

Entwicklung des Gesundheitswesens



Rede der Sächsischen Staatsministerin für Soziales, Frau Helma Orosz, anlässlich des 16. Sächsischen Ärztetags am 23. Juni 2006 zum Thema „Die Entwicklung des Gesundheitswesens im Spannungsfeld von staatlicher Fürsorge und Ökonomisierung der Gesellschaft“

Vor etwa dreihundert Jahren hat der große Philosoph der Aufklärung, Voltaire, den Stand der Medizin seiner Zeit folgendermaßen charakterisiert: „Ärzte geben Medikamente, über die sie wenig wissen, in Menschenleiber, über die sie noch weniger wissen, zur Behandlung von Krankheiten, über die sie überhaupt nichts wissen.“

Angesichts dieser Einschätzung kann man heute nur froh sein, dass sowohl die Französische Revolution als auch die Aufklärung in Europa erfolgreich waren, denn von diesem Stand der ärztlichen Kunst sind wir heute Gott sei Dank weit entfernt. Wir haben heute ein höchst komplexes und vielschichtiges Gesundheitssystem, in dem geregelt wird, wer wie und wo behandeln darf, wer das Wie finanziert, wer wen versichern darf oder muss, und wer wie viel dafür bezahlen muss.

Allerdings wird die direkte Arzt-Patienten-Beziehung, die Voltaire meinte, heute durch viele andere Systemkomponenten, Entscheidungen, Rahmenbedingungen und Akteure mitbestimmt. Voltaire war sicher kein ängstlicher Zeitgenosse, aber aus seinem Zitat spricht ein gerüttelt Maß an Misstrauen und die geheime Hoffnung, niemals eines Arztes zu bedürfen. Insofern möchte ich sagen: Gut, dass wir unser Gesundheitssystem haben.

Unser Gesundheitssystem mit der Gesetzlichen Krankenversicherung hat mehr als ein Jahrhundert eine funktionierende, solidarische Gesundheitsversorgung ermöglicht. Es hat einen enormen medizinisch-technischen Fortschritt hervorgebracht, es hat Ärztinnen und Ärzten gesicherte Möglichkeiten zum Praktizieren gegeben, und in diesem System wurden unzählige Patientinnen und Patienten erfolgreich behandelt und geheilt.

Aber auch dieses Gesundheitssystem hat – wie jedes Medikament – Wirkungen und Nebenwirkungen und auch dazu sollte man gelegentlich seinen Arzt oder Apotheker befragen. Ebenso wenig, wie es Wundermittel gibt, die für alle Beschwerden, jeden Menschen und jede Lebenslage die erwünschte Wirkung haben, ebenso wenig gibt es das ideale Gesundheitssystem, das nebenwirkungsfrei funktioniert.

Was ich damit sagen will: Wer sich für eine Form eines Gesundheitssystems, eine Finanzierungsform, eine Form der Leistungserbringung etc. entscheidet, der setzt klare Prioritäten für das, was er will, er nimmt aber auch in Kauf, dass andere Dinge nicht optimal funktionieren oder dass es Nebenwirkungen gibt. Gesundheitssysteme sind mit ihren vielen Akteuren und Interessen zu komplex, als dass man an einer Stelle justieren könnte, ohne damit auch das übrige System mitzubeeinflussen. Davon konnten bzw. mussten wir uns in den letzten Jahren überzeugen. Dass soll aber nicht heißen, dass jede Nebenwirkung hingenommen werden muss. Auch Nebenwirkungen können einen Organismus zum Kollabieren brin-

gen. Deshalb gebe ich Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe recht mit seinem Fazit auf dem 109. Deutschen Ärztetag: „Weiter so – das geht nicht mehr!“ Der derzeitige Zustand unseres Gesundheitssystems stellt uns vor Fragen, die klare Antworten brauchen.

Die wichtigsten Herausforderungen sind aus meiner Sicht die überkommene Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, die absehbar drohende regionale Unterversorgung in unserem Land und die zunehmend belastenden Arbeitsbedingungen der Ärzteschaft sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Sektor.

Die Schwierigkeiten betreffen Ärzte als Unternehmer, und sie betreffen Ärzte als Angestellte. Arbeitsbedingungen, Arbeitszeiten, überbordende Bürokratie, die Honorierung der ärztlichen Leistungen, gedeckelte Budgets ... die Aufzählung ließe sich fortsetzen. Ich habe Verständnis für die Ärzteschaft und ich habe deshalb auch Verständnis für das klare Signal des Deutschen Ärztetags: „Weiter so – das geht nicht mehr!“ Die Fragen, die ich mir stelle, lauten: „Wie geht es weiter?“ und „Welche Alternativlösungen favorisieren wir?“

Unser Gesundheitssystem muss sowohl in den Kategorien der staatlichen Daseinsvorsorge als auch in denen der Ökonomie und des Marktes beschrieben werden. Der Staat stellt sich der Verantwortung, dass jede Bürgerin und jeder Bürger einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsgütern erhält.

Das ist fundamentaler Konsens in unserem Lande: Das Grundgesetz selbst trifft eine grundlegende Wertentscheidung zugunsten des Lebens und der Gesundheit. Der Zugang zu Gesundheitsgütern kann deshalb nicht alleine dem Markt überlassen werden – ebenso wenig wie beispielsweise das Recht auf Schulbildung. Krankheit ist keine Kaufentscheidung, wie Norbert Blüm es einmal formuliert hat, und individuelle Gesundheit ist auch von der sozialen Lage eines Individuums in der Gesellschaft abhängig.

Aber auch jenseits dieser politisch-ethischen Wertentscheidung darf man sich keine Illusionen machen: Ein Markt für Gesundheitsgüter, so sagen es Volks- und Finanzwissenschaftler, könne schon aus strukturellen Gründen kein effizient funktionierender Wettbewerbsmarkt sein. Der Grund liegt in der Inhomogenität der Güter und der fehlenden Markttransparenz. Daher hat auch der Staat die Aufgabe, das Gesundheitssystem auf dem Weg der öffentlichen Daseinsvorsorge zu regeln.

Trotzdem sprechen wir von einer Ökonomisierung des Gesundheitssystems, und das ist auch angebracht. Denn kein Ge-

sundheitssystem der Welt kommt ohne Antwort auf ökonomische Fragen aus.

Das gilt nicht nur für Zeiten, in denen die Mittel knapp werden. Jedes Beitragssystem muss mit seinen Mitteln wirtschaften, und es muss sich rechtfertigen, wofür es seine Mittel ausgibt. Jedes Beitragssystem kann nur das ausgeben, was es einnimmt.

Die ökonomische Sicht hat also die Begrenztheit der Ressourcen im Auge, und die Bilanz der Gesetzlichen Krankenversicherung ist – wir wissen es – negativ. Diese Knappheit ist nichts Neues. Im Gegenteil: Heiner Geißler prägte bereits in den 70er Jahren den Begriff der

„Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen, denn damals stiegen die GKV-Ausgaben weit überproportional zum allgemeinen Wirtschaftswachstum. Nur durch diverse Kostendämpfungsgesetze entwickelten sich die Leistungsausgaben im Gleichschritt mit dem Wirtschaftswachstum.

Das wirtschaftliche Wachstum hat dabei bei stabiler Beitragsbelastung von Jahr zu Jahr mehr Leistungen ermöglicht. Heute verzeichnen wir eine chronische Einnahmeschwäche in der GKV. Die Ursache des Einnahmedefizits kennen wir. Es ist der relative Rückgang der Arbeitsentgelte am gesamtwirtschaftlichen Einkommen aufgrund der Arbeitslosigkeit, der relativ

Entwicklung des Gesundheitswesens

sinkenden Reallöhne, des Zunehmens neuer Arbeitsformen und aufgrund zurückgehender sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse.

Die ökonomischen Fragestellungen werden also dringender und die damit einhergehenden Beschränkungen werden fühlbarer – für alle Akteure des Gesundheitssystems. Was medizinisch möglich und machbar ist, wächst durch den medizinischen Fortschritt; die ökonomischen Möglichkeiten jedoch halten damit nicht Schritt. Bereits heute steigt das Ausgabenvolumen in der gesetzlichen Krankenversicherung um 1 bis 2 Prozent jährlich, und zwar allein durch den medizinischen Fortschritt. Der demografische Effekt auf die Ausgabenstruktur liegt deutlich darunter und könnte durch Wirtschaftswachstum kompensiert werden. Wir haben also auch ohne den demografischen Effekt ein Finanzierungsproblem, das es zu lösen gilt.

Diesen Vorgang des Bewusstwerdens ökonomischer Grenzen verstehe ich unter dem Stichwort „Ökonomisierung.“ Und ich bitte Sie, diesen Begriff wertfrei zu verstehen, was schwer fällt, weil dieser an sich neutrale Begriff in der politischen Diskussion häufig als negatives Schlagwort verwendet wird.

Die Bundesregierung hat vor zwei Wochen ihre Lösung des Finanzierungsproblems angedeutet: Wie erwartet, konnte sich keines der beiden Basismodelle – Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie – durchsetzen.

Die Bundesregierung setzt offenbar auf ein Fondsmodell, um dessen Einzelheiten noch gestritten wird. Die weitere Ausformung bleibt also abzuwarten. Nur soviel will ich dazu sagen: Es wird auch künftig ein solidarischer KV-System geben; dabei können Pauschalbeiträge mit Sozialausgleich mehr zur Solidarität beitragen als das gewachsene System mit seinen kaum nachvollziehbaren Abgrenzungen.

Aber auch wenn aktuell in der Öffentlichkeit nur die Einnahmeseite diskutiert wird: Es geht vor allem auch um die Ausgaben im Gesundheitssystem. Ich bin

überzeugt: Selbst wenn die Finanzierung optimiert wird und wenn alle Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitssystem ausgeschöpft werden, selbst dann wird eine Straffung der Leistungen in der solidarisch finanzierten GKV nicht zu vermeiden sein. Darauf müssen wir die Bürgerinnen und Bürger ehrlich vorbereiten.

Das ist eine Nebenwirkung, mit der wir umgehen müssen, wenn wir beim derzeitigen System bleiben wollen. Wir müssen deutlich machen, dass die Eigenverantwortung der Versicherten weiter gestärkt werden muss, dass dabei aber das Solidarprinzip nicht in Frage gestellt werden darf. Wir müssen deutlich machen: Nicht alles, was medizinisch machbar ist, ist notwendig und finanzierbar. Und wir müssen deutlich machen: Wir brauchen mehr Effizienz und Transparenz im Gesundheitswesen, und wir müssen die vorhandenen Mittel effizienter einsetzen. Das erfordert ökonomisches Handeln. Denn bekanntlich ist das deutsche Gesundheitssystem eines der Teuersten, aber auch eines mit hohen Verbesserungspotenzialen:

Wir haben mit durchschnittlich etwa sechs Minuten in Deutschland europaweit mit den kürzesten Arzt-Patienten-Kontakt. Wir haben eine überbordende Bürokratie, wir haben große Wirtschaftlichkeitsreserven, die erschlossen werden müssen – Handlungsbedarf gibt es also auf vielen Ebenen des Systems.

Besonders der Staat gilt den meisten als der richtige und oft gescholtene Adressat, wenn es darum geht, ökonomische Entscheidungen zu treffen. Allerdings sind die Möglichkeiten staatlicher Entscheidungsträger klar begrenzt, denn ein hoch komplexes System wie das Gesundheitswesen lässt sich von ‚oben‘ – also von staatlicher Seite – nur sehr unzureichend und schwerfällig steuern.

Bisher wurde das beispielsweise im ambulanten Bereich über Ausgabenbegrenzung und Budgets versucht. Die Leistungsfähigkeit des Systems bei Versor-

gungsqualität und Versorgungssicherheit wurde dabei aber zu sehr außer Acht gelassen.

Staatliche Daseinsvorsorge sehe ich unter diesem Aspekt nicht als einen Gegensatz zur Ökonomie. Im Gegenteil: Staatliche Daseinsvorsorge hat zwar für den Einzelnen die Auswirkung, dass er selbst ökonomischer Überlegungen enthoben ist.

Er kann sich darauf verlassen, dass der Staat eine Leistung bereitstellt und sich auch um die Finanzierung kümmert. Aber die Ökonomie ist damit nicht aus dem Spiel. Die Überlegungen, die Einzelne nicht anstellen müssen, muss der Staat anstellen. Er muss bewerten, wie viel eine Leistung kostet und worauf wer im Gegenzug verzichten muss. Je weiter die Fürsorge geht, desto stärker müssen ökonomische Überlegungen vom Staat ange stellt werden.

Aber nicht nur er, alle Akteure im Gesundheitssystem stehen vor ökonomischen Entscheidungen. Ökonomie aber hat bei Ärzten einen zwiespältigen Ruf. Jeder freiberuflich tätige Arzt weiß natürlich um die Notwendigkeit, ökonomisch zu denken und zu handeln – sonst könnte er seine Praxis nicht führen. Andererseits werden ökonomische Vorgaben als illegitime Einschränkung der ärztlichen Handlungsmöglichkeiten empfunden, als einen ihrer traditionellen Stellung nicht angemessenen Zwang. Aber das ist, so denke ich, eine verzerrte Sicht von Ökonomie. Ökonomie handelt von Entscheidungen zur Zielerreichung unter Berücksichtigung von Ressourcen. Das ist etwas, was jeder Arzt beherrschen muss, nicht nur bei der wirtschaftlichen Führung der eigenen Praxis, sondern auch beim Einsatz von Medikamenten und der Abschätzung der Wirkungen und Nebenwirkungen.

Auch zur freiberuflichen Stellung des Arztes gehört die ökonomische Verantwortung. Wer freiberuflich tätig sein will, der muss sich auch diesem Aspekt seines Berufs stellen. Er erhält dafür die Möglichkeit, seine Arbeit fachlich wie ökonomisch zu gestalten. Er wird kaum erreichen, dass er fachlich ohne ökonomische

Vorgaben tätig sein kann, auch wenn er die ökonomischen Notwendigkeiten als äußere Zwänge und Beschränkungen erleben mag.

Für denjenigen, der das nicht möchte, bietet die Liberalisierung und Flexibilisierung des Niederlassungsrechts durch das Vertragsarztrecht-Änderungsgesetz mehr Möglichkeiten, als Angestellter kurativ tätig zu sein. Ich begrüße dieses Gesetz, denn es war schon lange nicht mehr zeitgemäß, dass man sich als Arzt nur starr zwischen einer ambulanten oder stationären oder zwischen einer freiberuflich-selbstständigen ambulanten oder angestellten stationären Tätigkeit entscheiden musste.

Ich bedauere jedoch, dass viele ärztliche Standesvertreter diese Flexibilisierung in Teilbereichen ablehnen, weil sie die Freiberuflichkeit zum Dogma erheben und damit Veränderungsbedarf bei der eigenen Berufsorganisation verneinen.

Ich will aber an dieser Stelle auch sagen, dass es den Ärzten mit der ökonomischen Verantwortung nicht einfach gemacht worden ist. Punktwerte, die bei der Leistungserbringung unbekannt sind, sind kaum eine Basis rationaler verantwortlicher Entscheidung. Budgets, die als kurzfristige Lösung der Kostendämpfung vorgesehen waren und fast zehn Jahre auf einer nicht mehr zeitgemäßen Bemessungsgrundlage fortgeschrieben werden, überfordern jede Akzeptanz.

Deshalb kann ich auch Ihren Unmut über die neuen Regelungen des Gesetzes zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit im Arzneimittelbereich nachvollziehen. An sich halte ich es für richtig und angemessen, von den Ärzten als Verordnern von Medikamenten eine strikte Orientierung an der Wirtschaftlichkeit zu fordern und diese Verantwortung klarer zu regeln.

Aber es ist meines Erachtens falsch, hier kollektiven Zwang anzuwenden, wenn im Vereinbarungswege dasselbe erreicht werden kann. Die Bonusvereinbarung in Sachsen war bundesweit führend und hätte als Blaupause für das Gesetz genügt. Der Gesetzeszweck als solcher wäre

bestimmt besser akzeptiert worden, wenn der Gesetzgeber zuvor seine überfälligen Hausaufgaben gegenüber der Ärzteschaft erfüllt hätte. Deshalb fordern wir eine Reform der ärztlichen Vergütung, die sowohl die Belastungsfähigkeit der Versicherten als auch die Leistung der Ärzte angemessen berücksichtigt.

Ich begrüße es, dass bei den Reformverhandlungen in Berlin die Frage der ärztlichen Honorierung nicht – wie zeitweise beabsichtigt – an den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich gekoppelt und damit bis 2009 vertagt worden ist. Die Konsequenzen sind mir bewusst: Für die Krankenkassen ist es wichtig, dass die Änderung der Parameter auf der Einnahmenseite und der Ausgabenseite gleichzeitig erfolgt. Aber wir brauchen jetzt ein neues Honorierungssystem, nicht erst 2009, und wir dürfen deswegen die Reform nicht wieder verschieben.

Das jetzige System ist unzureichend, und ich will auch klar sagen: Es fördert keine Qualität, sondern es fördert Mittelmaß. Ich möchte Sie herzlich bitten, sich konstruktiv damit auseinander zu setzen und Vorschläge zu unterbreiten, damit gute ärztliche Leistung künftig auch entsprechend honoriert wird.

Wir brauchen das neue Honorierungssystem auch deshalb, damit niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte ihre wirtschaftliche Zukunft hinreichend planen

können, und damit wir mit Ihnen die aus Altersgründen frei werdenden Praxen besetzen können. Planungssicherheit muss deshalb ein wichtiger Bestandteil des neuen Systems sein, Leistungsbezug der Vergütung ein anderer. Die Anforderungen sind bekannt, die Elemente einer Lösung ebenfalls: feste Punktwerte, vereinbarte Mengen, Morbiditätsorientierung bei Fortschreibung auf Praxisebene, Bildung von Leistungskomplexen. Die Umsetzung wird sich nicht einfach gestalten, auch in Hinblick auf die zunehmende Durchlässigkeit zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor.

Ich fordere an dieser Stelle zum wiederholten Male von der Bundesregierung, dass entsprechend dieser Durchlässigkeit beide Honorierungssysteme harmonisiert werden müssen. Und ich wünsche mir von der niedergelassenen Ärzteschaft, dass die unbestritten anzustrebende bessere Verzahnung der bisher getrennten Sektoren ambulant – stationär nicht durch Zukunftsängste erschwert wird: Die bessere Kooperation ambulant – stationär ist nicht nur aus ökonomischer Sicht wichtig, sondern auch deshalb, weil uns sonst bald notwendige Ressourcen für die Versorgung fehlen. Zur Verdeutlichung meiner Position möchte ich anfügen: Eine Kassenärztliche Vereinigung ist auch für ein solches Unterfangen ein unverzichtbarer Partner. Ich halte nichts von den Erwä-

Entwicklung des Gesundheitswesens

gungen des Bundesgesundheitsministeriums und anderer Vertreter der Politik, die Verbesserungsoptionen oder gar Kosteneinsparungen durch mehr Zentralisierung und Verzicht auf Standesorganisationen sehen. Kassenärztliche Vereinigungen sind bei den jetzigen Systemgegebenheiten unverzichtbar; größere Einheiten bieten nicht grundsätzlich Kostenvorteile, wie wir am Beispiel von Kassenfusionen selbst nachvollzogen haben. Das Ausbalancieren der Interessen der Leistungserbringer auf der einen und der Finanzierungsseite auf der anderen Seite ist nur möglich, wenn ihre Einwirkungsbreite überschaubar ist. Wie wichtig mir die ärztliche Selbstverwaltung ist, möchte ich an einem Beispiel verdeutlichen. Der Entwurf des Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts enthält Regelungen, die über die von Ihnen beschlossenen Liberalisierungen des ärztlichen Berufsrechts hinausgehen. Der 109. Deutsche Ärztetag hat das zu Recht kritisiert. Ich habe daher im Gesundheitsausschuss des Bundesrates den von Bayern eingebrachten Änderungsanträgen zugestimmt, welche die kritisierten Bestimmungen unter dem Vorbehalt einer anderslautenden landesrechtlichen Regelung stellen. Damit möchte ich Ihre Kompetenz erhalten, das ärztliche Berufsrecht selbst zu regeln.

Lassen Sie es mich auf den Punkt bringen: Wenn unser Gesundheitssystem weiter wie beabsichtigt wirken soll, dann kommen wir nicht ohne die ökonomische Verantwortung auf der Ebene der Leistungserbringung aus. Diese Verantwortung muss ermöglicht werden, und sie muss mit einer leistungsgerechten Honorierung verbunden sein. Das ist und bleibt eine Schlüsselfrage bei der Reform der ärztlichen Vergütung, auf die die Politik in Berlin eine Antwort finden muss. Wir haben dafür ausreichende Anregungen zugearbeitet.

Darüber hinaus bin ich froh, dass wir in Sachsen zu diesem Thema mit allen Beteiligten weiterhin im Gespräch sind. Dies bietet Chancen für gemeinsam erarbeitete, maßgeschneiderte Lösungen. Der-

zeit denken wir zum Beispiel gemeinsam darüber nach, wie Ärzte so entlastet werden können, dass sie sich mehr den eigentlichen medizinischen Aufgaben zuwenden können. Das Modell der Gemeindegemeinschaft bspw. ist als Wort nicht neu, der Inhalt ihrer möglichen Tätigkeit jedoch schon.

Ökonomische Fragen werden mittlerweile auch anderen Akteuren im Gesundheitssystem gestellt, den Patientinnen und Patienten. Die Entwicklung des Gesundheitssystems hat in den letzten Jahren zu einer sehr hohen Anspruchshaltung bei den Patientinnen und Patienten geführt. Unser Gesundheitssystem strebt nach medizinisch-technischer Perfektion, es ist also mehr als rational, dass sich auch die Patientinnen und Patienten diesem Streben nach Perfektion anschließen und die mögliche Maximalversorgung in Anspruch nehmen wollen. Aber auch das treibt die Ausgaben im Gesundheitssystem in die Höhe. Hier wurden mit den Zuzahlungen und der Praxisgebühr bereits Anreize gesetzt, damit Patienten prüfen, ob es tatsächlich die Maximalversorgung sein muss. Die Effekte lassen jedoch zu wünschen übrig. Aber grundsätzlich ist klar: Der berechtigte Ruf nach weniger Staat heißt eben auch mehr Eigenverantwortung, auch aufseiten der Patienten.

Bis hierher zusammengefasst: Die Frage lautet nicht Ökonomisierung oder staatliche Daseinsvorsorge, sondern Ökonomisierung und staatliche Daseinsvorsorge gekoppelt mit ökonomischer Selbstverantwortung der einzelnen Akteure. Staatliche Daseinsvorsorge muss mit ökonomischer Selbstverantwortung gekoppelt sein. Der Schutz der sozial Benachteiligten und Schwachen unabhängig von ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit allerdings bleibt ganz klar eine Aufgabe des Staates.

Eine ebenso klare staatliche Aufgabe bei der Sicherstellung der Versorgung bleibt die staatliche Krankenhausplanung. Der weitere Bedarf an stationären Versorgungsleistungen und der Bettenbedarf sind abhängig sowohl von der demogra-

fischen als auch von der medizinisch-technischen Entwicklung. An diesen Kriterien wird jedes einzelne Krankenhaus bei der Bedarfsplanung gemessen. Allerdings sind die Abhängigkeiten nicht so trivial, wie sie auf den ersten Blick erscheinen mögen. Ich nenne ein Beispiel: Durch den Bevölkerungsrückgang wird zwar ein allgemeiner Rückgang der Fallzahlen prognostiziert. Aber durch die starke Zunahme der Altersgruppe ab 65 müssen wir mit einem starken Anstieg der altersbedingten Erkrankungen rechnen – insbesondere wegen der hohen Zahl nötiger Krankenhausbehandlungen der über 75-Jährigen, bei denen jeder Zweite durchschnittlich einmal jährlich stationär behandelt wird. Der Bedarf an Krankenhausleistungen wird also insgesamt gleich bleiben.

Dagegen wird die Verweildauer im Krankenhaus weiter abnehmen auf etwa acht Tage. Die Gründe dafür liegen in der DRG-Entwicklung, dem verstärkten Einsatz minimalinvasiver Methoden und auch in der Verbesserung der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor.

Deshalb rechnen wir für Sachsen mit einer weiter rückläufigen Bettenentwicklung. Der Bedarf wird auf 23.000 bis 24.000 Betten im Jahr 2020 prognostiziert. Das sind etwa 6 bis 10 Prozent weniger als heute. Planmäßige Krankenhausschließungen sind in Sachsen aber nicht mehr vorgesehen. Der Standortabbau ist bereits in den 90er Jahren vorgenommen worden. Damit verfügen wir bereits über die notwendigen Voraussetzungen für wirtschaftlich bestandsfähige Krankenhäuser. Das Szenario der Studie von Ernst & Young, das einen durchschnittlichen Rückgang der Standorte um 25 Prozent voraussieht, betrifft also weniger Sachsen als viel mehr die westdeutschen Länder wie zum Beispiel NRW oder Berlin, wo es noch viele kleine Häuser gibt.

Das heißt allerdings nicht, dass nicht auch die Krankenhäuser im Freistaat noch mehr kooperieren oder gegebenenfalls

fusionieren müssen, um dem langfristigen Anpassungsdruck (insbesondere durch die DRGs) gerecht zu werden. In Sachsen liegt knapp die Hälfte der Häuser in kommunaler Trägerschaft, ein Drittel in privaten und 21 Prozent in freigemeinnützigen Händen. Wir befürworten diese Vielfalt von Krankenhausträgern, denn das verbessert die Wahlmöglichkeiten der Patienten, es unterstützt den Wettbewerb unterschiedlicher Konzeptionen, und es entspricht dem Grundsatz der Subsidiarität.

Um die wirtschaftliche Entwicklung der Krankenhäuser nachhaltig zu unterstützen, wird der Freistaat auch in den nächsten Jahren erhebliche Mittel bereitstellen. Die Investitionen betreffen die notwendigen Strukturanpassungen, Rationalisierungsmaßnahmen und die Medizintechnik.

Die Krankenhausplanung ist im übrigen ein gutes Beispiel dafür, dass wir in Sachsen ein wirklich gutes Klima zwischen allen relevanten Akteuren haben. Sachorientierung steht in den Gesprächen über dem Kampf um die Durchsetzung eigener Interessen. Denn es ist ja so wie eingangs gesagt: In einem hochkomplexen System mit verschiedenen Akteuren hat jede Änderung an einer Stelle Auswirkungen an anderen. Deshalb ist ein gemeinsames Abwägen und Diskutieren so notwendig. In Sachsen gelingt uns das – trotz aller Dynamik und trotz aller Auseinandersetzungen – immer wieder. Ich bin sicher, dass dies auch in Zukunft so sein wird; auch wenn die Probleme nicht einfacher werden. Die Aufgaben der Zukunft, und das sind auch ökonomische Aufgaben, können nur gelöst werden, wenn Ärzte ihren Sachverstand und ihr Engagement einbringen. Dass dies politisch ermöglicht und nicht behindert wird, dafür werde ich mich einsetzen.

Abschließend möchte ich noch ein Thema ansprechen, das mir als Gesundheitsministerin besonders am Herzen liegt, und das auf eine ganz besondere Weise

mit der Ökonomie verknüpft ist. Unser Ziel für Morgen und Übermorgen heißt: „Gesundheit“. Und wer Gesundheit will, kann nicht nur Krankheit behandeln.

Gesundheitsförderung hat erhebliche Potenziale – für die und den Einzelnen, aber auch für das Gesamtsystem. Um nur ein Beispiel zu nennen: Bereits jetzt geben die Krankenkassen bundesweit jährlich 75 Milliarden Euro für ernährungsmitbedingte Krankheiten aus. Deshalb setzen wir uns für eine Neuauflage des Präventionsgesetzes ein. Wir erwarten in diesem Zusammenhang von den Krankenkassen, dass sie ihrer Verantwor-

tung für die Gesundheitsförderung noch besser gerecht werden und wirklich adäquate Anreize für ihre Versicherten bieten.

Sie aber, die Ärzte, haben das, was wir bei unseren gesundheitspolitischen Ansätzen dringend brauchen: den direkten Kontakt zu den Patientinnen und Patienten. Ich bitte Sie, diesen Kontakt auch im Sinne der Gesundheitsförderung zu nutzen. Das ist im Interesse Ihrer Patientinnen und Patienten, es ist im Interesse der Sächsischen Gesundheitsziele, und es ist letztlich auch im Interesse des Gesamtsystems.