



Lothar Binding  
Mitglied des Deutschen Bundestages

Lothar Binding, MdB \* Platz der Republik 1 \* 11011 Berlin

Herrn  
Dr. Andreas Horn  
Hermann-Löns-Weg 56  
69118 Heidelberg / Schlierbach

**Berliner Büro**  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin  
Tel: (030) 227 -73144  
Fax: (030) 227 -76435  
eMail Berlin:  
lothar.binding@bundestag.de

**Bürgerbüro Heidelberg/Weinheim**  
Bergheimer Straße 88  
69115 Heidelberg  
Tel: (06221) 18 29 28  
Fax: (06221) 61 60 40

eMail Heidelberg und Weinheim:  
lothar.binding@wk.bundestag.de  
Homepage: www.lothar-binding.de

Berlin, den 16. Januar 2008

## **Zukunft der medizinischen Versorgung in Deutschland Lobbyarbeit der Ärzte**

Sehr geehrter Herr Dr. Horn,

Anlass meines Schreibens ist das am 8. Januar 2008 in der Rhein-Neckar-Zeitung veröffentlichte Interview mit dem Titel „Der Facharzt um die Ecke ist wichtig“.

Sie stellen dar, dass die Politik niedergelassene Ärzte als Stör- und Kostenfaktor ansieht. Es wird Ihnen schwer fallen, Ihre Behauptung zu belegen. Im Gegenteil, die Kompetenz der Ärzte schätzen meine Fraktionskolleginnen- und kollegen, wie auch ich, im Allgemeinen sehr. Natürlich gibt es auch im Berufsstand der Ärzte schwarze Schafe. Aber wir sollten nicht von einzelnen schlechten Beispielen auf das Ganze schließen. Die Mehrheit der Ärzte arbeitet sehr kompetent und wird hoch geschätzt.

Die medizinische Versorgung soll auch in Zukunft, wie gewohnt und im Wesentlichen bewährt, erhalten bleiben. Ebenso gilt für mich der Leitgedanke: Der Patient steht im Mittelpunkt.

Die von Ihnen kritisierte Einführung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) wurde mit der Gesundheitsreform im Jahr 2007 beschlossen. Mit dieser Einführung wurde die Möglichkeit geschaffen, lokale Versorgungslücken zu schließen. Diese Medizinischen Versorgungszentren wurden erst notwendig, weil es Regionen gibt, in denen wenige Ärzte mehr Menschen versorgen müssen als zumutbar ist, weder für Ihre Kolleginnen und Kollegen noch für die dort lebenden Patientinnen und Patienten.

In diesem Zusammenhang finde ich es interessant, dass Sie dünn besiedelte Gebiete in Brandenburg anführen und nicht unsere eigene Region. Das sind nämlich zwei Regionen, die sich nicht mit einander vergleichen lassen. Absolut nicht. In unserer Region kommen auf einen Arzt 60 Bürger. Das ist ein Verhältnis, das wir fast nirgendwo in Deutschland finden.

Auch durch unsere Universität Heidelberg wird der „medizinische Versorgungsstandort“ Kurpfalz sehr positiv aufgewertet.

Mit Blick auf diese regionalen Verwerfungen, wurde die Zulassung der MVZ gesetzlich ermöglicht - allerdings nur innerhalb enger Grenzen vertragsärztlicher Bedarfsplanungen. Also nur dann, wenn die Planungsregion wegen Überversorgung nicht gesperrt ist. Dies soll die von Ihnen als Beispiel angesprochene Unterversorgungssituation im Land Brandenburg überwinden helfen. Denn Versorgungszentren bündeln die Kompetenzen verschiedener Ärzte, ermöglichen kurze Wege und bieten jungen Ärzten im Angestelltenverhältnis einen einfacheren Berufseinstieg. Damit soll die medizinische Versorgung auch in Regionen sichergestellt werden, in denen zu wenige Ärzte bereit sind, sich niederzulassen.

Aus diesem Grund gibt es nach Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit in der Rhein-Neckar-Region nur eine sehr geringe Anzahl von MV-Zentren. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte der Seite [www.die-gesundheitsreform.de](http://www.die-gesundheitsreform.de).

Die hohe Arztdichte in Heidelberg hat sicher auch die Ursache, dass sich viele Mediziner lieber in Heidelberg niederlassen als in anderen, dünner besiedelten Gebieten - Regionen in denen die blühenden Landschaften noch auf sich warten lassen. Hier zeigen sich die Spätfolgen der Strukturplanungsfehler in den ersten Jahren nach der Vereinigung. Ursächlich für die schwache medizinische Versorgung in strukturschwachen Gebieten könnte deshalb auch sein, dass sich Ärzte den schlechteren Verdienstmöglichkeiten und den höheren Belastungen in solchen Regionen möglicherweise nicht stellen wollen. Angebote für Übernahme von Praxen bestehen gerade in den neuen Bundesländern im ausreichenden Maße. Ich denke, darüber muss offen gesprochen werden und daraus darf den Ärzten kein Vorwurf gemacht werden – dies darf aber auch nicht zur Pauschalkritik an der Politik missbraucht werden.

Unser sehr gut ausgebautes Gesundheitssystem kostet viel Geld. Im Rahmen des Bruttoinlandsprodukts, das mehr als zweitausend Milliarden Euro umfasst, ist der Gesundheitsbereich mit einer Summe von 260 Mrd. Euro der teuerste Einzelbereich. Ursachen dafür liegen im medizinischen Fortschritt, also besseren Diagnose- und Therapiemöglichkeiten, der glücklichen Situation, dass die Menschen in unserer Gesellschaft älter werden, aber auch der zunehmenden Zahl der Ärzte – heute gibt es viermal mehr Ärzte, die ihre Honorare fordern, als noch vor gut zwei Jahrzehnten. Und all dies wollen wir! Dass wir alle die optimale Versorgung wollen, aber gleichzeitig bevorzugt niedrige Krankenversicherungsbeiträge bezahlen wollen, versteht sich fast von selbst. Dieser Widerspruch bietet sich zwar gut für eine politische Debatte an, aber hilfreicher ist eine fachlich gut begründete Sachdebatte. Dabei sollten sich die mehr als 40 Beteiligten Gruppen im Gesundheitssystem, Ärzte, Krankenkassen, Krankenhäuser, Pharmazeutische Industrie, Apotheken etc. etc. nicht nur um den großen Topf streiten und von „der Politik“ mehr fordern – wir alle sollten uns stärker um die Belange aller Patienten kümmern.

Sie sprechen auch Risikosportarten an. Unter Kostengesichtspunkten ist dies ein fehlgeleiteter Gedanke, weil die Unfälle im Breitensport den viel größeren Kostenfaktor darstellen als jene in den Risikosportarten. Allerdings ist der Breitensport gerade unter Gesundheitsaspekten sehr notwendig und sinnvoll. Die Idee, spektakuläre Unfälle in Risikosportarten als Anlass zu nehmen, über die Krankenversicherung nachzudenken, kommt in regelmäßigen Abständen auf – klingt gut führt aber fachlich nicht zum Ziel. Außerdem gäbe es extreme Probleme mit

der verfassungsfesten Abgrenzung und Definition von Risikosportart. Nehmen Sie z.B. Drachenfliegen und Fußball und vergleichen Sie die Krankheits- bzw. Unfallkosten. Es ist schnell erkennbar, warum Ihre Überlegung in die Irre führt. Und wollten wir noch den Faktor Gesundheit durch sportliche Aktivitäten dagegen rechnen – eine unlösbare Aufgabe.

Zur Verbesserung und Stabilisierung der Gesundheitsversorgung und auch zur Verbesserung der Kostenstruktur hat die SPD mit der Bürgerversicherung das Ziel verfolgt, die Einnahmehasis der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich zu verbreitern, was zum meinem großen Bedauern mit dem Koalitionspartner nicht möglich war, weil die CDU/CSU das Kopfpauschalen-Modell favorisiert. Ich denke, es wäre sozial gerecht, die Finanzbasis der Gesetzlichen Krankenversicherung durch alle Bürgerinnen und Bürger nach dem Solidaritätsgedanken sicher zu stellen.

Die von Ihnen angesprochenen steuerlichen Zuschüsse sind bereits projektiert. Wie Ihnen bekannt, soll der Zuschuss aus dem Bundeshaushalt in den nächsten Jahren bis auf jährlich 14 Mrd. Euro ansteigen. Wenn Sie der Meinung sind, dass das Gesundheitssystem noch stärker steuerfinanziert sein sollte, freuen wir uns darüber.

Natürlich verstehe ich gut, dass Sie Ihre Betrachtung auf Ihre spezielle Berufsgruppe fokussieren, das ist das gute Recht eines jeden Lobbyisten. In der Politik haben wir andererseits die Aufgabe, Argumente in einen größeren gesellschaftlichen Zusammenhang zu stellen. In der Gesundheitspolitik gilt das für mich in besonderem Maße, denn eine spezielle Gruppe in diesem System hat keine nennenswerte Lobby: die Patientinnen und Patienten, also jene, die das System bezahlen und die dafür im Krankheitsfall eine Leistung erhalten.

Gerade weil ich weiß, dass auch Ihnen die Patienten am Herzen liegen, ist es mir wichtig, Ihre Argumente zu reflektieren.

Mit freundlichen Grüßen

Lothar Binding

P.S. Ich sende dieses Schreiben auch an die Rhein-Neckar-Zeitung. Vielleicht bietet sich ja ein Auszug zur Veröffentlichung an.