



HALLESCHER BEITRÄGE ZU DEN
GESUNDHEITS- UND
PFLEGEWISSENSCHAFTEN



Gesundheit verteilen – Reformen zwischen Solidarität und Wirtschaftlichkeit

Rede des Staatssekretärs Klaus Theo Schröder im
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale
Sicherheit anlässlich der Tagung der Evangelischen
Akademie zu Berlin am 27. Juni 2003 in Berlin

von Klaus Theo Schröder

HERAUSGEBER: JOHANN BEHRENS
REDAKTION & GESTALTUNG: GERO LANGER

2. JAHRGANG
ISSN 1610-7268

8

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen[®] oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L^AT_EX 2_ε in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 23. Dezember 2003

IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Redaktion & Gestaltung: Dipl. Pflege- u. Gesundheitswiss. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft ·

German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 27 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4450 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail gero.langer@medizin.uni-halle.de

Website <http://www.medicin.uni-halle.de/journal/>

ISSN 1610–7268

Alle Rechte vorbehalten.

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

Abstract

It is the aim of the health care reform to strike a new balance between the security provided by a solidarity-based community, which supports the individual in the event of old age, illness or need, and the enormous demographic and economic challenges which we now face.

Solidarity is the centrepiece of our social state. However, it is not a one-way street: Whoever relies on the solidarity of the community must help to support it and contribute to it. To raise the awareness of the importance of responsible and rational behavior – also on the part of patients – we need incentives and steering elements since we owe it also to future generations to make responsible use of our resources which are getting scarcer. This means that funds have to be used efficiently. Efficiency, quality and co-responsibility are therefore core elements of the health reform.

The reform is centred on the people. They should be able to rely on being provided with medically necessary services of a high quality in the future as well, regardless of their age, income or origin. This is why we need the new balance between the need for solidarity, on the one hand, and the economic challenges on the other. The health care reform is an important step towards achieving this balance between solidarity and economic efficiency. It is a task of society as a whole to implement it, a task in which we are all required to share.

Schlagworte

- | | |
|---------------------|----------------------|
| • Solidarität | • Solidarity |
| • Effizienz | • Efficiency |
| • Qualität | • Quality |
| • Mitverantwortung | • Co-responsibility |
| • Gesundheitsreform | • Health care reform |
-
-

Über den Autor

Dr. Klaus Theo Schröder (verheiratet, 2 Kinder) wurde 1948 in Moers (Niederrhein) geboren. Auf das Studium folgten wissenschaftliche Arbeiten unter anderem an der Wirtschaftsuniversität Wien und am Fraunhofer-Institut in Karlsruhe. Später übernahm Schröder leitende Aufgaben in den Arbeits- und Sozialministerien in Düsseldorf und Erfurt sowie in der Berliner Senatsverwaltung. Nach einer Tätigkeit in der Rhön-Klinikum AG wurde Klaus Theo Schröder im Januar 2001 als Staatssekretär in das heutige Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung berufen.

Zusammenfassung

Die Gesundheitsreform hat das Ziel, ein neues Gleichgewicht herzustellen zwischen der Sicherung einer Solidargemeinschaft, die den einzelnen im Falle von Alter, Krankheit oder Not trägt, und den enormen demografischen und ökonomischen Herausforderungen.

Die Solidarität ist das Herzstück unseres Sozialstaats. Sie ist aber gleichwohl keine Einbahnstraße: Wer sich auf die Solidarität der Gemeinschaft verlässt, muss sie mit tragen und einen Beitrag dazu leisten. Um das Bewusstsein für verantwortungsbewusstes und rationales Verhalten – auch der Patientinnen und Patienten – zu schärfen, brauchen wir Anreize und Steuerungselemente. Denn wir schulden auch den nachfolgenden Generationen den verantwortungsvollen Umgang mit den knapper werdenden Ressourcen. Das bedeutet, dass die Mittel effizient eingesetzt werden müssen. Effizienz, Qualität und Mitverantwortung sind daher Kernelemente der Gesundheitsreform.

Die Menschen stehen im Mittelpunkt der Reform. Sie sollen sich auch in Zukunft darauf verlassen können, unabhängig von ihrem Alter, ihrem Einkommen oder ihrer Herkunft die medizinisch notwendigen Leistungen auf hohem Niveau zu erhalten. Aus diesem Grunde brauchen wir die neue Balance zwischen dem Bedürfnis nach Solidarität auf der einen, und den ökonomischen Herausforderungen auf der anderen Seite. Die Gesundheitsreform ist ein wichtiger Schritt hin zu diesem Gleichgewicht zwischen Solidarität und Wirtschaftlichkeit. Sie umzusetzen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die uns alle fordert.

»**Gesundheit verteilen – Reformen zwischen Solidarität und Wirtschaftlichkeit**« – so lautet das Thema der heutigen Veranstaltung.

Und genau darum geht es auch bei der Gesundheitsreform, die wir mit dem Gesundheitsstrukturmodernisierungsgesetz am 18. Juni auf den gesetzgeberischen Weg gebracht haben: Es geht darum, eine *neue Balance* zu finden zwischen dem Bedürfnis nach einer *Solidargemeinschaft*, die den einzelnen im Falle von Alter, Krankheit oder Not trägt. Und den *ökonomischen Herausforderungen*, auf die die Systeme der Sozialen Sicherung reagieren müssen.

Wir wollen, dass auch morgen noch gewährleistet ist, dass jede und jeder Zugang zu den medizinisch notwendigen Leistungen hat und am medizinischen Fortschritt teilhat. Ungeachtet seines Alters, seiner Herkunft und ungeachtet seines Einkommens.

Die Gewissheit, im Falle von Alter, Krankheit oder Not von einer solidarischen Gemeinschaft getragen zu werden, ist eine *kulturelle und eine gesellschaftliche Errungenschaft*, an der wir nicht rütteln werden.

Wir wollen diese Errungenschaft wahren und stärken. Dazu ist es aber notwendig, dass wir *auf die enormen Herausforderungen reagieren*, vor denen wir heute stehen:

- Auf die *konjunkturelle Situation*.
- Auf die *Lage auf dem Arbeitsmarkt*, die sich dramatisch zugespitzt hat.

- Auf den medizinischen Fortschritt, dem wir eine *gesteigerte Lebensqualität und Lebenserwartung* verdanken.

Kurzum: Wir haben es mit einer *Schiefelage* aus sinkenden Einnahmen bei gleichzeitig steigenden Ausgaben zu tun.

Auf diese Problematik müssen wir heute Antworten finden. Denn auch morgen soll noch gelten, was wir unter einem *solidarischen System* verstehen: Ein Gesundheitssystem, in dem junge für alte, gesunde für kranke und sozial stärkere Menschen für soziale benachteiligte Menschen eintreten. Vor allem auch vor dem Hintergrund, dass 20 Prozent der Versicherten rund 80 Prozent der Kosten verursachen, ist die *solidarische Lösung die richtige*.

Die Solidarität ist *das Herzstück unseres Sozialstaates*. Das ist auch ein Verständnis von Gemeinschaft, für das viele Teile der Gesellschaft lange eingetreten sind. *Auch die Kirchen legen ein klares Bekenntnis zu dieser solidarischen Gemeinschaft ab*.

Der *Verantwortung*, dass die dringend notwendigen *Reformen* möglichst ohne Verzug umgesetzt werden, sollten sich alle Beteiligten stellen. Wir müssen den Bürgerinnen und Bürgern zeigen, dass wir selbst schwierige Probleme gemeinsam lösen können.

Partikularinteressen dürfen nicht länger zu einer *Blockadehaltung* führen, bei der in Vergessenheit gerät, worum es in der Gesundheitsreform geht:

- *Es geht um die Menschen*. Es geht darum, dass auch in Zukunft niemand fürchten muss, dass er sich Krankheit »nicht leisten« kann.
- *Die Solidargemeinschaft ist aber keineswegs eine Einbahnstraße*. Wer sich auf sie verlässt, ist gleichermaßen für sie mitverantwortlich. Solidarität für alle setzt die Verantwortung des einzelnen voraus.

Die *Begriffe Solidarität und Wettbewerb* sind *zentrale Begriffe im aktuellen Positionspapier der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD)*, mit dem die Evangelische Kirche zur Entwicklung der Sozialen Systeme Stellung nimmt. Die EKD legt darin »*ein klares Bekenntnis zur solidarischen Grundorientierung*« ab.

Solidarität, Mitverantwortung und Wettbewerb sind auch zentrale Leitgedanken der Gesundheitsreform.

Denn erstens geht es bei der Ausgestaltung der Reformen darum, ausgehend von einem solidarischen System die *Mitverantwortung* des Einzelnen *für dieses System* zu fördern – und damit auch zu fordern. Wir brauchen daher gewisse *Anreize und Steuerungsselemente*, um das Bewusstsein der Patientinnen und Patienten für rationales Verhalten zu schärfen. Mündige, aufgeklärte und selbst bestimmte Patientinnen und Patienten können sich beispielsweise bewusst für das Hausarztmodell entscheiden. Wer das nicht tut, muss höhere *Zuzahlungen bei Arzneimitteln* in Kauf nehmen. Wer den direkten Weg zum *Facharzt* geht, ohne zuvor den Hausarzt zu konsultieren, dem wird künftig eine *Gebühr von 15 Euro pro Quartal* abverlangt.

Und zweitens geht es bei der Umsetzung der anstehenden Reformen um eine *gesamtsellschaftliche Aufgabe*, die alle Kräfte bündeln muss. Es geht um *Eigenverantwortung und um Mitverantwortung für das soziale System*, das dann eingreift, wenn der einzelne

krank, alt oder hilfsbedürftig ist. Und um den Fortbestand dieses solidarischen Systems zu sichern müssen alle, die ja letztlich auch davon profitieren, zu Zugeständnissen bereit sein.

Wir müssen ein *neues Verantwortungsgefühl gegenüber dem solidarischen System* schaffen.

Wir sprechen heute über die *Balance zwischen Solidarität und Wirtschaftlichkeit*. Solidarität und Wirtschaftlichkeit sollen aber nicht gegeneinander ausgewogen werden. Sie *müssen sich die Waage halten*. Ich betone es noch einmal: *Das Gesundheitssystem muss finanzierbar bleiben*, damit es auch in Zukunft als solidarisches System funktionieren kann.

Daher müssen wir vor allem die *Ausgabenseite* kritisch überprüfen.

Ein Aspekt bei der Neuordnung der Finanzierung ist die *Herausnahme versicherungsfremder Leistungen* aus der Finanzierung über Beiträge. Das bedeutet, dass Leistungen, die keinen Bezug zur Krankheit haben und eine gesamtgesellschaftliche Aufgaben darstellen, *künftig aus Steuermitteln finanziert* werden müssen. Dazu zählen etwa das Mutterschaftsgeld, Leistungen während der Schwangerschaft und Mutterschaft oder die Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe.

Alles was *medizinisch notwendig* ist, wird weiterhin fester Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV sein. Wir müssen aber medizinische Leistungen klar von solchen Leistungen *abgrenzen*, die ein *gesellschaftliches Interesse* widerspiegeln – etwa die Förderung der Familien. Diese Leistungen müssen aus Steuern finanziert werden.

Versicherungsfremde Leistungen sollen daher künftig über die *Anhebung der Tabaksteuer gegenfinanziert* werden. Sie bleiben als Leistungen aber erhalten.

Der zweite Aspekt ist die strukturelle Veränderung des Systems. Wir haben ein durchaus *leistungsstarkes System*. Den Versicherten stehen allein 142 Mrd. Euro an Beiträgen zur Verfügung.

Es kann angesichts knapper Kassen aber nicht länger hingenommen werden, dass es im Gesundheitswesen zu *Über-, Unter- oder Fehlversorgung* kommt.

Und deshalb müssen wir dafür sorgen, dass jeder einzelne Euro dort ankommt, wo er den Menschen wirklichen Nutzen bringt. Alles andere ist ein *verantwortungsloser Umgang mit den Ressourcen* – *auch und vor allem im Hinblick auf die kommenden Generationen*, die genau wie die Menschen heute auf ein leistungsstarkes System vertrauen können müssen, das allen Menschen offen steht.

Die Instrumente, mit denen wir das Gesundheitssystem strukturell verbessern wollen, sind:

- *mehr Qualität,*
- *mehr Effizienz,*
- *mehr Wettbewerb und*
- *mehr Transparenz.*

Im Mittelpunkt bei all den Bemühungen um ein effizienteres System stehen die Patientinnen und Patienten. Ihre Rolle im Zusammenspiel der Leistungserbringer wird gestärkt.

Gut informierte Patientinnen und Patienten sollen als gleich berechnigte Partnerinnen und Partner im Behandlungsgeschehen agieren können. Sie sollen sich auf »gleicher Augenhöhe« bewegen mit den Leistungserbringern.

Diese *neue Rolle der Patienten* fördern wir. Wir fördern sie etwa durch Informations-, Beteiligungs- und Anhörungsrechte von Patientengruppen oder Selbsthilfeorganisationen in allen wichtigen Gremien.

Wir fördern sie durch das neu zu schaffende Amt einer oder eines *Patientenbeauftragten*, der die Rechte der Menschen nach außen hin sichtbar vertritt.

Wir stärken die Position der Patienten auch durch die *flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zum 1. Januar 2006*. Diese Karte ermöglicht eine bessere Abstimmung der Behandlungsschritte und Medikationen. Das schafft zum einen mehr *Therapiesicherheit* und ist Teil des gesundheitlichen *Verbraucherschutzes*. Zum anderen können Kosten vermieden werden, da überflüssige und zum Teil sogar schädliche Mehrfachuntersuchungen verhindert werden können. Ich denke hier zum Beispiel an überflüssige radiologische Untersuchungen, die eine gesundheitliche Belastung darstellen und zudem ein großer Kostenfaktor sind. Mit Hilfe der Gesundheitskarte gewinnt der Arzt einen Überblick über bisherige Therapieschritte, über Arzneimittel und Notfalldaten. Der Patient bleibt »Herr seiner Daten«.

Bis zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte soll eine *Patientenquittung* dem Patienten ermöglichen, erhaltene Leistungen und die Kosten, die er verursacht hat, auch zu kontrollieren.

Beide Instrumente versetzen den Patienten in die Lage, das Behandlungsgeschehen zu kontrollieren und zu durchschauen. Auch im Gesundheitsbereich gilt: »*Wissen ist Macht*«.

Wir wollen mit der Gesundheitsreform eine echte *Qualitätsoffensive* starten, und dies erfordert an manchen Stellen stärkere *Wettbewerbselemente*.

Dazu werden wir das *Vertragswesen flexibler gestalten*. Bereits zugelassene Fachärzte und Psychotherapeuten erhalten die Möglichkeit, aus dem Kollektivvertragssystem auszuschneiden und *Einzelverträge* mit den Kassen abzuschließen. Der *Neuzugang* zur fachärztlichen Versorgung erfolgt dann künftig *durch Einzelverträge* mit den Krankenkassen.

In diesem Zusammenhang kommt der *Fortbildung* in Zukunft eine höhere Bedeutung zu. Was in anderen Berufsgruppen schon lange Alltag ist, muss gerade im Bereich der Gesundheitsleistungen gelten. Die Zulassung als Vertragsärztin oder Vertragsarzt setzt in Zukunft verstärkt die Bereitschaft zu lebenslangem Lernen voraus. Ärztinnen und Ärzte, die viel in ihre Fortbildung investieren, sollen von diesem Engagement profitieren. *Spitzenqualität* wird sich künftig auszahlen.

Die Ausarbeitung von Fortbildungsempfehlungen wird *eine* Aufgabe des *Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin* sein. Dieses unabhängige und staatsferne Zentrum wird die »besten Köpfe« unter seinem Dach versammeln.

Unabhängige Fachleute werden den medizinischen Nutzen und die Qualität von Leistungen bewerten. Zu den Tätigkeitsschwerpunkten wird neben der *Kosten-Nutzen-Analyse von Arzneimitteln* die Ausarbeitung von *Leitlinien* etwa für die Behandlung ausgewählter Krankheiten gehören.

Auch hier gilt: *Die Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt*. Sie werden ebenso wie Vertreter der Leistungserbringer und der Krankenkassen in die Entscheidungsprozesse des Zentrums integriert sein.

Zudem sorgen wir mit dem Zentrum für mehr *Transparenz* – und damit für einen verbesserten gesundheitlichen *Verbraucherschutz*. Denn allen Interessierten stehen die Erkenntnisse und Informationen des Zentrums zur Verfügung. Und zwar nach dem aktuellsten Stand der medizinischen Wissenschaft, in verständlicher Sprache und gut zugänglich.

Die Tätigkeit des Zentrums für Medizin hat nichts mit »Staats- oder Zuteilungsmedizin« zu tun. Denn die *Therapiefreiheit* wird in keiner Weise eingeschränkt. Nach wie vor verbleibt die Entscheidung, welche Behandlung im Einzelfall erforderlich ist, in der Verantwortung des behandelnden Arztes.

Im gesamten deutschen Gesundheitssystem wollen wir eine *stärkere Vernetzung der einzelnen Leistungsbereiche* schaffen.

Daher werden künftig auch *Gesundheitszentren* über die bisherigen Möglichkeiten hinaus *zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen*. In diesen Gesundheitszentren sind Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen gemeinsam mit anderen nichtärztlichen Leistungserbringern tätig. Das eröffnet die Möglichkeit zu Informationsaustausch und zu interdisziplinärem Arbeiten. Dadurch würde die Landschaft der Leistungserbringer im deutschen Gesundheitssystem sinnvoll ergänzt.

Die Gesundheitszentren könnten der *Prototyp für eine vernetzte Versorgung* sein. Eine solche Form der Versorgung dient einerseits der *Therapiesicherheit*, da die einzelnen Behandlungsschritte stärker aufeinander abgestimmt werden. Zum anderen *vermeidet es Kosten*, da sinnlose oder sogar schädliche Mehrfachuntersuchungen unterbunden werden können.

Darüber hinaus sollen die *Krankenkassen* auch die Möglichkeit erhalten, *eigene Einrichtungen* zur integrierten Versorgung zu gründen. Die *integrierte Versorgung* soll das Kennzeichen für das gesamte deutsche Gesundheitswesen werden.

Wir werden ferner die *Prävention* zu einer eigenständigen Säule im Gesundheitswesen ausbauen. Denn wer unser Gesundheitssystem fit machen will für die Zukunft, der muss mehr dafür tun, dass Krankheiten erst gar nicht entstehen. Nachsorge ist meistens teurer als Vorsorge.

Prävention muss positiver besetzt werden und einen neuen Stellenwert auch im Bewusstsein der Bürgerinnen und Bürger einnehmen. Die Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens kann nicht früh genug beginnen und muss *sämtliche Lebensbereiche der Menschen umfassen*. Ob im Kindergarten, in der Schule, in der Familie oder am Arbeitsplatz – Prävention und Gesundheitsförderung sollten einen festen Platz im Leben der Menschen einnehmen. Denn sich gesundheitsbewusst zu verhalten, ist Eigenverantwortung auf der einen, und Mitverantwortung auf der anderen Seite. Verantwortung für das eigene Leben und für das solidarische System.

Ein weiterer Baustein der vierten Säule »Prävention« wird die *Schaffung eines Präventionsgesetzes* sein, an dessen Eckpunkten zur Zeit gearbeitet wird. Das Gesetz soll Regelungen der gesundheitlichen Prävention zusammenführen und auch – wo notwendig – ergänzen, um die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen zu steigern.

Ich habe eingangs bereits erwähnt, *dass gesundheitsbewusstes und rationales Verhalten* durchaus belohnt werden sollten. *Gesundheitsbewusstes Verhalten* spart auf lange Sicht dem gesamten System nicht nur Kosten, die Lebensqualität wird zudem entscheidend verbessert.

Eine Steuerungskomponente für *rationales Verhalten* ist die Neuregelung der *Zuzahlungen*. Dies gilt zunächst für die Zuzahlungen zu *Arzneimitteln*. So wird etwa der *Eigenanteil* für Versicherte im Rahmen einer Bonusregelung deutlich *ermäßigt*, die sich in ein *Hausarztmodell* einschreiben oder an einem *strukturierten Behandlungsprogramm* für chronisch Kranke teilnehmen. Für Menschen, die wegen derselben Erkrankung über ein Jahr lang in Behandlung sind oder deren Einkommen sich unterhalb des Existenzminimums bewegt, greifen Schutzregelungen.

Ich betone hier noch einmal: Der Mensch steht im Mittelpunkt der Reform. Das bedeutet, dass sich sozusagen »alles um ihn dreht«.

Deshalb wollen wir die vernetzte, die *integrierte Versorgung zum Leitbild* des deutschen Gesundheitssystems machen.

Deshalb wird künftig der *Hausarzt* in seiner Rolle entscheidend gestärkt. Bei ihm sollen alle Fäden der Behandlung zusammenlaufen, er soll den Überblick haben über einzelne Therapieschritte, über Untersuchungen und Medikationen. *Der Hausarzt bzw. die Hausärztin soll als »Lotse« im System fungieren* und für eine bessere Kommunikation zwischen den beteiligten Leistungserbringern sorgen. Diese anspruchsvolle Aufgabe wird durch die elektronische Gesundheitskarte erleichtert, die alle Behandlungs- und Notfalldaten bereit hält.

Mangelnde Koordination und Kooperation sind nicht nur ein unnötiger *Kostenfaktor* im deutschen Gesundheitswesen. Sie führen auch zu *gesundheitlichen Belastungen*.

Und noch ein Aspekt ist angesichts der *demografischen Entwicklung* von entscheidender Bedeutung. Wir wollen, dass die *Menschen möglichst lange in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können*. Und dazu brauchen sie den Arzt oder die Ärztin ihres Vertrauens, der oder die die Lebensumstände kennt, vielleicht sogar das familiäre und soziale Umfeld. Denn ein kranker Mensch ist mehr als eine Liste von Symptomen, seine Krankheit ist oft so komplex wie die Umstände, unter denen er lebt und krank geworden ist. Das *Vertrauensverhältnis zwischen Hausarzt und Patienten* ist gerade in einer älter werdenden Gesellschaft von großer Bedeutung.

Medizinische Versorgung hat immer eine *menschliche Seite*, eine emotionale und eine psychosoziale. Sie sollte mehr sein als das Ausstellen eines Rezeptes zwischen Tür und Angel. Auch diese Seite der hausärztlichen Versorgung wollen wir stützen.

Die einzelnen Reformschritte haben ein vorrangiges Ziel: Die Qualität soll verbessert und die Effizienzreserven sollen voll ausgeschöpft werden. Und zwar *zum Wohle der Menschen*, denn sie sind und bleiben Dreh- und Angelpunkt unserer Politik. *Für sie wurde das Gesundheitssystem geschaffen*. Es wurde nicht für Interessensverbände, für die Pharmaindustrie oder die Ärzteschaft geschaffen, sondern für die Menschen. Auch daran sollte in der aktuellen Debatte häufiger erinnert werden

Die Patientinnen und Patienten sind es, die ganz unmittelbar davon profitieren, wenn die Qualität der Versorgung verbessert wird. Wenn sich ihre Behandlung an qualitäts-

gesicherten Leitlinien orientiert und die einzelnen Therapieschritte besser aufeinander abgestimmt und koordiniert sind.

Sie profitieren aber auch mittelbar von der Reform, indem das *Gesundheitswesen nachhaltig gestärkt* wird. Die Menschen können sich *auch weiterhin darauf verlassen*, im Falle von Alter oder Krankheit die beste medizinische Versorgung zu erhalten und von einem solidarischen System getragen zu werden.

Wir verlangen von den Menschen *mehr Mitverantwortung*. Um diese Mitverantwortung aktiv wahrnehmen zu können, werden die *Patientinnen und Patienten in ihren Rechten entscheidend gestärkt*. Patientenverbände und -organisationen erhalten Informations-, Beteiligungs- und Anhörungsrechte in den wichtigen Gremien, insbesondere beim Zentrum für Qualität in der Medizin.

Zudem wird der oder die *Patientenbeauftragte* die Rechte der Patienten nach außen hin sichtbar in allen relevanten gesellschaftlichen Bereichen vertreten.

Denn wer Mitverantwortung fordert, muss Möglichkeiten zur Mitbestimmung fördern. Das tun wir mit der Gesundheitsreform.

Wir brauchen *Mut, neue Wege einzuschlagen*, denn Tatsache ist, dass wir die knapper werdenden Mittel so effizient wie möglich einsetzen müssen, um ein leistungsstarkes System zukunftsfest zu machen. *Wir brauchen eine neue Balance zwischen dem Bedürfnis nach Solidarität und den ökonomischen Herausforderungen.* Unsere Reform ist ein Weg hin zu einem Gleichgewicht von Solidarität und Wirtschaftlichkeit.

Ich bin zuversichtlich, dass wir diese Anstrengung *gemeinsam mit allen relevanten gesellschaftlichen Gruppen* meistern können.