den Arztgruppen.

Meine Damen und Herren, jeder Arzt und seine Mitarbeiter wissen, was das erste Quartal an Kosten bringt, denn der Arzt kennt die Preise seiner Miete, seiner Praxisinvestitionen, seiner Energiekosten und vor allem seiner Personalkosten.

Dieses Missverhältnis – Nichtwissen um das Honorar, aber festes Wissen um die Kosten – ist es, was die Härte und Emotionalität der Auseinandersetzung erklärt, die wir zurzeit erleben. Eben dieses Missverhältnis ist ja das, was durch ein kalkulierbares, gerechteres und auch transparentes Honorarsystem beseitigt werden sollte.

Nordrhein-Westfalen ist in spezifischer Weise bei der Verteilung benachteiligt. Bei der inzwischen von dem INEB, dem Institut zur Berechnung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes, durchgeführten Simulationsrechnung kommt das INEB auf eine Gesamtsumme von 3,5 Milliarden €, die zusätzlich zur Verfügung stünden – 500 Millionen € mehr, als man noch vor zwei Monaten angenommen hat, 700 Millionen € mehr, als man noch im August angenommen hat. Bei der Verteilung dieser augenscheinlich 3,5 Milliarden € bekommt Nordrhein-Westfalen ein Plus von 200 Millionen €.

Deswegen herrscht hier eine ungerechte Verteilung. Wir sind als CDU-Fraktion für die Anstrengungen von Gesundheitsminister Laumann außerordentlich dankbar, mit einer Art konzertierter Aktion des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen die Benachteiligung unseres Bundeslandes zu bekämpfen. Ich sage auch: Eine komplette Rückabwicklung der Honorarreform mit Abkehr von Vergütungen in Euro und Cent und neuen Ungerechtigkeiten für die Ärztinnen und Ärzte im Osten des Landes wird es nicht geben können. Es kann aber nicht sein, dass Nordrhein-Westfalen bei einem Honorarplus von inzwischen nach Presseberichten sogar bis zu 3,8 Milliarden € mit 200 Millionen € mehr abgespeist wird und viele fleißige Ärzte zu Verlierern werden.

(Beifall von CDU und FDP)

Deswegen ist es Aufgabe aller, auch der Bundesgesundheitsministerin, aber auch von uns allen hier im Landtag, uns um Abhilfe zu kümmern. Das Geld für eine gerechtere Verteilung ist nach den jüngsten Meldungen offenbar vorhanden. Dann müssen wir diese gerechtere Verteilung bewirken.

Ich bin fest davon überzeugt, dass auch Sie, meine Damen und Herren von der Opposition, hierbei die CDU- und FDP-Fraktion unterstützen werden. – Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit.

(Beifall von CDU und FDP)

**Präsidentin Regina van Dinter:** Danke schön, Herr Henke. – Für die FDP-Fraktion spricht Herr Dr. Romberg.

**Dr. Stefan Romberg (FDP):** Frau Präsidentin! Sehr geehrte Damen und Herren! Der Streit um das Arzthonorar zieht inzwischen weite Kreise. Die zum Teil hochemotional geführte Debatte zeichnet sich vor allem durch wechselseitige Schuldzuweisungen aller Beteiligten aus. Auch Patienten, die immer häufiger vor verschlossenen Praxistüren stehen, sind betroffen, weil Ärzte bundesweit auf die Straße gehen, um ihrem Unmut Luft zu machen. Einige von ihnen wollen sogar zurück zum alten Honorarsystem, obwohl sie damit in den letzten Jahren alles andere als zufrieden waren.

Für die Große Koalition in Berlin kommt dieser Protest eher zur Unzeit. Denn die Reform der Honorarordnung sollte die Ärzte im Jahr der Bundestagswahl beruhigen, und jetzt brennt die Hütte. Für Ärger am laufenden Band hat schon der unsägliche Gesundheitsfonds gesorgt, der sich für das Geld der Beitragszahler als Fass ohne Boden erweist und überhaupt nichts an der Versorgungsqualität verbessert – im Gegenteil.

Hinzu kommt, dass die versprochene Abschaffung der Budgetierung nicht erfolgt ist, sondern mit den Regelleistungsvolumina lediglich einen neuen Namen erhalten hat. Der Praxistest beweist, dass es sich bei diesen Regelleistungsvolumina, die auf Durchschnittsberechnungen beruhen, nicht um arztindividuelle Budgets handelt. Eine solche Grundlage widerspricht aber den realen Verhältnissen, und das ist das Problem. Denn entsprechende Standardpraxen gibt es in Nordrhein-Westfalen und auch im sonstigen Bundesgebiet nicht.

Es ist eben ein Unterschied, ob eine Praxis in Düsseldorf liegt oder im Münsterland. Es gibt große Unterschiede, wie viele schwer erkrankte oder ältere Menschen in einer Praxis behandelt werden. So, wie sich die zu behandelnden Krankheiten innerhalb eines Fachgebiets je nach Art und Region unterscheiden, so unterscheiden sich auch die Ausstattungen, die Praxen benötigen. Da die niedergelassenen Ärzte aus diesem Grund einen unterschiedlichen Finanzierungsbedarf haben, muss das auch in der Vergütung zum Ausdruck kommen. Das ist eben nicht der Fall.

Hinzu kommt, dass es auch noch Benachteiligungen und Ungerechtigkeiten zwischen den Bundesländern und zwischen den Facharztgruppen gibt. So klagen vor allem Gynäkologen, Orthopäden, Augenärzte, Hautärzte. Fest steht jedenfalls, dass viele Ärzte in Nordrhein-Westfalen zu den Verlierern gehören. In Westfalen-Lippe müssen allein die 4.800 Hausarztpraxen Verluste von bis zu 20 % verkraften. Damit sind Praxisschließungen vorprogrammiert. Das ist angesichts der Aktivitäten der Landesregierung gegen den drohenden Ärztemangel auf dem Land ein wirklich kontraproduktives Signal aus Berlin.

(Beifall von Ralf Witzel [FDP])

Wie sollen wir angesichts solcher Zahlen die zahlreich abwandernden Ärzte noch dazu überreden, eine Landarztpraxis zu betreiben? Was bedeutet das in der Konsequenz für die Versorgungssicherheit in den Kommunen im Münsterland, Sauerland, Siegerland, in der Eifel? Ich glaube, diese Entwicklung geht in keine gute Richtung, wenn sich nichts ändert. Die Große Koalition in Berlin hat es jedenfalls versäumt, die flächendeckende Versorgung gerade in ländlichen Regionen langfristig sicherzustellen.

Die Bundesgesundheitsministerin versucht nun zu retten, was zu retten ist, und hat sich den Streithähnen, Kassen und Ärzten, als Vermittlerin angeboten. Das ist ein bisschen so, als würde man den Bock zum Gärtner machen. Frau Schmidt lehnt sich zurück und meint, sie hätte damit gar nichts zu tun. Aber es ist doch die Honorarreform aus ihrem Haus.

Natürlich haben sich die Ärzte eine Reform gewünscht. Das kann ich aus Sicht der FDP völlig nachvollziehen. Aber was ist das für eine Reform, die alles noch ungerechter und unübersichtlicher macht als vorher? Die Verantwortung dafür trägt Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und mit ihr die gesamte schwarz-rote Bundesregierung: Note ungenügend für diese Honorarreform!

Wo sind die Experten, die diese Reform und ihre Verästelungen noch durchschauen? Wohin fließen die versprochenen 2,7 Milliarden € und nach welchen Kriterien? Experten sind ratlos, Bürger schon lange. Deshalb werben wir Freien Demokraten für einen Neuanfang. Das wird sicher erst nach der Bundestagswahl gehen. Wir wollen ein transparentes und gerechtes System mit einem transparenten, einfachen und leistungsgerechten Vergütungssystem. Wir wollen feste Preise für Leistungen und Leistungskomplexe erreichen, mit denen ein Arzt vor Ort umgehen kann.

(Beifall von Ralf Witzel [FDP])

Wir wollen eine leistungsgerechte Vergütung, die eine qualitativ gute Patientenversorgung erst sicherstellt. Wer glaubt denn ernsthaft, dass mit einer Quartalspauschale von 30 € ein älterer, schwer erkrankter Mensch adäquat behandelt werden kann? Wer glaubt denn ernsthaft, dass die Versorgung mit Hausbesuchen gerade in ländlichen Regionen sichergestellt wird, wenn der Hausbesuch inklusive Entfernungspauschale mit rund 17 € vergütet wird? Kein Handwerker würde sich für 17 € auf den Weg machen, wenn die Heizung defekt ist oder das Licht nicht funktioniert.

Mit dieser Honorarreform ist der Arztberuf leider nicht attraktiver geworden. Schon jetzt fehlt der ärztliche Nachwuchs. Über 1.000 Arztstellen in nordrhein-westfälischen Krankenhäusern sind nicht besetzt. Dieser Mangel wird viel schneller in der ambulanten Versorgung ankommen, als heute noch viele denken. Denn in den nächsten fünf Jahren werden zahlreiche niedergelassene Ärzte in Nordrhein-Westfalen in den Ruhestand gehen. Der ärztliche Nachwuchs wird jedoch aufgrund der schlechten Rahmenbedingungen weiter spärlicher werden.

Deshalb brauchen wir dringend ein leistungsgerechtes Vergütungssystem, damit Patienten auch in fünf Jahren noch flächendeckend und qualitativ hochwertig behandelt und versorgt werden, auch hier in Nordrhein-Westfalen. – Danke schön.

(Beifall von FDP und CDU)

**Präsidentin Regina van Dinther:** Danke schön, Herr Dr. Romberg. – Für die SPD spricht Frau Howe.

**Inge Howe (SPD):** Sehr geehrte Frau Präsidentin! Meine Damen und Herren! Bei dem komplexen Thema ist es wichtig, ein kleines Stück Historie vorwegzuschicken, damit alle hier im Saal wissen, worüber wir eigentlich sprechen und wer an welcher Stelle vergessen hat, seine Hausaufgaben zu erledigen.

Die Reform der Ärztehonorare ist ins Gerede gekommen, weil Ärzte über hohe Einkommenseinbußen klagen, gerade bei uns in Nordrhein-Westfalen. Dabei steht ab 2009 erheblich mehr Geld zur Verfügung, nämlich 3 Milliarden €. Aber deutlich wird: Es gibt Streit über dieses zusätzliche Geld, der in vielfacher Weise öffentlich ausgetragen wird. Der Streit hat viele Facetten, wobei es sich immer um die Frage einer gerechten Verteilung der Gelder dreht. Dabei geht es um alte Konflikte innerhalb der Ärzteschaft zwischen Haus- und Fachärzten. Es geht auch um die Rolle der Selbstverwaltung und um parteipolitische Bruchlinien. Das macht die Debatte so vertrackt.

Die Geschichte der ambulanten Krankenversorgung bei uns in Deutschland ist immer auch eine Geschichte der Honorarkämpfe gewesen. Hieran hat sich seit der Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung vor mehr als 125 Jahren wenig geändert, allenfalls an der Intensität.

Seit Gründung der Ärzteverbände aus ökonomischen Motiven streiken Ärzte um Honorare. Dieses Streikrecht wurde ihnen mit der Notverordnung von 1932 genommen. Im Gegenzug wurde das selbstverwaltete System regionaler Kollektivverträge eingeführt und gilt bis heute. Krankenkassen handeln mit Kassenärztlichen Vereinigungen eine Honorarsumme für niedergelassene Ärzte aus. Die KV verteilt diese Honorarsumme an ihre Ärzte und garantiert im Gegenzug den Krankenkassen die ambulante Versorgung ihrer Patienten, den Sicherstellungsauftrag.

Anfang der 90er-Jahre wurde von allen großen Parteien im Bundestag ein Kostendämpfungsgesetz beschlossen, um die Entwicklung der Arzthonorare an die Grundlohnsumme zu knüpfen. Die Budgetierung erfolgte damals unter Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer. Sie führte zu einer Leistungseinschränkung der Ärzte. Zur gleichen Zeit wuchs jedoch die Zahl der niedergelassenen Ärzte stark an: seit 1990 knapp um die Hälfte auf 150.000. Diese Entwicklung konnte natürlich nur zu einem Honorarverfall führen. Das musste geändert werden. 2009 war es dann so weit.

Mit der Reform 2009 werden wichtige Forderungen der Ärzteschaft erfüllt. Das Honorarvolumen wird wieder vom Anstieg der Grundlohnsumme entkop-

pelt. Das heißt, für einen erhöhten Behandlungsaufwand der Bevölkerung wird auch mehr Geld von den Kassen bezahlt.

Die Pauschalen – auch das ist neu – sollen bundesweit vereinheitlicht werden. Alle 17 Kassenärztlichen Vereinigungen – eine je Land, für Nordrhein-Westfalen sogar zwei – können mit den Kassen Zu- und auch Abschläge vereinbaren. Daneben gibt es eine Reihe von Leistungen, zum Beispiel Vorsorge, Impfungen etc., die zusätzlich zur Pauschale abgerechnet werden können. Eine Faustformel besagt: Zwei Drittel des Honorars werden durch die Regelleistung erzielt, ein weiteres Drittel durch die sogenannten Zusatzleistungen.

Bisher gab es höchst unterschiedlich gezahlte Honorare – im Süden mehr als im Norden, im Osten weniger als im Westen. Mit der politisch gewollten bundesweiten Angleichung der Honorare kommt es nun zu massiven Verschiebungen innerhalb des Honorarsystems, obwohl 3 Milliarden € dazugegeben werden. Die vielfältigen Wirkungen der Honorarreform treffen nun wohl vor allem Fachärzte in Bayern, Baden-Württemberg, NRW und Schleswig-Holstein. Die Ärzte in NRW haben eine Pauschale je Quartal und Patient von ca. 32 bis 35 € beispielsweise für den Allgemeinarzt ausgewiesen und damit die rote Laterne, während die Ärzte in Bayern mit 85 € auf höchstem Niveau klagen. Seitens der Kassen wird darauf hingewiesen, dass es sich hierbei um Schätzungen und Vorausberechnungen handelt; Genaues wisse man frühestens im Mai 2009.

Hinter vorgehaltener Hand wird mancher Kassenärztlichen Vereinigung vorgeworfen, sie jage ihre Mitglieder, die Ärzte, durch unzureichende Informationen auf die Bäume. Gleichzeitig gibt es nun in verschiedenen Regionen den Versuch, die Ärzte zum massenhaften Ausstieg aus den KVen zu bewegen, um so den Kollektivvertrag weiter auszuhöhlen. Berufsverbände versuchen, sich auf Kosten der KVen zu profilieren.

Im Superwahljahr 2009 eskaliert verständlicherweise der Honorarstreit. Deshalb wird versucht, noch einmal 1,5 Milliarden € mehr zu bekommen. In der bayerischen Staatsregierung haben die Kassenärzte nun einen Verbündeten gefunden, nämlich den Ministerpräsidenten Horst Seehofer, dessen Partei die Gesundheitsreform mitverhandelt und mitgeschlossen hat.

(Frank Sichau [SPD]: Aha! Hört, hört!)

Das ist Politik im Zeichen des Löwen, aber keine seriöse und an der Sache orientierte Politik, meine Damen und Herren.

(Beifall von der SPD)

Zum besseren Verständnis ein Zitat vom Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Herrn Dr. Köhler:

Das gesetzliche Instrumentarium, das die Politik mit der jüngsten Honorarreform entwickelt hat, ist in enger Abstimmung mit der KBV entstanden. Damit lassen sich alte Forderungen der Ärzteschaft realisieren. Hierzu zählen:

- feste Preise bei der vertragsärztlichen Vergütung
- Abschaffung der Budgetierung in der bisherigen Form
- deutliche Aufstockung des gesamten Honorarvolumens
- Angleichung der vertragsärztlichen Vergütung in den neuen Bundesländern an das Niveau West.

...

Denn erst in der zusammenhängenden Betrachtung ergibt sich ein korrektes und vollständiges Bild Ihrer Honorarsituation.

Zusammenfassend, ebenfalls mit den Worten der KBV, auf den Punkt gebracht – Zitat –:

Um es deutlich zu sagen: Wir können auf Grundlage der bestehenden Rechtslage die noch ausstehenden Probleme in der Selbstverwaltung mit den Krankenkassen selbst lösen, ohne dass Gesetzgeber oder Politik eingreifen müssen. In vielen Gesprächen bin ich derzeit dabei, die politische Unterstützung für die Erreichung unserer Ziele zu bekommen.

Das Thema hat also viele Facetten, die nicht vergessen werden sollten und die im System der Selbstverwaltung angesiedelt sind. Deshalb gilt: Risiken und Nebenwirkungen der Selbstverwaltung sind nicht ausgeschlossen. Hierzu fragen Sie aber bitte den Arzt und die Kassenärztliche Vereinigung.

(Beifall von der SPD)

Sehr geehrte Damen und Herren, es darf nicht sein, dass Ärzte ihre Patienten nun in Geiselnahme nehmen. Der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte sagt zu Recht:

Diese Geiselnahme der Patienten wirft ein trauriges, aber bezeichnendes Licht auf Moral und Ethikvorstellungen von Standesvertretern und Teilen der Kollegenschaft. ... Es gäbe ... keinen Grund zur Klage, wenn diese fast 25 Milliarden Euro sinnvoll auf alle Kassenärzte verteilt würden.

(Beifall von der SPD)

Am 26. März treffen sich die 17 KV-Vorsitzenden, um zu beraten, wie es weitergehen soll. Und auch Sie, Herr Minister Laumann, wären gut beraten, sich nicht instrumentalisieren zu lassen. Sie sollten die Selbstverwaltung ihre eigene Lösung aus dem hausgemachten Elend finden lassen. – Herzlichen Dank.

(Beifall von der SPD)

**Präsidentin Regina van Dinter:** Danke schön, Frau Howe. – Für die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen spricht nun Frau Steffens.

**Barbara Steffens**<sup>\*)</sup> (GRÜNE): Frau Präsidentin! Meine Damen und Herren! Bevor ich auf das Thema Honorarstreit eingehe, möchte ich noch einige Vorbemerkungen machen: Die Erwartungen, die zu Beginn der Großen Koalition an die Bundesregierung bezogen auf die Gesundheitspolitik gestellt worden sind, waren sehr hoch. Erstens sollte das Gesundheitssystem finanziell auf solide Füße gestellt werden. Das ist ihnen nicht gelungen. Zweitens sollte die Versorgungssicherheit hergestellt werden. Das ist auch nicht gelungen. Drittens ist die Qualitätssicherung nicht gelungen. Die Bilanz lautet also: Die Große Koalition, an die hohe Erwartungen in der Gesundheitspolitik gestellt worden sind, hat das gemeinsam – aus unterschiedlichen Gründen – nicht gestemmt bekommen.

(Beifall von den GRÜNEN)

Wir sind gesundheitspolitisch nicht weitergekommen und stehen immer noch da, wo wir zu Beginn dieser Legislaturperiode im Bund gestartet sind.

Der Gesundheitsfonds ist ein Bürokratiemonster ohne Ende. Er verursacht Kosten, ohne dem Patienten oder der Patientin auch nur einen Vorteil zu bringen. Wir haben Defizite in der Versorgung im ländlichen Raum, im Krankenhausbereich, uns fehlen Ärzte, und die Qualitätssicherung ist auch nicht gelungen. Von daher: Es gibt viel zu tun, was diese Koalition aber nicht auf die Reihe bringt und nicht gestemmt bekommt.

Wo stehen wir jetzt? Wir haben viele verantwortungsvolle Ärzte und Ärztinnen in diesem Land, aber keine faire Vergütung; das ist keine Frage. Die Vergütungsreform bringt nicht das, was sie versprochen hat. Es ist ein Etikettenschwindel. Es ist auch schwierig, dass nicht immer sachlich darüber berichtet wird – die Schlagzeile lautet: Honorarstreit –, welche Kritik es zu Recht oder zu Unrecht gibt. Natürlich hält auch der eine oder andere, wenn solch eine Stimmung aufkommt, in der man kritisieren kann, die Hand auf, obwohl es ihm mit diesem System nicht schlechter geht. Von daher brauchen wir eine differenzierte Diskussion.

Dabei würde ich mir aber auch wünschen, dass man bei der Schuld- und Verursacherfrage etwas tiefer geht und nicht nach dem Motto handelt: Für die eine Seite ist es Ulla Schmidt, für die andere Seite die KBV. So einfach ist es nicht, sondern beide Seiten sind an dem beteiligt, was auf dem Tisch liegt. Deswegen muss man sich das im Detail anschauen.

(Beifall von den GRÜNEN)

Nur wenn beide Seiten selbstkritisch damit umgehen und eingestehen würden, dass auf bei beiden Seiten einige Punkte anders laufen müssten, würde man es schaffen, die Defizite, die gerade für unser Bundesland vorhanden sind, zu durchbrechen. Aus nordrhein-westfälischer Blickrichtung hat sich niemand mit Ruhm bekleckert. Das vorliegende System ist unter dem Strich inakzeptabel.

Eine Ungerechtigkeit, die mit der Systemumstellung entstanden ist, sind mit Sicherheit fehlende Konvergenzphasen, die man in einem ganz anderen Maß gebraucht hätte. Wenn man sich die Umstellungsphasen und -zeiten im Krankenhausbereich zu den DRGs ansieht, dann erkennt man ein massives Problem. Auch stellt sich immer mehr heraus, dass man auf der Datengrundlage von 2007 – auch wenn man keine andere hatte – keine solche Reform aufbauen kann; sie ist mit den Daten von 2008 in Gänze überholt.

Klar ist: Es ist zwar mehr Geld im System, dies ist aber nicht unbedingt gerechter verteilt. Die Summe, die NRW abbekommt, hat nichts mit dem zu tun, was eigentlich hierhin fließen müsste.

Von daher steht schon eine Reihe von Problemen an. Wir wissen aber auch, dass wir die Auswirkungen, die auf die einzelnen Ärzte und Ärztinnen zukommen, erst am Ende des Quartals sehen werden, wenn spitz abgerechnet wird. In der heutigen Diskussion gibt es also noch eine Menge an Spekulationen und vagen Vermutungen. Deswegen diskutieren wir nicht das letzte Mal über diese Reform, sondern es werden weitere Debatten dazu folgen.

Es zeichnen sich Gewinner und Verlierer ab. Ich will nur an einigen Beispielen deutlich machen, dass wir über unvorstellbare Dinge sprechen: Eine Ärztin, ein Arzt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie soll für einen Jugendlichen, der vielleicht einen sehr hohen Hilfebedarf hat, unter 100 € im Quartal bekommen. Für eine solche Bezahlung würde kein Handwerker eine entsprechende Leistung erbringen. – Ein Augenarzt soll für das Quartal 19 € bekommen. Auch dafür würden Sie bei einem Handwerksunternehmen keinen Termin bekommen. Es kann nicht sein, dass ein Arzt mit einer solchen Summe ein Quartal lang verantwortungsbewusst Patienten behandeln soll. Da ist im System etwas falsch.

(Beifall von den GRÜNEN)

Deswegen müssen wir uns die Details ansehen, nämlich: In welchen Bereichen müssen welche Finanzierungen stattfinden? Schauen Sie sich den Bundesvergleich an: Mir soll einmal jemand erklären, warum in Niedersachsen bei einem Regelleistungsvolumen für Hausärzte 44,39 € angesetzt sind, aber in Nordrhein 35 € und in Westfalen 32,43 €. Es gibt keinen Grund, warum die Ärzte und Ärztinnen in Nordrhein-Westfalen in der Finanzierung dermaßen schlechter gestellt werden. Gerade vor dem Hintergrund, dass wir aufgrund der Fondslösung mittler-

weile in jedem Bundesland denselben Versicherungsbeitrag zahlen müssen, ist auch eine gleiche Erstattung für die Ärzte notwendig. Alles andere wäre fatal und für die Versicherten in diesem Land überhaupt nicht nachvollziehbar. Wir zahlen gleich ein, aber unsere Ärzte und Ärztinnen bekommen, egal welche Berufsgruppen wir uns ansehen, weniger als in anderen Bundesländern. Das ist nicht gerecht, das ist nicht nachvollziehbar. Das kann es nicht sein.

Von daher gibt es eine Menge von Punkten, die im Detail nachgebessert werden müssen. Klar ist: Gerade die Ärzte, die keine Zusatzleistungen abrechnen können, die nur aus dem Regelleistungsvolumen finanziert werden – nicht operativ tätige Augenärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, um nur ein paar Beispiele zu nennen –, sind jetzt die großen Verlierer. Auf diese Ärzte können wir aber nicht verzichten.

Deswegen müssen wir unabhängig von der Frage der Schuldzuweisung gemeinsam das Signal aus Nordrhein-Westfalen an den Bund geben, und zwar sowohl an die KBV als auch an die Minister und Ministerinnen im Bund und die Kanzlerin, dass wir fraktionsübergreifend nicht akzeptieren, dass die Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen schlechter gestellt werden soll als die in anderen Bundesländern. Es ist wichtig, dass dieses Signal heute geschlossen von diesem Landtag ausgeht.

(Beifall von den GRÜNEN)

**Präsidentin Regina van Dinter:** Danke schön, Frau Steffens. – Für die Landesregierung spricht nun Herr Minister Laumann.

**Karl-Josef Laumann,** Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Sehr geehrte Frau Präsidentin! Meine Damen und Herren! Ich halte diese Aktuelle Stunde in der derzeitigen Debatte über die Gesundheitsversorgung in unserem Land wirklich für eine wichtige Sache.

(Beifall von der CDU)

Denn die Ärzteproteste, die wir jetzt haben, sind nach allem, was ich weiß, berechtigt.

(Beifall von Josef Hovenjürgen [CDU])

Man muss es ganz einfach so ausdrücken: Wir haben in Nordrhein-Westfalen 23.000 niedergelassene Ärzte. Die gesetzlichen Krankenkassen stellen in Nordrhein-Westfalen für ärztliche Honorare 6,1 Milliarden € zur Verfügung. Teilt man diese Summe durch 23.000 Ärzte, kommt man pro Arztpraxis auf 210.000 €.

Wenn eine Arztpraxis kaum PKV-Patienten, also Beihilfe- und Privatversicherte, hat, sagen Sie mir doch einmal, wie ein Freiberufler eine moderne Arztpraxis, die wir als Patientinnen und Patienten

heute erwarten, und Personal wie Sprechstundenhilfen aus einer solchen Summe finanzieren soll, damit am Ende für die Familie des Arztes noch ein für ein solches Studium angemessenes Gehalt übrigbleibt. – Das ist die Lage.

Ich nenne Ihnen einen weiteren Punkt. Die nordrhein-westfälischen Ärzte sind zusammen mit den Ärzten in Schleswig-Holstein die am schlechtesten bezahlten Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland. In anderen Bundesländern verdienen die Ärzte bis zu einem Drittel mehr.

Wir alle zusammen sollten mal schauen – da wird es sehr ernst, finde ich –, wo die jungen Leute bleiben, die in Nordrhein-Westfalen Arzt geworden sind. In der öffentlichen Debatte wird gesagt, sie gingen vermehrt ins Ausland. Das geben die Zahlen, die wir kennen, aber nicht her. Vielmehr gibt es eine Abwanderung junger Ärzte aus Nordrhein-Westfalen in süddeutsche Länder.

Wenn wir in unseren Wahlkreisen unterwegs sind, erleben wir, dass Krankenhäuser in ländlichen Regionen mittlerweile Probleme haben, genug Ärzte zu finden, um den Krankenhausbetrieb aufrechtzuerhalten. Die EU-Arbeitszeitrichtlinie, die wir unbedingt einhalten wollen – ich stehe dahinter –, führt dazu, dass man heute mehr Ärzte braucht als früher, als diese Richtlinie nicht galt. Wenn wir operiert werden, wollen wir ja wohl alle, dass ein einigermaßen ausgeschlafener Arzt am Operationstisch steht. – Das ist die andere Seite der Medaille.

Wir haben in Nordrhein-Westfalen ein erhebliches Problem, weil das Gesundheitssystem in Nordrhein-Westfalen das unterfinanzierteste in ganz Deutschland ist, sowohl im niedergelassenen Bereich wie im Krankenhausbereich. Das ist historisch entstanden, weil wir hier aus zwei Gründen ein relativ niedriges Entgeltniveau hatten: Im stationären Bereich gibt es relativ viele kirchlich geprägte Krankenhäuser, die in Bezug auf die Kostenstruktur früher billiger als staatliche Krankenhäuser waren; das hing zum Beispiel mit Ordensschwestern zusammen. Dann kam es hier im Land zur Stahlkrise und zur Textilkrise, sodass es in der 70er-Jahren nur mäßige Erhöhungen im Gesundheitssystem gab, während in anderen Ländern mehr gemacht worden ist. Dann kam die Budgetierung. Seitdem sind wir nicht hochgekommen.

Weil wir wissen, dass das wenig Geld ist, hat die Politik eine Entscheidung getroffen, nach der gut 3 Milliarden € mehr für ärztliche Honorare zur Verfügung gestellt werden. Sie sollen in ganz Deutschland von 27 Milliarden € auf gut 30 Milliarden € steigen. Bezogen auf 2007 hätte man die Ärztehonorare mit dieser Summe, wenn man sie gleichmäßig verteilt hätte, um 10 % erhöhen können.

Was aber wurde gemacht? Man hat von diesem Geld erst einmal 700 Millionen bis 800 Millionen € genommen – was ich nicht kritisiere –, um die Ärzte

in Ostdeutschland auf das Niveau der in Westdeutschland zu ziehen, weil der Ärztemangel in Ostdeutschland noch gravierender ist als bei uns. Jeder Arzt in den neuen Ländern verdient mittlerweile mehr als ein Arzt in Nordrhein-Westfalen, weil wir unter dem Bundesschnitt liegen. Die anderen 2,2 Milliarden € hat man so über das Land verteilt, dass man die Unterschiede eher vergrößert als verkleinert hat.

(Britta Altenkamp [SPD]: Wer ist „man“?)

Das ist geschehen, weil man sich entschieden hat, einen einheitlichen Punktwert zu nehmen. Einen Behandlungspunkt bezahlt man mit 3,5 Cent. Einige KVen wie die niedersächsische haben aber ganz viele Punktwerte, also Behandlungsbedarf, zugelassen und den einzelnen Punktwert im alten System nur noch mit 1,2 Cent bezahlt. Die Politik der nordrhein-westfälischen Kassen bestand dagegen darin, wenig Behandlungsbedarf zuzulassen und die zugelassenen Punkte anständig zu bezahlen. Deswegen lag der Punktwert zum Beispiel im Rheinland bei mehr als 3,5 Cent.

Daher ist durch die Entscheidung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des Spitzenverbandes der Krankenkassen und des unabhängigen Schlichters Herrn Prof. Wasem, 3,5 Cent anzusetzen, der Punktwert im Rheinland sogar gesenkt worden. Das hat dazu geführt, dass die Honorare der Ärzte in Niedersachsen um 17 % erhöht werden, während bei den Ärzten in Nordrhein-Westfalen so gut wie nichts ankommt. – Das ist die Lage.

(Günter Garbrecht [SPD]: Hat das Ulla Schmidt mitgetragen?)

Das ist ein ganz klares Versagen der Selbstverwaltung.

(Beifall von CDU, SPD und GRÜNEN)

Der Bund hat vorgegeben, dass es einen einheitlichen Punktwert geben muss. Das steht im Gesetz. Aber wenn man so etwas macht, hätte die Selbstverwaltung wissen müssen – ich habe mit Herrn Köhler darüber diskutiert –, was sie in Nordrhein-Westfalen anrichtet. Dann hätte sie Ausgleichsmechanismen suchen müssen.

(Beifall von CDU, SPD und GRÜNEN)

Unser Job in Nordrhein-Westfalen ist es – dazu möchte ich die Fraktionen des Landtags einladen –, die Interessen der Ärzte, der Krankenhäuser und der Politik zu bündeln, um auf diese Unterschiede aufmerksam zu machen und um nordrhein-westfälische Interessen zu vertreten. Denn so kann es in Nordrhein-Westfalen nicht weitergehen.

(Beifall von CDU und GRÜNEN)

Ich komme zu einem anderen Punkt. Die Politik von Ulla Schmidt bedeutet in der Tendenz seit Jahren: Zentralisierung des Gesundheitssystems, immer mehr Lenkung aus dem Ministerium, immer mehr

Spitzenverbände, die vom Ministerium gegängelt werden.

(Theo Kruse [CDU]: So ist es!)

Damit werden regionale Lösungen immer schwieriger. Ich wäre froh, wenn diese Tendenz aufhörte.

Ich will eine letzte Frage ansprechen: Wie soll der niedergelassene Bereich in Nordrhein-Westfalen und in Deutschland organisiert werden? Möchten wir, dass der Arzt Freiberufler bleibt? Ich will das, weil er dann nicht zum Beispiel von Krankenhäusern oder von Pharmakonzernen abhängig ist. Bei MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern haben die Ärzte den Auftrag, in dieses Krankenhaus einzuweisen. Wo ist da der unabhängige Rat? Wenn wir MVZ bekommen, hinter denen ganze Ketten stehen, ist die Unabhängigkeit des niedergelassenen Arztes weg. Ich, Karl-Josef Laumann, möchte aber einen Arzt haben, der mir, ohne finanzielle Interessen zu verfolgen, mit seinem Fachwissen rät, in welches Krankenhaus ich gehen soll, wenn ich krank bin.

(Beifall von CDU und GRÜNEN)

Aber wenn wir wollen, dass Ärzte Freiberufler bleiben, müssen sie auch wie Freiberufler bezahlt werden und nicht wie angestellte Handwerker. Das muss man zu dieser Frage ganz deutlich sagen. Deswegen will ich dieses Bündnis für Nordrhein-Westfalen.

(Beifall von der CDU)

Ich sage aber auch: Die ärztlichen Vertreter Nordrhein-Westfalens haben in Berlin in den letzten Monaten kein Ruhmesblatt erzielt. Die haben keine gute Arbeit gemacht!

(Zustimmung von der SPD)

Deswegen muss man auch einmal Strukturfragen stellen: ob es richtig ist, dass es einen eigenen Zweig in Westfalen und einen eigenen Zweig im Rheinland gibt, die in Berlin unterschiedliche Interessen vertreten und sich gegenseitig ausspielen lassen. Ich hätte gerne ein Nordrhein-Westfalen, das seine ganze Kraft und Bedeutung, die wir in der Bundesrepublik Deutschland haben, bündelt.

(Beifall von CDU und GRÜNEN)

Zum Schluss – meine Redezeit ist um – möchte ich etwas Schönes sagen. Heute ist ein besonderer Tag, der 19. März. Ich möchte allen gratulieren, die Josef heißen.

(Allgemeine Heiterkeit und Beifall)

Josef ist ein ganz wichtiger Namenspatron. Er war der Ernährer Jesu, wie Sie wissen. Er ist der Schutzpatron der Arbeiter, deswegen der Liebling des Arbeitsministers. Er ist auch Patron derer, die den Kommunismus bekämpfen, und deswegen ist er mein Freund. – Schönen Dank.

(Allgemeine Heiterkeit – Beifall von CDU und FDP)

**Präsidentin Regina van Dinter:** Danke schön, Herr Minister. – Für die SPD spricht nun der Kollege Garbrecht.

**Günter Garbrecht (SPD):** Ich heiße nicht Josef, ich heiße Günter. Ich hoffe, dass das Hohe Haus mir trotzdem zuhört.

(Allgemeine Heiterkeit)

Frau Präsidentin! Meine Damen und Herren! Ich will für meine Fraktion zunächst eine Vorbemerkung machen. Wir hätten es begrüßt, wenn die Koalitionsfraktionen zu diesem Anlass einen konkreten Antrag eingebracht hätten, den wir hier parlamentarisch hätten beraten können. Die Differenziertheit dieses Themas wäre es wert gewesen – was auch die Diskussion hier zeigt –, dies zu tun.

Ich wiederhole noch einmal die gestrige Bemerkung zur Unterrichtung der Landesregierung: Die Parlamentsmehrheit dieses Hauses dehnt die Geschäftsordnung bis an den Rand. Wir halten das nicht für guten Stil.

(Beifall von der SPD – Minister Karl-Josef Laumann: Was ist denn jetzt wieder passiert?)

Zur Sache! Ich finde, man muss neben allen Problemlagen, die der Minister aus meiner Sicht richtig beschrieben hat, Folgendes an den Anfang stellen: Für die Versorgung im ambulanten Bereich gibt es ein Mehr an Geld, eine Steigerung um fast 10% von 22 Milliarden € auf 25 Milliarden €. Der erstaunte Beobachter fragt sich angesichts der Proteste doch: Ist dieses Geld eigentlich nur virtuell? Ist das in irgendeinem schwarzen Loch verschwunden? 16,1 Milliarden € der über 160 Milliarden €, die wir im Bereich der gesetzlichen Krankenkasse ausgeben, fließen in den ambulanten Bereich. Viele Menschen in unserem Land, die in wachsendem Maße Sorge um ihre Existenz, um ihren Arbeitsplatz haben, fragen sich: Wenn es da einen solchen Zuwachs gibt, über was diskutieren die eigentlich? Auf die Spitze treiben es da im Prinzip die Bayern.

Ich sage: Diese Diskussion, die hier im Lande zum Teil geführt wird, fußt nicht auf den Problemlagen, die wir tatsächlich haben.

Im Übrigen – Herr Henke hat es angesprochen – verlieren Sie in Ihrem Antrag kein Wort über die unberechtigten Vorkasseleistungen. Das zerstört das Vertrauen in das System.

(Beifall von der SPD)

Davor müssen wir die gesetzlich Versicherten in erster Linie schützen.

Der Gesundheitsbereich ist von massiven unterschiedlichen Partikularinteressen durchzogen; das wissen wir. „Haifischbecken“ ist in diesem Zusammenhang ein geflügeltes Wort.

Wir Sozialdemokraten sagen: Wir machen die Interessen der Patienten zur Leitschnur unseres Handelns. Daran sollten auch Sie sich orientieren. Wir glauben, dass der Kompass ein bisschen in eine andere Richtung schlägt und dass dafür das Magnetfeld des kommenden Wahltermins ursächlich ist. Sich die Interessen von Ärztegruppen vorschnell zu Eigen zu machen ist ein fataler Weg.

(Beifall von Britta Altenkamp [SPD])

Die Position einzelner Ärzte und Ärztegruppen und auch die Ungerechtigkeit in diesem neu geschaffenen System können wir nachvollziehen; auch wir sehen hier Nachsteuerungsbedarf.

Aber die Rolle der Verbände – ich bin froh, dass der Minister dies in deutlicher Klarheit angesprochen hat –, die zu dieser Reform und deren Umsetzung maßgeblich beigetragen haben, kann unsere Zustimmung nicht finden. Noch im Januar – meine Kollegin Howe hat darauf hingewiesen – hat Herr Köhler diese Reform gefeiert, nun wollen die Ärztefunktionäre davon nichts mehr wissen, und es organisieren sich rechtswidrige Proteste. Gegen diese rechtswidrigen Proteste, Herr Minister Laumann, müssen Sie einschreiten. Die Verkürzung des Anspruchs der gesetzlich Versicherten auf Leistungen ist unerträglich.

(Beifall von der SPD)

Ich bringe noch einmal den Vergleich: Angesichts der Tatsache, dass viele Menschen in diesem Land Lohn- und Gehaltseinbußen hinnehmen müssen, ist die Forderung nach noch mehr Geld im System nicht nachvollziehbar und maßlos.

Ich weiß nicht, wer von Ihnen gestern die Sendung „hart aber fair“ gesehen hat. Da gab es einen ganz bemerkenswerten Dialog.

(Dr. Stefan Romberg [FDP]: Wir hatten Plenarsitzung, Herr Garbrecht!)

– Nein, die Sendung lief gestern Abend um 24 Uhr. Da waren Sie nicht mehr im Plenarsaal. Ich weiß nicht, wo Sie waren, aber ich saß in meinem Büro und habe parallel diese Sendung gesehen.

In dieser Sendung sagte der Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Herr Windhorst, dass die Ärzte doch die Abrechnungen am Ende des ersten Quartals abwarten sollten; dann würden die Ärzte sehen, was diese Honorarreform wirklich bringe. Darauf hat sich Herr Plasberg ganz verwundert die Augen gerieben und gefragt: Wie, sind das alles nur vorsorgliche Proteste? – Dazu gab es keinen Widerspruch, auch nicht von den dort Anwesenden.

Ich will jetzt einmal einen Vergleich aus dem Leben bringen. Es gibt für Beschäftigte in einem Industrie-

zweig eine Tariferhöhung. Die Gewerkschaft sagt: Wir haben 8% ausgehandelt, aber es gibt viele Bestandteile. – Die Arbeitnehmer schauen auf ihre Abrechnung, sagen: „Hör mal, wir haben aber nur 3% mehr Gehalt“ und treten in einen wilden Streik. Wie wäre da die Reaktion der Öffentlichkeit, meine Damen und Herren? Ich glaube, auch da muss man bei der Realität bleiben.

(Beifall von der SPD)

Nach der Sitzung der Bewertungskommission am letzten Dienstag muss sich auch der interessierte Beobachter erstaunt die Augen reiben, dass nicht 3 Milliarden €, sondern auf einmal 3,9 Milliarden € – also fast 4 Milliarden € – mehr zur Verfügung stehen. Das sind keine virtuellen Rechnungen, sondern das ist der Tatsache geschuldet, dass man zunächst die Ausgangszahlen von 2007 genommen hat und jetzt die Ausgangszahlen von 2008 nimmt.

Es gibt Wege – der Minister hat einen genannt –, die wir durchaus unterstützen. Die Schleswig-Holsteiner, die angesprochen worden sind, haben im Prinzip einen Weg gefunden: im Rahmen einer Konvergenzphase die Zuwächse und die Verluste in Höhe von 5 % und 10 % zu begrenzen. Diesen Weg gehen jetzt die KVen. Ihren eigenen Anteil an dieser Misere hat der Minister überzeugend dargestellt.

Eine solche Konvergenzphase bietet sich im Übrigen auch mit Blick auf das Verhältnis der Länder untereinander an. Wir sind gerne bereit, diesen Weg mitzugehen.

Eine Abstimmung der KVen in Nordrhein-Westfalen halten wir für zwingend geboten. Sie müssen ihren Job wirklich machen. Das ist der Auftrag, der an die Funktionäre geht.

Neben aller Moderation – das will ich zum Abschluss sagen –, Unterstützung und Nachsteuerungsbedarf, der auch auf der Ebene der Politik liegt, müssen die Ärzte, die ihre Pflicht tun, vor denjenigen geschützt werden, die ihre Partikularinteressen versuchen durchzusetzen. Auch vonseiten der Politik muss im Interesse der Versicherten unseres Gesundheitssystems ein deutliches Wort dazu gesagt werden. – Herzlichen Dank.

(Beifall von der SPD)

**Präsidentin Regina van Dinther:** Danke schön, Herr Garbrecht. – Für die CDU spricht nun der Kollege Henke.

**Rudolf Henke (CDU):** Verehrte Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Hallo Josef, du weißt ja, dass ich Rudolf heiße. – Hallo Günter, ich heiße Rudolf. – Herzlichen Glückwunsch den Josefen!

(Minister Karl-Josef Laumann: Es gibt viele davon!)

– Davon gibt es viele! Ja, das gilt für alle.

Ich glaube, dass sich hier eine grundsätzliche Bereitschaft herauskristallisiert, diese in der Tat dramatische Benachteiligung Nordrhein-Westfalens anzugehen, und das auch in Koordination und gemeinsam mit unserem Minister Laumann.

Es ist eher klug, diese Debatte zunächst einmal als Aktuelle Stunde zu organisieren. Denn wenn jetzt wieder die politische Kaste kommt und sagt: „Wir sind die Oberschlaumeier und wissen schon, wie das geht“, dann bedeutet das auch, dass man ein weiteres Mal diejenigen, die die Ärztinnen und Ärzte vertreten, nicht mitnehmen wird.

(Zuruf von Britta Altenkamp [SPD])

Ich halte es für klug, in dem Bemühen um eine solche konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zunächst einmal das Ministerium zu bitten, diejenigen, die im Gesundheitswesen aktiv sind, zusammenzuholen – das schließt meines Erachtens auch die Vertreter der in Nordrhein-Westfalen aktiven Krankenkassen ein – und zu gucken, ob man eine gemeinsame Positionierung hinbekommt.

Aber ich bin froh, wenn hier deutlich wird, dass bei der Abwehr der Benachteiligung Nordrhein-Westfalens eine große Übereinstimmung zwischen den Fraktionen besteht. Wir sollten dann auch als Fraktionen zusagen, dass wir eine solche Landesinitiative, eine solche konzertierte Aktion – oder wie immer man das nennt – unterstützen würden. Das ist ein wichtiges Ergebnis dieser Debatte.

Wir werden in der Tat nicht daran vorbeikommen, zu berücksichtigen, dass die Verantwortungen sehr unterschiedlich verteilt sind. Eine kleine Bemerkung am Rande: In der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sitzen seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz, GMG, inzwischen mehrheitlich hauptamtliche Vertreter der Ärzteschaft, die Angestellte der Kassenärztlichen Vereinigungen mit relativ hohen Gehältern sind. Das heißt, die niedergelassenen Ärzte sind in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung inzwischen in eine Minderheit geraten, was damit zu tun hat, dass es seit Jahren diese Zentralismustendenz gibt, die auch diese Selbstverwaltung der Ärzte in eine immer stärker von Zügen mittelbarer Staatsverwaltung geprägte Form der Selbstverwaltung verwandelt hat.

Das ist auch ein Grund dafür, warum manche der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte es sehr schwierig finden, den hauptamtlichen Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung Glauben zu schenken, wenn sie etwas interpretieren. Dieses jetzt diskutierte Honorarsystem ist ja leider Gottes so kompliziert, dass man es in einer Aktuellen Stunde fast nicht einmal in den Grundelementen erläutern kann.

Das, was im Moment vor allem in der Kritik steht, ist das Regelleistungsvolumen. Laut Gesetz ist das Regelleistungsvolumen die von einem Arzt in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung enthaltenen Preisen zu vergüten ist. Darüber hinausgehende Leistungen sind mit gestaffelten Preisen zu vergüten.

Das Bundesministerium für Gesundheit selbst hat in einem Brief an die Berliner Koalitionsabgeordneten von CDU/CSU und SPD dazu Folgendes erklären lassen:

Die Regelleistungsvolumen sind ein Instrument zur Mengensteuerung, mit dem verhindert werden soll, dass die Ärzte medizinisch nicht erforderliche Leistungen erbringen.

Das muss man sich einmal auf der Zunge zergehen lassen. Das heißt doch: Der zentrale Bestandteil der ärztlichen Vergütung in den patientennahen Disziplinen ist ein Instrument zur Mengensteuerung, mit dem verhindert werden soll, dass die Ärzte medizinisch nicht erforderliche Leistungen erbringen.

Dazu passt dann, dass man fast schon Honorararobot und Schlangenmensch werden muss, wenn man sich in dem Dickicht an Bestimmungen zu rechtfinden soll, die weitere Einnahmen ermöglichen. Ja, es sind weitere Einnahmen möglich! Nach einer Simulation des Instituts für den Bewertungsausschuss erzielen die Ärzte im Durchschnitt bundesweit fast 20 % ihres Gesamthonorars mit Leistungen, die komplett außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen als Einzelleistungen vergütet werden. Das betrifft aber eben nur die, die sie erbringen. Das sind Leistungen wie ambulante Operationen, belegärztliche Leistungen, Geburtshilfe, Mutterschaftsvorsorge, Früherkennungs-, Präventionsleistungen, neue Leistungen. Wer diese Leistungen nicht erbringt, der kann an dieses Geld auch nicht herankommen.

Weitere Einnahmen gibt es aus den morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, die nicht unter die Mengensteuerung fallen und auch als Einzelleistung vergütet werden, also etwa genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie, Leistungen im organisierten Notfalldienst, dringende Besuche, von Nichtradiologen erbrachte diagnostische Radiologieleistungen, Akupunkturleistungen, bestimmte Schmerztherapieleistungen, Leistungen der Empfängerregelung, Laborleistungen, histologische Leistungen, Sachkostenpauschalen.

Für Leistungen, welche zwar dem Regelleistungsvolumen unterliegen, aber darüber hinausgehen, gibt es nach dem Überschreiten noch einmal abgestufte Preise, die wieder auf 3 vom Hundert der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung begrenzt werden.

Meine Damen und Herren, das könnte ich jetzt noch seitenweise fortsetzen. Machen wir uns doch nur

einfach klar, dass es unter diesen Voraussetzungen so ist, dass die Leute, die wissen, was ihre Praxis kostet, welche Beträge sie ihrem Personal bezahlen müssen, welche Beträge sie ihrem Vermieter bezahlen müssen, welche Beträge sie für ihre Investitionen an die Bank bezahlen müssen, sagen: Wir stehen total auf der normativen Seife und überschauen nicht mehr, mit welchen Summen wir kalkulieren können; und das, obwohl man uns zu Zeiten des Beschlusses auch von der Spitze des Bundesministeriums für Gesundheit, von Ulla Schmidt, versprochen hat: Jetzt bekommt ihr ein kalkulierbares, berechenbares, transparentes und gerechteres System.

Darüber herrscht nun massive Enttäuschung. Sich diese Enttäuschung zu eigen zu machen, hat nach meiner Auffassung nichts mit parteipolitischer Instrumentalisierung zu tun. Ich glaube auch, dass die allermeisten Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich in Nordrhein-Westfalen treu zu ihren Patientinnen und Patienten stehen.

Deswegen habe ich erklärt und wiederhole es noch einmal: Wer da mit dem System Vorkasse arbeitet, der lenkt die ganze Debatte auf eine juristische Auseinandersetzung – das ist unzulässig, das ist nicht in Ordnung, da muss eingeschritten werden –, der erweist den Ärzten einen schlechten Dienst,

(Britta Altenkamp [SPD]: Welchen Dienst erweisen denn die, die das machen, den Patienten?)

weil er von der eigentlichen Auseinandersetzung ablenkt. Darüber – so finde ich – besteht hier große Einigkeit.

**(Vorsitz: Vizepräsident Edgar Moron)**

Meine Damen und Herren, es wäre gut, wenn diese Aktuelle Stunde ein Stück dazu beitrüge, Einigkeit zu erzeugen, dass Nordrhein-Westfalen nicht benachteiligt werden darf. Es ist nicht nur eine Benachteiligung der Ärzte, sondern auch eine Benachteiligung der Versicherten.

**Vizepräsident Edgar Moron:** Herr Kollege, Ihre Redezeit ist erheblich überschritten.

**Rudolf Henke (CDU):** Ja, ich bitte um Vergebung.

Letzter Satz: In der von Herrn Garbrecht genannten Sendung wurde ein Beispiel geschildert, wo Leute sich inzwischen fast schämen, zum Arzt zu gehen – aber nicht deshalb, weil sie die Vorkasse nicht bezahlen könnten, sondern weil sie sich sagen: Ich kann von dem gar nicht verlangen, für diesen Betrag behandelt zu werden.

Deswegen schadet eine solche Reform nicht nur den Ärztinnen und Ärzten, sondern in erster Linie den Kranken, den Versicherten, den Patientinnen und Patienten. Wir sind uns einig, dass wir uns da-

gegen im Interesse Nordrhein-Westfalens und seiner Menschen zur Wehr setzen müssen. – Vielen Dank für Ihre Geduld und Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall von CDU und FDP)

**Vizepräsident Edgar Moron:** Vielen Dank, Herr Kollege Henke. – Für die FDP-Fraktion hat Herr Witzel das Wort.

**Ralf Witzel (FDP):** Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Herr Garbrecht, ich finde es bei Ihrem Beitrag bemerkenswert, dass Sie fast versuchen, den Eindruck zu erwecken, als hätte die SPD mit all dem Chaos, was wir jetzt im Gesundheitswesen haben, nichts zu tun.

(Günter Garbrecht [SPD]: Was?)

Das deutsche Krankenversicherungssystem ist durch die letzten Reformen im Bund selbstverständlich deutlich in Richtung eines zentralistischen staatsgesteuerten Einheitssystems geschoben worden.

Gleichzeitig ist der Beitragssatz auf das Rekordniveau von 15,5 % gestiegen. Die Bürger spüren das am eigenen Leib. Viele haben zu Beginn des Jahres starke Beitragssatzsteigerungen in Kauf nehmen müssen, ohne dass sich ihr individueller Krankenversicherungsschutz dadurch verbessert hätte. Deshalb ist die gesetzliche Krankenversicherung im Hinblick auf die Aufgaben, die ihr der Gesetzgeber zuschreibt, unterfinanziert.

Der Gesundheitsfonds macht die gesetzliche Krankenversicherung und zunehmend auch die private Krankenversicherung zum Spielball wechselnder bundespolitischer Interessen. Je nach Stimmung, Kassenlage und Wahltermin wird entweder Geld in das System hineingegeben oder aus dem System herausgezogen.

Zum Ausdruck kommt das bei der heute zur Diskussion stehenden Vereinheitlichung der Arzthonorare. Deutlich geworden ist dies auch bei der Debatte über Basisfallwerte in den Krankenhäusern.

Deshalb sagen wir, wenn regional tätige Krankenkassen bundesweit einheitliche Zuweisungen aus einem Fonds erhalten, dass sie dann nicht in der Lage sind, höhere Preise für Krankenhausleistungen zu bezahlen, obwohl dies in der Region angebracht sein kann. Das staatliche Globalbudget führt zu staatlicher Preisadministration. Genau das ist das Problem.

Der Staatseinfluss muss also beschränkt werden. Die Bedingungen sind so neu zu formulieren, dass es klar erkennbar ist, wie Gesundheitsversorgung stattfinden soll. Stattdessen unternimmt Ulla Schmidt derzeit den Versuch, alles und jedes im Gesundheitswesen bis ins Einzelne zu regeln.

Alle diese Vorgaben ändern nichts daran, dass die in der medizinischen Versorgung Tätigen durch ihre Arbeit, durch ihr großes Engagement und durch ihre Qualifikation trotz all dieser Reglementierungen noch dafür sorgen, dass Kranke eine gute medizinische Versorgung erhalten. Wenn sie motiviert sind, ihr Bestes auch weiterhin zu geben, dann ist das der Garant für bestmögliche Behandlung und Betreuung der Patienten.

Das bedeutet aber, dass es einen grundlegenden Wandel geben muss: von einem Klima, das gegenwärtig von Misstrauen gegenüber den Gesundheitsberufen, Detailvorschriften und Kontrollen geprägt ist, hin zu einem neuen Klima, das den in den Gesundheitsberufen Tätigen Vertrauen entgegenbringt.

Deshalb sagen wir: Wir brauchen grundlegende Reformen im SGB V und haben dafür klare Kriterien, die in der Tat im Herbst dieses Jahres nach den Entscheidungen im Bund neu diskutiert werden müssen. Wir brauchen eine Eindämmung des Staatseinflusses, die Ermöglichung eines funktionierenden Wettbewerbs. Krankenkassen müssen ihre Beitragsautonomie zurückerhalten, der Gesundheitsfonds muss rückgängig gemacht werden.

(Günter Garbrecht [SPD]: Der macht jetzt den Söder!)

Ein manipulationsunanfälliger vereinfachter Risikostrukturausgleich muss entwickelt werden, und ein klarer wettbewerbs- und kartellrechtlicher Rahmen, der den Missbrauch marktbeherrschender Stellungen auf allen Seiten verhindert, muss gesetzt werden. Wir brauchen Verständlichkeit und Transparenz für alle Beteiligten.

Gesetzlich vorgegebene Budgets sind durch leistungsgerechte Preise zu ersetzen. Wer gute Arbeit leistet, muss auch mehr Geld erhalten.

Es ist auch bekannt, dass in der Bundespolitik wie auch hier im Hause unterschiedliche Auffassungen bestehen. Deshalb werden wir diese Fragen im Herbst 2009 diskutieren müssen. Ich bin mir sicher, dass Gesundheitspolitik eines der ganz zentralen Themen auch für die politischen Auseinandersetzungen des Jahres 2009 wird.

Wir plädieren dafür, dass wir für eine strikte Einhaltung des Grundsatzes der Subsidiarität sorgen, der heißt: Eigenverantwortung geht vor Kollektivverantwortung.

Wir brauchen mehr Beitragsgerechtigkeit. Dazu ist eine klare Trennung von Versicherungsleistung und Umverteilung erforderlich.

Wir brauchen faire Wettbewerbsbedingungen für GKV und PKV, verbunden mit einer Wahlfreiheit.

Die Bürger, meine Damen und Herren, verstehen gegenwärtig nicht die Probleme, die durch die Verschlechterungen im Gesundheitswesen eingetreten

sind, und sind auch nicht bereit, die jetzigen Zustände länger zu akzeptieren.

Die Ärzte haben ihre berechtigte Kritik am jetzigen System und erwarten völlig zu Recht, für gute, qualifizierte Arbeit fair entlohnt zu werden. Deshalb gibt es Erhebliches, das wir in Zukunft in Angriff nehmen müssen.

**Vizepräsident Edgar Moron:** Herr Kollege!

**Ralf Witzel** (FDP): Wir haben im Gesundheitssystem einen großen Reformbedarf. Deshalb wird uns das Thema sicherlich auch weiterhin intensiv beschäftigen.

(Beifall von der FDP – Norbert Killewald [SPD]: Gib dem doch einmal einen gelben Schein! – Heiterkeit)

**Vizepräsident Edgar Moron:** Vielen Dank, Herr Abgeordneter Witzel. – Für die Grünen hat jetzt Frau Steffens das Wort.

**Barbara Steffens**<sup>\*)</sup> (GRÜNE): Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Herr Witzel, wer vor dem Hintergrund der Wirtschafts- und Finanzkrise immer noch meint, dass eine Lösung der Probleme im Gesundheitssystem in einer Privatversicherung mit einem am privaten Kapitalmarkt gedeckten Versicherungssystem besteht, der hat nichts von dem verstanden, was passiert ist. Am Ende zahlen wir als Steuerzahlerinnen die Zeche dafür. Anscheinend haben Sie überhaupt nichts verstanden.

(Beifall von GRÜNEN und SPD)

Heute diskutieren wir nicht die Gesundheitsreform im Grundsätzlichen, sondern es geht um das, was wir in der jetzigen Situation für NRW tun können.

Ich möchte an das anknüpfen, was Kollege Garbrecht gesagt hat: Natürlich wissen wir nicht spitz, welche Beträge für die Ärztinnen und Ärzte herauskommen. Aber die Ärztinnen und Ärzte, die keine Zusatzleistungen über das Regelvolumen hinaus abrechnen können, also die 3,5 Cent pro Punkt erhalten, können schon relativ gut abschätzen, in welche Richtung der Zug fährt. Der Zug fährt für diese Ärztinnen und Ärzte eben nicht in die Richtung, dass sie ihr Einkommen halten oder ebenso viel Zugewinn machen können wie andere, sondern dieser Zug fährt für diese Ärztinnen und Ärzte in Richtung Verluste.

Es kann aber nicht sein, dass es in anderen Bundesländern für die Ärztinnen und Ärzte nach oben geht, während die nordrhein-westfälischen sozusagen diejenigen sind, die bei gleicher Leistung und Anstrengung für ihre Arbeit so viel weniger bekommen, dass ihre Existenz bedroht ist.

Dagegen müssen wir geschlossen vorgehen und sagen: Diese Ungerechtigkeit gegenüber NRW im Bundesvergleich ist nicht akzeptabel. Natürlich gibt es Ärztegruppen, die von der Reform profitieren werden. Dahinter muss man auch ein Fragezeichen setzen: Ist das richtig? Sind das wirklich diejenigen, die profitieren müssen?

Dieses Problem werden nicht wir als Landtag lösen können. Das ist nicht primär unsere Aufgabe, sondern das ist bundespolitische Aufgabe. Unsere Aufgabe besteht darin, für die Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen sicherzustellen, dass nicht wir diejenigen sind, die am Ende der Kette hängen, unsere Ärztinnen und Ärzte nicht diejenigen sind, in deren Praxis zu gehen für uns peinlich ist, weil man das Gefühl hat, dass man vielleicht lieber etwas draufzahlen sollte, weil die Ärztinnen und Ärzte für ihre Leistung keine adäquate Erstattung bekommen.

Ich möchte auf einen weiteren Gesichtspunkt, die Vorkasse, eingehen: Natürlich ist es völlig inakzeptabel, wenn Ärztinnen und Ärzte von ihren Patientinnen und Patienten fordern, Vorkasse zu leisten. Wir werden diese Diskussion auch noch unter einem anderen Gesichtspunkt führen müssen, gibt es doch viele Ärztegruppen, bei denen Vorkasse das Zukunftssystem der Gesundheitsversorgung ist. Sie sagen: Wir wollen das! Wir wollen – das gibt es von denen auch schriftlich – ein System, in dem Patientinnen und Patienten, die in unsere Praxen kommen, 100 bis 200 € per Barkasse, Scheck oder Kreditkarte zahlen müssen, weil ansonsten keine Behandlung stattfindet, es sei denn, es liegt ein akuter Notfall vor.

Das kann nicht das Gesundheitssystem sein, was wir wollen, weil das ein Gesundheitssystem wäre, das die soziale Benachteiligung an bestimmten Stellen noch einmal verschärft, wenn klar ist, dass es sich bestimmte Personengruppen einfach nicht leisten können, in eine Arztpraxis zu gehen. Hier muss man ganz frühzeitig einen Riegel verschieben, auch wenn in der Debatte der Neid unter den Berufsgruppen aufkommt.

Von einigen Ärzteverbänden wird ferner schriftlich gefordert, dass man, da Menschen aus unteren sozialen Schichten doch zu oft zum Arzt gingen, das Arzt-Patienten-Kontaktverhältnis reduzieren müsse. Auf gut Deutsch: Der Arme soll nicht so oft zum Arzt gehen! – Diesen Ärzten muss man klar sagen: Das geht so nicht! Ärzte haben einen anderen Auftrag. Sie haben eine andere Aufgabe in diesem Land; sie sollen Patientinnen und Patienten versorgen. Sie dürfen sich zu Recht über eine falsche Finanzierung beschweren, aber solche Antworten sind keine Antworten, die mit der Politik zu machen sind.

Ich möchte kurz noch auf die Frage der medizinischen Versorgung eingehen, die der Gesundheitsminister auch angesprochen hat. Dabei geht es um die Medizinischen Versorgungszentren und die

Zukunft der Ärzte. Es ist ganz wichtig, dass wir über diesen Bereich diskutieren. Dort läuft etwas in eine komplett falsche Richtung. Wir müssen darüber reden, wie das zukünftige Versorgungssystem gestaltet werden soll. In vielen Bereichen wird es notwendig sein, dass sich Ärzte und Ärztinnen zu Praxisgemeinschaften zusammenschließen. Von mir aus können die auch „Medizinische Versorgungszentren“ heißen, wenn das Konstrukt dann im Sinne eines Genossenschaftsmodells oder einer Praxisgemeinschaft funktioniert.

Mit den im Moment entstehenden medizinischen Versorgungseinrichtungen geht das Problem einher, dass es sich bei den Betreibern um ganz klar interessengeleitete und von bestimmten Interessen dominierte Träger handelt. Ich habe auch Probleme damit, wenn Krankenversicherungen Träger Medizinischer Versorgungszentren sind, weil eine solche Konstruktion dazu führen kann, dass es die ganz klare Ansage an die Ärzte gibt: In diesem und jenem Bereich muss gespart werden! Die Ärzte erhalten dann sozusagen „Weisungen von oben“.

Auch das Modell, in denen Krankenhäuser – gerade privater Krankenhausträger – Medizinische Versorgungszentren unterhalten, finde ich problematisch: Der niedergelassene Arzt überweist seine Patientinnen und Patienten ins Krankenhaus, sieht sie aber nie wieder, weil sie vom Krankenhaus in das MVZ überwiesen werden.

Hierfür gibt es ganz viele Beispiele. Damit haben wir Probleme. Ich glaube, dass dadurch die Freiberuflichkeit gefährdet ist. Deswegen müssen wir eine Diskussion darüber führen, wie man Praxisgemeinschaften stärken kann.

Denn natürlich macht es Sinn, viele Bereiche im Haus und kurze Wege statt im Lande verstreute Fachärzte zu haben. Auch die Kommunikation zwischen den Ärzten könnte an vielen Stellen optimiert werden, nicht aber in dem Sinne, dass darüber ein Partialinteressen vertretenden Träger wacht. Eine Diskussion über diesen Komplex fände ich spannend. Wir können sie gerne im Ausschuss gemeinsam führen. Vielleicht kann man auch von dort aus übergreifend im Bund noch einmal etwas bewegen. – Danke.

(Beifall von den GRÜNEN)

**Vizepräsident Edgar Moron:** Vielen Dank, Frau Kollegin Steffens. – Jetzt hat noch einmal Herr Minister Laumann das Wort.

**Karl-Josef Laumann,** Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Ich warne sehr davor, die jetzige Debatte über die Ärztehonorierung in Nordrhein-Westfalen zu einer ideologischen Auseinandersetzung über das Gesundheitssystem in Deutschland zu machen. Das wird uns nicht helfen.

(Rainer Bischoff [SPD]: Herr Witzel macht das!)

Wir haben es mit einer ganz einfachen Lage zu tun: Das Gesundheitssystem in Nordrhein-Westfalen ist das am schlechtesten finanzierte in ganz Deutschland! Es hat sich über viele Jahre dorthin entwickelt. Ich habe gesagt, auf welche Zeit diese Entwicklung zurückgeht: Krise! Enge Entlohnung! Starke Solidarität im Land! Budgetierung! – Wir sind nicht wieder hochgekommen!

Und vielleicht hängt das auch ein bisschen mit der damaligen Denkweise der Politik zusammen. Eine Zeit lang hat es in Nordrhein-Westfalen auch einmal eine relativ krankenkassenorientierte Politik gegeben.

Deswegen ist es jetzt wirklich wichtig, dass die in Berlin – sowohl im Bundesministerium als auch in der Selbstverwaltung – merken, dass das in Nordrhein-Westfalen einfach nicht so weitergeht.

Schauen Sie sich die Zahlen an, die wir Ihnen zur Verfügung stellen. Ihnen können Sie entnehmen, wo unsere jungen Mediziner bleiben. Es ist nicht die Abwanderung nach England oder in die Schweiz, sondern die Abwanderung nach Süddeutschland.

Sie werden sich in Ihren Wahlkreisen bald alle damit beschäftigen, ob Ihre Krankenhäuser noch genug Ärzte haben. Immer dann, wenn es durch das medizinische System zu Schwierigkeiten in der Versorgung kommt, wird das zu einem großen Politikum. So lange ist es noch eine relativ einfache Frage der berufsständischen Politik.

Einen weiteren Punkt müssen Sie auch ganz klar sehen. In den letzten Jahren wurde das Entlohnungssystem, das Honorarsystem der Ärzte, so kompliziert gemacht, dass Sie es niemandem mehr erklären können. Solange das so kompliziert bleibt, wird dieses System nie wieder Vertrauen wecken.

Ich sage Ihnen, wie die Gesundheitspolitik in Nordrhein-Westfalen weitergehen wird, wenn in diesem Jahr nichts passiert: Im Hausärzterverband in Westfalen-Lippe sind 50 % der Ärzte organisiert. Nach der jetzigen gesetzlichen Regelung steht dem Verband ein eigener Hausärztervertrag zu. Dieser wird – wie ich es zurzeit einschätze – auf dem Verhandlungswege nicht zustande kommen. Das heißt, wir werden im Ministerium spätestens im Juni über das Stichwort „Schlichter“ reden. Ihnen sind die Rechte der Schlichter in diesem Bereich bekannt. Am Ende des Tages wird – was ich den Ärzten auch gönne – eine höhere Vergütung für die Hausärzte in Westfalen-Lippe vereinbart sein. Da die Mittel für den niederlassenden Bereich aber aus einem Haushalt stammen, bedeutet das für die Fachärzte noch weniger Geld als heute. Was meinen Sie, was dann in der öffentlichen Debatte los ist?

Schauen Sie sich dieses Szenario an. Wenn in Berlin nicht hinsichtlich der 3 Milliarden € umgedacht wird und eine Neuverteilung stattfindet, wer-

den wir in Nordrhein-Westfalen der Brennpunkt der Auseinandersetzung über das Gesundheitssystem in der Bundesrepublik Deutschland werden; denn bei uns wird es am ehesten kneten. Von den Entgelten in unserem Land ist eine freiberufliche Praxis nicht mehr zu tragen. Deswegen müssen sowohl Ulla Schmidt und das Bundesministerium als auch die Selbstverwaltungsgremien einsehen, dass die Sache aufgerollt werden muss.

Und wenn ein Professor Wasem, der das alles wesentlich mitverantworten hat, sagt, wenn er das alles geahnt hätte, was dabei herumgekommen ist, hätte er es nicht so gemacht, nützt mir das im Nachhinein gar nichts. Man muss dann schon die Kraft besitzen einzugestehen, dass die Beschlüsse falsch waren.

Neben dem einheitlichen Punktwert müssen wir uns auch einen einheitlichen Behandlungswert anschauen. Dabei wird Nordrhein-Westfalen relativ gut wegkommen. Ich habe eben erklärt, warum dies so sein wird. Wenn man einen einheitlichen Punktwert ohne einen einheitlichen Behandlungswert schafft, hat man zwei Zwillingsschwestern auseinandergezogen, die einfach zusammengehören.

Wir werden in dieser Richtung wahrscheinlich eine Bundesratsinitiative in die Wege leiten. Ich bin im Ministerium zurzeit dabei, sie vorzubereiten. Sie können aber auch einfach ausrechnen, wie diese ausgeht. Es gibt vier oder fünf Länder, die in der gleichen Situation sind wie wir. Für alle anderen Länder bedeutet dies, dass sie von ihren Pfründen abgeben müssen. Damit ist die Mehrheit in diesen Fragen im politischen Raum gar nicht mehr zu holen.

Wer will, dass es weiterhin eine ärztliche Selbstverwaltung gibt und die Kassenärztlichen Vereinigungen die Dinge unter sich abmachen, muss dafür sorgen, dass diese grotesken Unterschiede, die gegen das Land Nordrhein-Westfalen wirken, ein Ende haben.

(Beifall von der CDU)

Ich lade die Fraktionen des Landtags noch einmal dazu ein, in dieser Frage aus nordrhein-westfälischen Interessen heraus an einem Strang zu ziehen. Das wird uns allerdings nicht gelingen, wenn wir daraus eine ideologische Frage über das Gesundheitssystem machen, denn da gibt es logischerweise unterschiedliche Sichtweisen und Gesichtspunkte, die aber mit der Verteilungsfrage nicht unbedingt etwas zu tun haben.

(Beifall von der CDU)

**Vizepräsident Edgar Moron:** Vielen Dank, Herr Minister Laumann. – Weitere Wortmeldungen liegen mir nicht vor. Ich **schließe** die **Aktuelle Stunde**.

Ich rufe auf: