



Daniel Bahr, geboren 1976 in Lahnstein. Ausbildung zum Bankkaufmann; Studium der Volkswirtschaftslehre und Business Management. Seit 1996 Mitarbeiter der Dresdner Bank AG. Seit 2003 gehaltslos beurlaubt. 1999 bis 2004 Bundesvorsitzender der Jungen Liberalen; 2001 Mitglied im Bundesvorstand der FDP; 2005 Mitglied im Ausschuss für Gesundheit und gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion; 2006 Vorsitzender des FDP-Bezirksverbandes Münsterland; Okt. 2009 Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister für Gesundheit; Nov. 2010 bis Mai 2012 Landesvorsitzender der FDP Nordrhein-Westfalen. Daniel Bahr wurde am 12. Mai 2011 zum Bundesminister für Gesundheit ernannt.

Daniel Bahr

Bundesminister für Gesundheit

„Transparenz und Wettbewerb im Gesundheitswesen – Wie wird die medizinische Versorgung in Zukunft aussehen?“

Vielen Dank für die herzliche Einladung. Sie erleben einen schüchternen Westfalen gerührt angesichts der Ankündigung, die die Erwartung ja nur noch nach oben treiben kann. Ich will keinen parteipolitischen Vortrag halten, sondern in der Tat einen gesundheitspolitischen, nicht nur weil Sie mich dazu eingeladen haben, sondern weil – so glaube ich – das noch viel größere Interesse den Fragen der Gesundheits- und Gesellschaftspolitik gilt. Sie werden aber vielleicht an der einen oder anderen Stelle merken, dass der Liberale in mir auch zum Ausdruck kommt.

Wenn Sie jemandem gratulieren, zum Geburtstag, zum Ehejubiläum, zur Eheschließung, zur Geburt eines Kindes, zum Berufsjubiläum, dann wünschen Sie mal das eine, mal das andere. Das hängt vom Anlass ab: Mehr Erfolg im Beruf, mehr Zeit mit der Familie, mehr Freude im Leben, aber eines wünschen Sie bei jedem Anlass, und das ist Gesundheit. Warum ist das eigentlich so? Warum wünschen wir – egal bei welchem Anlass – Gesundheit? Weil wir wissen, dass Gesundheit die Voraussetzung ist, um vieles andere zu erreichen. Wie soll es denn klappen mit beruflichem Erfolg, wie soll es klappen mit „mehr Freude“? Wie soll es klappen mit „mehr Zeit in der Familie“, wenn es eben nicht mit der Gesundheit klappt? Denn mit der Gesundheit ist es wie mit der Freiheit. Solange man sie hat, nimmt man sie wie selbstverständlich wahr. Erst wenn sie einem fehlt, weiß man, was man an ihr hat. Und es zeigt auch etwas anderes, warum wir das einander wünschen, weil wir wissen, dass wir etwas für die Gesundheit tun können. Durch richtige Ernährung, durch ausreichende Bewegung können wir selbst einen Beitrag dazu leisten, dass es mit unserer Gesundheit besser bestellt ist. Und deswegen wünschen wir das einander, weil es eine kleine Erinnerung daran sein soll, dass es nicht nur geschenkt und Zufall ist, ob man gesund ist, sondern dass man etwas für seine Gesundheit tun kann und natürlich Glück haben muss. Und das zeigt, dass Gesundheit ein Thema ist, was zwei Facetten hat.

Übrigens viele Themen, die uns im Moment beschäftigen, haben zwei Facetten – in der Euro-Krise ist das gar kein Unterschied – nämlich die Kombination von Eigenverantwortung und Solidarität. Und wir haben in der Politik häufig den Streit und die Debatte, was eigentlich das Entscheidende ist. Eigenverantwortung oder Solidarität? Die einen fordern immer ein und sagen, das müsse alles viel solidarischer sein, es müsse mehr umverteilt werden, es müsse alles besser organisiert werden. Die Solidarität müsse gestärkt werden. Sie erleben das gerade am Rande an einer Debatte, bei der ich mir mit Verwunderung die Augen reibe: wie man in einer solchen Situation, wo es Deutschland so gut geht wie nie, die Sozialkassen so gut ausgestattet sind wie nie, so viele Menschen in sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen sind wie nie, und wir Aufstieg in der Gesellschaft auch erleben, plötzlich wieder eine Debatte über Armut in Deutschland anzetteln kann, die, glaube ich, rückwärtsgewandt ist und uns nicht weiterbringt. Hier spielt das Gleiche rein.

Ist eigentlich die Antwort auf die Zukunftsherausforderung des Gesundheitswesens ein Mehr an Solidarität oder ein Mehr an Eigenverantwortung? Ich glaube, das ist ein sich bedingendes Paar: Das eine kann nicht ohne das andere. Wenn wir immer nur die Solidarität der anderen einfordern, werden wir die Solidarität der Gemeinschaft überfordern. Weil die Gemeinschaft gerade vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung nicht bereit sein wird, immer mehr Solidarität zu zeigen, wenn nicht zuvor der Einzelne in Eigenverantwortung gezeigt hat, was er in Eigenverantwortung für seine Gesundheit tun kann. Wir wissen aber gleichzeitig, dass es auch nicht funktioniert, nur auf die Eigenverantwortung in der Gesundheit zu setzen. Denn jemand kann noch so gesund leben. Man muss ja nicht gleich Marathon laufen. Ist auch nicht so gesund. Aber man kann sich noch so gesund bewegen, kann sich noch so gesund ernähren, und es kann einen der schwere Schicksalsschlag ereilen.

Der eine oder andere von Ihnen wird das in der Familie erlebt haben. Man hat z.B. eine schwere Krebserkrankung und ist darauf angewiesen, dass die Solidarität der Gemeinschaft verlässlich ist, dass man weiß, hier ist ein Gesundheitswesen, was auch wirklich gewährleistet, mit diesen großen Risiken, die den Einzelnen überfordern, umzugehen, sprich ein Gesundheitswesen, was dafür aufkommt. Und deswegen gehöre ich zu denen, die sagen: Eigenverantwortung und Solidarität gehören zueinander. Das ist kein Gegensatz, sondern das ist ein sich bedingendes Paar. Aber Voraussetzung, damit Solidarität gewährt wird, erst recht in einer alternden Bevölkerung, ist, dass zunächst der Einzelne für sich in Eigenverantwortung auch tut, was er in Eigenverantwortung tun kann. Ich habe bewusst etwas grundsätzlicher begonnen, weil ich glaube, dass wir uns das noch einmal vergegenwärtigen müssen, erst recht vor den Herausforderungen, vor denen wir stehen.

Ich möchte zwei Megatrends beschreiben. Der erste Megatrend für das Gesundheitswesen ist die demografische Entwicklung in Kombination mit medizinisch-technischem Fortschritt, der zweite Megatrend ist die Veränderung der Gesundheitsberufe.

Zum ersten Megatrend der demografischen Entwicklung in Verbindung mit medizinisch-technischem Fortschritt würden wir in anderen Branchen, sei es Logistik, sei es Maschinenbau oder Automobil, sagen: Fortschritt, das ist doch eigentlich etwas, was es besser macht, was es sogar kostengünstiger macht. Fortschritt im Gesundheitswesen ist aber sehr selten etwas, was es kostengünstiger macht, sondern in der Regel ist Fortschritt im Gesundheitswesen kostentreibend. Ich nenne Ihnen ein Beispiel: Heute ist es möglich, bei HIV-Aidspatienten eine Lebenserwartung zu gewährleisten, die nahezu an der normalen Lebenserwartung ist, weil die Medizin solche Fortschritte erreicht hat. Das aber ist verbunden mit enorm hohen Krankheitskosten.

Anders Demenz: Wir schaffen es zwar mit moderner Medizin, immer älter zu werden, aber der Eintritt bei Demenz, bei Alzheimer, lässt sich nicht nach hinten verschieben, sondern der Eintritt für Demenz ist heute beim 80-Jährigen bei etwa einem Drittel und ist damit so hoch wie beim 80-Jährigen vor 10, 20 oder 30 Jahren. Und all unsere Erkenntnisse zeigen, dass wir auch noch in 10 oder 20 Jahren beim 80-Jährigen vermutlich eine Eintrittswahrscheinlichkeit von einem Drittel für Demenz haben.

Es ist bei Demenz leider nicht mit einem Durchbruch in absehbarer Zeit zu rechnen, d.h., die Fortschritte der Medizin führen dazu, dass die Lebenserwartung steigt, aber führen auch dazu, dass ein immer größerer Teil der Gesellschaft auch in einer längeren Zeit darauf angewiesen ist, Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch zu nehmen. Wann

nimmt man Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch? Am Anfang des Lebens – das ist aber vernachlässigbar – und vor allem im höheren Alter, so ab dem 60. und dann vor allem aufwärts, ab dem 70., 80. Lebensjahr. Und wenn wir wissen, dass unsere Altersbevölkerung, unsere Alterspyramide, sich verändert, dass immer mehr Ältere immer weniger Jüngeren gegenüberstehen und dazu kommt, dass medizinisch-technischer Fortschritt eher kostentreibend wirkt, wissen wir, was auf uns zukommt. Gesundheit kann nicht billiger werden. Ein Politiker, der Ihnen verspricht, er hat die Lösung, wie alles billiger wird, glauben Sie dem nicht. Er lügt.

Vielleicht ist es ein Zufall. Sie haben es gerade beschrieben, dass ich ein so junger Politiker bin, der wirklich durch Zufall Gesundheitsminister wurde. Der damalige Bundespräsident hat mir zwar in der Tat gesagt, ich könne mich nicht beschweren. Da ich vorher Staatssekretär war, wisse ich ja, worauf ich mich einlasse. Als die Bundeskanzlerin mir seinerzeit sagte, das sei ja auch die absolute Ausnahme, dass ein Staatssekretär Minister würde, in der Union gebe es das nicht, musste ich Frau Bundeskanzlerin daran erinnern, dass der Letzte, der das wurde, Herr Seehofer war, der auch als Staatssekretär Gesundheitsminister wurde. Sie können sich vorstellen, wie der Blick von Frau Merkel war. Will sagen ...vielleicht ist es ein Zufall, vielleicht aber auch prägend, weil dieses Thema der demografischen Entwicklung in meinem politischen Engagement einer der Beweggründe ist, warum ich mich so engagiert habe und mich dem so verpflichtet fühle. Weil ich weiß, wenn wir jetzt nicht die Voraussetzungen schaffen für die nächsten 20, 30 Jahre und uns darauf einstellen, was uns bevorsteht, dann wird der Zusammenhalt in unserer Gesellschaft schwer zu gewährleisten sein. Dann werden die Generationenkonflikte zunehmen. Weil die Jüngeren sich fragen, warum sie immer mehr bezahlen, und die Älteren immer mehr Sorgen haben werden, ob das, was heute selbstverständlich ist an Leistung, dann eigentlich noch gewährleistet ist. Deswegen müssen wir die Vorsorge stärken, deswegen müssen wir uns jetzt vorbereiten.

Auf diesen Megatrend gibt es aus meiner Sicht mehrere Antworten, die wir finden müssen. Eine ist in der Tat: Es kann nicht billiger werden, sondern wir müssen uns darauf einstellen, dass von unserem Einkommenskuchen ein größerer Anteil auszugeben sein wird für die Vorsorge für Alter, für Vorsorge für Gesundheit und für Vorsorge für Pflege. Und all die Szenarien, die Sie aus den Fernsehsendungen kennen, wenn das natürlich zugespitzt mal in den Talkshows, mal in einem reißerischen Film dargestellt wird. Es hat letztens, ich glaube, der öffentlich-rechtliche Rundfunk war's, mal einen Fernsehfilm gegeben: „Aufstand der Alten“, wo rüstige Rentner Apotheken gestürmt haben, um an Medikamente zu kommen. Ich fand den Film völlig daneben. Ich will aber gerade diesen Generationenkonflikt verhindern, d.h., wir müssen uns mit dieser Vorsorge beschäftigen. Darin bieten sich auch Chancen. Ich weiß, ich spreche in Hamburg. In Hamburg wird es vielleicht verwundern, wenn wir auf die Straße gehen und einmal fragen: „Welches ist eigentlich die Branche in Deutschland – ich glaube auch in Hamburg – mit der größten Anzahl von Arbeitsplätzen, der größte Arbeitgeber?“

Die Leute werden an die Automobilindustrie denken, in Hamburg wahrscheinlich eher an Logistik. Deutschlandweit ist der größte Arbeitgeber aber die Gesundheitswirtschaft mit 4,7 Millionen direkt Beschäftigten. Sehr personalintensiv, die Kosten eines Krankenhauses sind zu 60 bis 70 % Personalkosten. Die Gesundheitswirtschaft ist mittelständisch orientiert, ist wohnortnah. Während Sie überlegen können, ob Sie eine Automobilproduktion von Bremen oder Ingolstadt oder

München, Regensburg oder Zuffenhausen nach China, Indien oder Osteuropa verlagern, ist die Wertschöpfung, die in der Gesundheitswirtschaft stattfindet, nicht so leicht nach China, Indien oder Osteuropa zu verlagern. Das Pflegeheim, die Ergotherapie-Praxis, die Apotheke, die niedergelassene Hausarztpraxis, das können Sie nicht so leicht nach China, Indien oder Osteuropa verlagern.

Warum erzähle ich das? Weil ich glaube, dass wir die demografische Entwicklung nicht nur als Risiko, sondern auch als Chance begreifen müssen und nicht nur schwarzmalen dürfen – vielleicht werden wir mal Exportweltmeister in der Bewältigung der demografischen Herausforderung. Und die deutsche Gesundheitswirtschaft ist führend in der Welt. Ich war gerade bei den Regierungskonsultationen in China, ich war dort in einem Krankenhaus – ein Land, was unheimlich ehrgeizig, fleißig ist und vorankommen und Wohlstand auch mehr wollen will. Es ist immer noch ein kommunistisches Land, man reibt sich die Augen. Man investiert aber in die Gesundheitswirtschaft. Und was nehmen die sich als Vorbild? Deutschland. Die Medizintechnik in Deutschland ist weltmarktführend. Bei Pharma sind wir es nicht mehr. Deutschland war mal die Apotheke der Welt. Wir sind es heute nicht mehr. Andere Länder haben aufgeholt. Auch weil wir die Rahmenbedingungen nicht geschaffen haben. Ein grüner Umweltminister in Hessen hat seinerzeit Panik verbreitet, als es um die Produktion von künstlichem Insulin ging. Heute ist Deutschland der größte Importeur von künstlichem Insulin, weil damals die Produktion in Deutschland durch diesen grünen Umweltminister, der mit den Turnschuhen, Sie erinnern sich, verhindert worden ist.

Deswegen dürfen wir die Möglichkeiten aus der demografischen Entwicklung in der Medizintechnik, der Pharma, der Innovation, nicht kaputt machen, sondern müssen die Chancen darin sehen – ich sage das nur vor dem Hintergrund, Sie sehen, der Liberale kommt immer wieder zum Ausdruck –, wenn wir die Chancen auch moderner Bio- und Gentechnologie sofort wieder unter Risikoaspekten sehen. Ich glaube, dass wir damit auch der Herausforderung in der demografischen Entwicklung nicht gerecht werden. Oder glauben Sie, wir können es uns in Deutschland in einer alternden Bevölkerung leisten, dass Erkenntnisse aus Bio- und Gentechnologie, die vielleicht in anderen Ländern gewonnen worden sind, auch Stammzelltherapie, dem deutschen Patienten vorenthalten werden, weil wir Risiken in der Forschung darin sahen?

Wenn es gelingt, mit diesen modernen Verfahren möglicherweise Krebs viel schneller behandelbar und heilbar zu machen oder vielleicht sogar etwas bei Demenz zu erreichen, können wir es gesellschaftlich und ethisch verantworten, dass wir den Zugang zu solchen Therapien, zu solchen Medikamenten, zu solchen Behandlungsmethoden dann vorenthalten? Nein, die Chancen der demografischen Entwicklung ergreifen heißt auch, Mut zu Offenheit, Mut zu Veränderungen zu haben, Mut zur Innovation. Und natürlich ist ein Gesundheitsminister auf der Beliebtheitskala nie oben – es sei denn, man dreht die Beliebtheitskala um – weil er immer den Ausgleich zwischen den berechtigten Interessen der Patienten und den berechtigten Interessen der Beitragszahler schaffen muss. Der Beitragszahler wird im Monat draufschauen und wird sagen: „Warum geben die Krankenversicherungen eigentlich so viel Geld aus? Können die nicht mal sparen?“

In dem Moment aber, in dem dieselbe Person in der Arztpraxis sitzt, wird sie nicht daran denken, wie viel Beitrag sie gezahlt hat, sondern wird sie eher daran denken: „Hat der Arzt eigentlich genügend Zeit für mich? Kriege ich die innovativsten und teuersten Behandlungsmethoden?“ Wird sich aufregen über Eigenbeteiligung und anderes mehr.

Diesen Spagat zwischen berechtigten Patienten- und Beitragszahlerinteressen muss Gesundheitspolitik aushalten. Und das gelingt uns. Wir haben in dieser Bundesregierung einen Paradigmenwechsel vollzogen, weil wir dafür gesorgt haben, dass wir die Arzneimittelausgaben in Deutschland deutlich gesenkt haben. Gegen Widerstände, gegen Proteste, aber es war so, dass wir seit Horst Seehofer in Deutschland mehr Geld für Arzneimittel ausgegeben haben als für die ambulante Behandlung der Patienten, also bei den niedergelassenen Ärzten. Und das war aus meiner Sicht die falsche Prioritätensetzung. Deswegen haben wir dafür gesorgt, dass jedes neue Arzneimittel zwar weiterhin nach Zulassung sofort in der Versorgung zur Verfügung steht.

Das kennen andere Länder um uns herum nicht. Dort müssen neue Arzneimittel, neue Behandlungsmethoden häufig viele Verfahren durchlaufen, bevor sie erst in der Versorgung zur Verfügung stehen. Nein, ein neues Arzneimittel steht in Deutschland nach der Zulassung sofort in der Versorgung zur Verfügung. Aber zu Recht muss das auch bezahlbar bleiben. Und deswegen schauen wir jetzt genauer hin. Bei jedem neuen Arzneimittel muss dieses belegen, ob es eigentlich besser ist als das Arzneimittel, was es schon gibt. Denn nur dann rechtfertigt diese Innovation eigentlich auch einen höheren Preis. Der Beitragszahler wird ja kaum bereit sein, mehr zu zahlen, wenn es nicht auch wirklich besser ist als das, was es schon gibt. Das haben wir mit dem sogenannten Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz geschaffen. Jedes neue Arzneimittel in Deutschland muss jetzt eine Nutzenbewertung durchlaufen, mit der geprüft wird: Ist es besser als das, was es schon gibt? Wenn es besser ist als das, was es schon gibt, kommt es zu Preisverhandlungen zwischen dem Hersteller und der Krankenkasse. Bisher konnte der Hersteller selbst den Preis festsetzen. Die Kasse musste es zahlen. Jetzt muss über den fairen Preis verhandelt werden, d.h., es kann gelingen, dass es bezahlbar bleibt, wenn wir im Gesundheitswesen dafür sorgen wollen, vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts. Dann müssen wir für solche Anreize sorgen, die genauer hinsehen, wenn etwas Neues kommt und auch einen höheren Preis rechtfertigt, den die Beitragszahler zahlen. Im Bereich der Arzneimittel ist uns das aus meiner Sicht mit einem ersten Schritt auch sehr gut gelungen.

Transparenz und Wettbewerb, genau das im Bereich des Arzneimittels, müssen generell im Gesundheitswesen Eingang finden. Natürlich fragt man sich: „Ist das Gesundheitswesen eigentlich ein Bereich, in dem wir Wettbewerb zulassen dürfen?“ Wettbewerb ist ja kein Selbstzweck. Wettbewerb ist ein Ordnungsinstrument, um einen anderen Zweck zu erreichen. Was soll Wettbewerb eigentlich erreichen? Wettbewerb erreicht, dass man sich anstrengt, dass man versucht, besser zu werden, dass man mit begrenzten Ressourcen möglichst effizient umgeht. Nichts anderes ist ökonomisches Verhalten, nichts anderes ist Wettbewerb. Und auch das brauchen wir im Gesundheitswesen, weil wir immer begrenzte Ressourcen haben werden. Wir werden nie das Wünschbare finanzierbar haben. Es wird immer mit begrenzten Ressourcen die bestmögliche Versorgung zu organisieren sein, und da ist Transparenz, da ist Wettbewerb ein Instrument, um genau das zu erreichen, um ein Beispiel zu nennen.

Das haben wir gerade ganz aktuell mit einer Entscheidung einer großen Krankenkasse hier in Hamburg. Ich glaube, dass wir mehr Transparenz und mehr Vergleichbarkeit der Krankenkassen untereinander brauchen. Wir haben etwas über 100 Krankenkassen in Deutschland, ca. 130 im Moment. Jetzt könnte man sich fragen: Brauchen wir eigentlich so viele Krankenkassen? Ich sehe den einen oder anderen, der nickt.

„Es reicht doch eine Krankenkasse. Sind doch eh alle gleich.“ Vorsicht! Vor dem Hintergrund, dass immer mehr Menschen Leistungen aus dem Gesundheitswesen beziehen werden, ist eine Krankenkasse für alle eigentlich die richtige Antwort? Was bedeutet das eigentlich für den Patienten, für den Versicherten? Wenn er mit seiner Krankenkasse unzufrieden ist und es gibt nur die eine, dann wird er sich beschweren, und wenn er Glück hat, erhält er einen Termin bei dem Mitarbeiter dieser Einheitskasse. Er beschwert sich, und womit droht er denn dann? Ich bin unzufrieden mit dieser Kasse, ich will ...wechseln? Geht gar nicht.

Eine Einheitskasse, wie sie so sympathisch die Bürgerversicherung beschreibt, heißt: alle in eine Kasse. Das hört sich so sympathisch an und man denkt – Sie sehen wieder Eigenverantwortung und Solidarität –, es ist ja viel solidarischer, wenn alle in einen Topf einzahlen und das dann an alle verteilt wird. Es ist nicht solidarischer, weil der Einzelne zum Bittsteller einer Einheitsversorgung wird. Wir sehen dies in den Ländern, die dieses System haben. Sie beneiden uns um unsere Versorgung. Wenn Sie nach Großbritannien schauen, wo wir ein staatlich zentralistisches Gesundheitswesen einer Einheitskasse haben, haben wir die krassesten Unterschiede der Zweiklassenmedizin, haben wir Mangelverwaltung und die längsten Wartezeiten. Die, die es sich leisten können, entziehen sich dem System, kommen zum Teil nach Hamburg und lassen sich hier behandeln. Deswegen, glaube ich, brauchen wir ein Gesundheitswesen, was auf Vielfalt aufbaut, auf Wahlfreiheit. In Deutschland ist es so selbstverständlich, dass wir freie Arztwahl haben, freie Krankenhauswahl, freie Wahl der Krankenversicherung mit Einschränkung – d'accord – freie Wahl der Therapie auch mit Einschränkung, aber doch in einem Umfang, wie es andere Länder nicht kennen, und das sollten wir erhalten. Ein Gesundheitswesen der Vielfalt, was Transparenz gegenüber dem Versicherten angeht und ihn zu einem mündigen Patienten und Versicherten macht, der selbst entscheidet, was er in Anspruch nimmt.

Sie sehen, es geht auch um Gesellschaftspolitik. Wie viel trauen wir dem Versicherten und Patienten zu, dass er für sich selbst entscheiden kann, oder glauben wir anderen politischen Richtungen, die der Meinung sind, das könne der Bürger nicht? Das müsse der Staat für ihn abnehmen. Und wir setzen darauf, dass wir über Transparenz und Wettbewerb eine bessere Organisation, auch eine bessere Bedürfnisbefriedigung für die Patienten und Versicherten erreichen.

Ein Beispiel: Jetzt gibt es zwei große Krankenkassen, die deutschlandweit tätig sind, ungefähr die gleiche Mitgliederanzahl haben, beide mit Hauptsitz in Hamburg. Die eine Krankenkasse musste Anfang dieser Legislaturperiode einen sogenannten Zusatzbeitrag von 8 Euro verlangen. Das war ein System, das hatte schon Ulla Schmidt eingeführt. Deswegen habe ich immer gesagt, das sind 8 Euro Ulla-Schmidt-Gedächtnispreis. Dann wurden wir von meinem Kollegen von der SPD, dem mit der Fliege, den kennen Sie vielleicht auch aus dem Fernsehen, scharf kritisiert. Das müsse man verhindern. Das würde ja möglicherweise dazu führen, dass Versicherte, denen diese 8 Euro zusätzlich zu teuer sind, in eine andere Kasse wechseln. Dann habe ich mal diese Kasse aus Hamburg, die DAK, die den Zusatzbeitrag mittlerweile nicht mehr verlangt, weil die geschäftliche Lage besser geworden ist und weil sie Einsparungen vorgenommen hat, mit der anderen großen Krankenkasse aus Hamburg, der Techniker Krankenkasse, verglichen. Ich habe festgestellt, dass die Verwaltungskosten, um nur mal ein Beispiel zu nennen, bei diesen beiden Krankenkassen genau 10 Euro pro Mitglied und Monat Unterschied machten. Hätte also die eine Kasse die Struktur ihrer Verwaltung so wie die andere Kasse, dann hätte sie die 8 Euro Ulla-

Schmidt-Gedächtnispreis gar nicht verlangen müssen. Jetzt kam wieder der Kollege mit der Fliege. Als nämlich einige Versicherte gewechselt sind, weil ihnen das zu teuer war. Dann geriet die Krankenkasse unter Druck und überlegte, ob sie Geschäftsstellen schließen müsse. Jetzt würde man gemeinhin sagen, das sei ja nicht gut. Das würde den Service mindern. Interessanterweise ist die andere Krankenkasse, die ich soeben erwähnt habe und die die 8 Euro nicht verlangen musste, die Kasse, die in Stiftung Warentest und anderen Verfahren als die servicefreundlichste Kasse in Deutschland abschneidet.

Dabei ist das nicht ein Plädoyer, dass nur die eine Kasse gut und die andere schlecht ist. Ich will nur den Grundgedanken deutlich machen. Der Kollege mit der Fliege kritisierte mich also und sagte, das sei unfairer Wettbewerb. Jetzt sei die Krankenkasse unter Druck, ihre Verwaltungskosten abzubauen. Ich habe gesagt, der Junge hat's verstanden, was wir wollen: einen Wettbewerb auch um Leistungsunterschiede. Die Versicherten sollen um Euro und Cent vergleichen können, was kostet sie die Krankenversicherung und was leistet sie dafür. Da sind natürlich solche Klein-Euro-Cent-Beträge erst der Anfang. Und Sie sehen ja, dass die andere Kasse sich jetzt entschieden hat, nachdem sie so viel Geld auf dem Konto gehortet hat und ich mehrfach den Zeigefinger erhoben habe. Das Geld ist das Geld der Versicherten und Patienten. Das steht Ihnen zu. Sie haben es gezahlt.

Es ist nicht das Geld der Krankenkassen. Es sind Pflichtbeiträge. Die Kassen sollen es für Sie einsetzen, für eine Verbesserung der Versorgung, und wenn viel Geld auf dem Konto gehortet ist, dann sollen sie auch bitte schön etwas davon zurückgeben. Und es gibt jetzt die Entscheidung, die den Wettbewerb auch hier wieder verstärken wird, weil die TK sich entschieden hat, 100 Euro nächstes Jahr voraussichtlich – die Zahl ist, glaube ich, noch nicht festgelegt, ob 100, 120 oder 80 Euro, ich weiß es nicht genau – an die Versicherten wieder ausbezahlen, die die Beiträge gezahlt haben. Jetzt kommen andere Krankenkassen, die ihre Wirtschaftsstruktur offenbar noch nicht so solide gemacht haben und nun darüber schimpfen, „das ist unfair, das wird ja jetzt zu einem schärferen Wettbewerb führen“. Ja, Wettbewerb ist unbequem. Das wissen wir im Wirtschaftsleben, das wissen wir im Sport. Aber würden Sie dem HSV zuschauen [Beifall und Gelächter im Publikum]. Ich habe den Satz doch noch gar nicht zu Ende gesagt, ich bin Dortmund-Fan. Insofern ... Würden Sie dem HSV zuschauen, wenn schon zu Beginn des Spiels feststeht, dass das Spiel unentschieden ausgeht? Nein, also allenfalls wenn Sie ein Werder-Bremen-Fan sind. Da freuen Sie sich oder Hertha BSC, wenn man mal ein Unentschieden hat. Will sagen, Wettbewerb ist unbequem, aber Wettbewerb spornt uns an, uns anzustrengen, und deswegen brauchen wir aus meiner Sicht auch diesen Leistungsgedanken mehr im Gesundheitswesen.

Und das ist eine der Antworten auf die demografische Entwicklung: mehr Leistungsgerechtigkeit ins Gesundheitswesen. Wir haben eine Finanzierung im Gesundheitswesen bei niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, die sich am Mittelmaß orientiert. Stellen Sie sich einmal einen Arzt in Hamburg vor, der richtig gut ist. Erzählen Sie es bloß nicht weiter. Dann kommen noch mehr Patienten zu diesem Arzt, und der Arzt ist der Dumme. Denn je mehr Patienten er behandelt, desto schlechter wird er für den einzelnen Patienten vergütet. So war das Vergütungssystem. Wir haben es jetzt in ersten Schritten verändert, um zu diesem Leistungsgedanken zu kommen. Denn wir wollen, dass sich Leistung auch im Gesundheitswesen lohnt, genauso übrigens auch für Krankenhäuser.

Ja, mit dem Versorgungsstrukturgesetz – das haben Sie vielleicht den Medien entnommen, es wurde gern als Landärztegesetz bezeichnet, bietet aber viel mehr Antworten als nur auf die Landärztefrage – haben wir einen Beitrag dazu geleistet, dass zumindest zunächst in der Fläche diese Leistungsgerechtigkeit kommt. D.h., erster Schritt: Die jungen Ärzte, die sich entscheiden, in die Fläche zu gehen, werden ausgenommen von der Mengenabstaffelung. Damit sie nicht sagen, wenn ich in die Fläche gehe und immer mehr Patienten zu betreuen habe, bin ich der Dumme, dann gehe ich gar nicht erst als Arzt. Nur noch 60 % der Medizinstudiums-Absolventen sind nachher als Arzt tätig. Das ist eine Katastrophe. Ich sage das so deutlich. Das ist das teuerste Studium. Wir zahlen es alle gerne – davon gehe ich aus – aus Steuergeldern mit, weil wir ein Interesse daran haben, nachher gut ausgebildete Mediziner zu haben. Aber wenn die jungen Mediziner, die mal mit viel Begeisterung dieses Studium aufgenommen haben, um nachher als Arzt oder Ärztin tätig zu sein, dann wegen der Rahmenbedingungen nicht in den Beruf gehen, weil sie sagen, die Bedingungen passen nicht, dann läuft etwas falsch.

Und darauf haben wir mit dem Versorgungsstrukturgesetz erste Antworten gefunden. Denn als ich in der Opposition war und gesagt habe: „Aber uns droht ein Ärztemangel, wir müssen Antworten darauf finden, erst recht vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung“, sagte meine Vorvorgängerin immer noch zu mir: „Wir haben keinen Ärztemangel, wir haben genügend Ärzte, die müssen nur noch besser aufs Land verteilt werden.“

Mit Zwangsmaßnahmen werden wir aber keinen Mediziner motivieren, dorthin zu gehen, wo wir ihn brauchen, sondern nur mit Anreizen. Sie gehen nämlich in andere Bereiche, sie gehen ins Ausland, sie gehen in die Verwaltung, sie gehen in die Forschung, sie gehen in die pharmazeutische Industrie und Unternehmensberatung oder werden Wirtschaftsminister, nachdem ich Herrn Rösler als Gesundheitsminister quasi ins Wirtschaftsministerium weggelobt habe. Ist ja auch ein Mediziner.

Also will sagen, wir müssen die Rahmenbedingungen wieder so schaffen, dass junge Mediziner auch in den Bereich gehen. Dazu leistet das Versorgungsstrukturgesetz eine Antwort, weil erstmals seit vielen Jahren eine Bundesregierung Maßnahmen gegen den drohenden Ärztemangel ergreift, statt ihn zu leugnen. Wir bauen Bürokratie ab. Wir schaffen z.B. die Residenzpflicht ab. Natürlich ist das schön und Sie kennen das alle – wenn Sie Zeit dazu haben – aus der idyllischen Vorabendserie an der Schlei. Der Arzt wohnt vor Ort, rund um die Uhr steht er zur Verfügung, kümmert sich um die sozialen Probleme der Familien auf dem Land und wenn es sein muss, hilft er dem Bauern auch noch bei der Geburt des Kalbs: wunderschön. Das entspricht nicht mehr der Realität der kommenden Medizinergeneration.

Sie sehen, ich bin beim zweiten Megatrend, nämlich der Veränderung des Arztberufs. Heute sind 70 % der Medizinstudenten in Münster, und nach meiner Kenntnis auch hier in Hamburg, Frauen. Und junge Männer wie junge Frauen haben heute eine andere Einstellung zum Arztberuf. Sie suchen nach geregelten Arbeitszeiten, nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Diese Idylle, die wir da sehen: rund um die Uhr zur Verfügung, sich voll dem Arztberuf widmen und zu Hause kümmert sich vielleicht die Frau um die Familie. Das entspricht nicht mehr der heutigen Generation. Das kann man beklagen. Wenn ich in Uni-Kliniken bin, gibt es viele Chefärzte, die diese Einstellung der jungen Generation beklagen. Ich glaube, wir werden sie nicht ändern können. Und ich weiß auch gar nicht mal, ob sie falsch ist, sondern wir müssen die Rahmenbedingungen verändern.

Und sowohl die Kassenärztlichen Vereinigungen als auch die Krankenhäuser, zum Teil auch die Gesetzgebung, fußen noch auf diesem alten Bild. Deswegen haben wir die Residenzpflicht abgeschafft, weil man vielleicht bereit ist, auch in der Fläche tätig zu sein, wenn man weiterhin noch in der Großstadt wohnen kann. Wir haben Bürokratie abgebaut, d.h., wer sich für den Arztberuf entscheidet, soll weniger Dokumentationsaufwand haben. Wir haben die neuen Codierrichtlinien, die im Gesetz vorgeschrieben waren, wieder rausgenommen, weil uns viele junge Ärzte gesagt haben, „das wird uns zu viel Aufwand“. Wir haben für diese leistungsgerechte Vergütung gesorgt und auch für Rahmenbedingungen für Vereinbarkeit von Familie und Beruf, sodass man einen Assistenten mit in die Praxis nehmen kann. Wenn uns junge Frauen sagen: „Ich mach doch keine Arztpraxis auf, was soll ich denn machen, wenn ich ein Kind kriege. Wie verbinde ich das mit der Arztpraxis?“ Also müssen wir diesen Frauen Antworten geben. 60 – 70 % der Medizinstudierenden sind Frauen, d.h., der Beruf wird immer weiblicher. Kann ja auch schön sein. Also müssen wir deswegen die Rahmenbedingungen so anpassen, dass wir auch künftig noch die Motivation haben, in diesem Bereich zu arbeiten und im Übrigen auch die Sektorengrenzen zu überwinden.

In Deutschland haben wir historisch gewachsen eine starre Grenze zwischen dem, was das Krankenhaus tut, und dem, was die niedergelassenen Ärzte tun. Ich halte das für überholt. Das wird dem Patienten mit dem Anspruch der Behandlung nicht gerecht. Nun können wir das nur überwinden, wenn wir für faire Bedingungen für beide Seiten sorgen. Während andere die doppelte Facharztschiene vermeintlich kritisieren, weil sie sagen, wir haben Fachärzte in der Niederlassung und im Krankenhaus, sage ich, dass die gute Versorgung, die wir in Deutschland haben, auch dadurch gewährleistet wird, dass es niedergelassene Fachärzte und nicht nur die Ärzte in großen Zentren gibt. In Deutschland ist das Vertrauensverhältnis zum Arzt so groß, dass die Bindung an den Arzt in Deutschland länger dauert als die durchschnittliche Ehe. Ich darf sagen, ich arbeite gegen den Trend und kann glücklich sein, hoffe ich. Will aber damit sagen, dass wir dieses Vertrauensverhältnis, diese freie Arztwahl, die Sie in anderen Ländern nicht kennen, auch erhalten müssen. Da gehen Sie in ein Zentrum und haben mal den Arzt, mal diejenige, mal den.

Dieses Vertrauensverhältnis ist etwas, was die Deutschen auch ganz besonders zu schätzen wissen. Deswegen setze ich mich so sehr dafür ein, dass wir diese freiberufliche Tätigkeit der niedergelassenen Ärzte auch erhalten. Das heißt aber nicht, dass alles so bleiben muss, wie es ist. Wir haben mit dem Versorgungsstrukturgesetz einen neuen Bereich geschaffen: die sogenannte spezialfachärztliche Versorgung. Weil wir sagen, dass es für seltene Erkrankungen, dass es für onkologische Behandlungen, also Krebsbehandlungen, egal sein soll, ob man sich im Krankenhaus behandeln lässt oder beim niedergelassenen Facharzt. Dafür müssen die Rahmenbedingungen für beide Seiten passen.

Ursprünglich war es mal die Idee der Vorgängerregierung: „Wir öffnen einfach die Krankenhäuser für den ambulanten Bereich.“ Das hätte aber mit Transparenz und fairem Wettbewerb nichts zu tun. Denn die Krankenhäuser werden in ihren Investitionen aus Steuergeldern finanziert, während die niedergelassenen Fachärzte ihre Investitionen selbst refinanzieren müssen, d.h., der niedergelassene Facharzt, der sein Ultraschallgerät selbst refinanzieren muss, finanziert dann noch aus Steuergeldern das gleiche Gerät im Krankenhaus. Das ist kein fairer Wettbewerb. Deswegen haben wir in der spezialfachärztlichen Versorgung dafür gesorgt, dass wir faire Bedingungen auch mit unterschiedlichen

Vergütungen haben, sodass wir einen Wettbewerb um die Qualität, um die Versorgung erleben.

Jetzt kommen die niedergelassenen Ärzte. Vielleicht ist ja der eine oder andere hier – mit Sicherheit ist der eine oder andere hier – und wirft mir vor, das sei ja so geregelt, dass sich nur die Krankenhäuser durchsetzen. Und dann kommen die Vertreter aus den Krankenhäusern – vielleicht ist der eine oder andere hier. Mit Sicherheit ist der eine oder andere hier, und werfen mir vor, so wie das geregelt sei, werden sich ja nur die niedergelassenen Fachärzte durchsetzen. Jetzt könnte ich mich als Gesundheitsminister zurücklehnen und sagen: Offenbar ganz gut gelungen der Interessenausgleich. Das meine ich aber gar nicht, weil es mir gar nicht darum geht, dass sich nur die einen gegen die anderen durchsetzen. Das ist auch nicht mein Verständnis von Wettbewerb im Sinne der Patienten, sondern ich glaube, die Zukunftsform wird sein: die Kooperation, weil auch die jungen Mediziner sich gar nicht mehr nur für die eine Tätigkeit entscheiden, sondern häufig beides machen wollen. Und das ist ja auch die Ursprungsidee des Belegarztwesens, wo der Arzt als niedergelassener Arzt auch gleichzeitig noch im Krankenhaus mitarbeitet, im Team arbeitet und davon profitiert, was dort für Fortschritte erreicht werden.

Die Ärztin oder der Arzt der Zukunft ist keine Einzelkämpferin, kein Einzelkämpfer, sondern ist ein Teamworker. Vernetztere Strukturen; den Patienten nicht nur als einzelner Arzt sehen, sondern sich am besten auch mit den anderen Ärzten auszutauschen, die den Patienten behandeln, sich mit dem austauschen, was im Krankenhaus passiert. Und deswegen, glaube ich, wird die Antwort gerade im Bereich der spezialfachärztlichen Versorgung sein: Kooperation von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten – das verbessert die Versorgung. Hier haben wir noch viele Herausforderungen zu bewältigen. Denn mit der demografischen Entwicklung nehmen in Deutschland die sogenannten Volkskrankheiten massiv zu: Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs – die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Wir haben gerade ein neues Gesetz auf den Weg gebracht, mit dem wir den Kampf gegen den Krebs in Form besserer Früherkennung aufnehmen. Indem wir dazu einladen, eine Darmkrebs-Früherkennung zu machen, oder bei Frauen eine Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung, neben der schon heute stattfindenden Einladung zur Brustkrebs-Früherkennung. Das Gesetz hat gerade das Bundeskabinett passiert und wird jetzt im Bundestag beraten.

Denn wir wissen, mit Früherkennung können wir viel erreichen – auch wenn es jeder Einzelne entscheiden muss. Sie sehen, auch hier spiegelt sich unser Grundgedanke von Eigenverantwortung und Solidarität wider. Es kann keinen Zwang zur Früherkennung geben, weil es viele gibt, die Angst davor haben, und viele gibt, die das nicht wollen, die vielleicht auch die Risiken sehen, die leider, das sage ich als jemand, der sich damit beschäftigt hat, aus meiner Sicht gelegentlich überbewertet werden. Aber ich habe Respekt davor und deswegen sage ich, es kann nicht anders sein, als dass wir die Menschen aufklären und sie informieren und dann aber der einzelne Mensch selbst entscheiden muss, ob er die Früherkennung in Anspruch nehmen will. Deswegen wird es Einladungen dazu geben. Wir werden dazu auffordern, wir werden Hilfestellung geben, es wird bezahlt werden.

Aber ich halte nichts von Zwang. Dass man z.B., wenn man nicht zur Früherkennung geht, nachher mehr bezahlen, mehr Zuzahlung leisten muss. Es darf keinen indirekten Druck geben, so etwas zu machen. Nein, der mündige Patient soll das entscheiden, wenn er aufgeklärt wurde. Und wir werden verstärkt die Krebsbehandlung durch sogenannte klinische Krebsregistrierung ergänzen, d.h., die Daten der Krebsbehandlung

werden gesammelt, um davon zu lernen. Auch das bedeutet Wettbewerb. Die Versorgung ist in Deutschland sehr unterschiedlich, gerade im Bereich der Krebsbehandlung. Mir geht es nicht darum zu brandmarken und zu sagen, in dem Krankenhaus läuft das nicht gut, sondern mir geht es darum, dass wir einen Qualitätswettbewerb bekommen, sodass jeder auch davon lernt, was die anderen eigentlich besser machen, damit wir besser werden können. So ist das Krebsgesetz angesetzt, dass diese Daten gesammelt werden und man sie als Qualitätssicherung versteht, dass man davon lernt, was wir besser machen können.

Man hat z.B. bei Brustkrebs herausgefunden, dass früher bei Frauen, die daran gelitten haben, alle Lymphknoten in der Achsel entfernt wurden. Das war für die Frauen mit erheblichen Schmerzen und Einschränkungen des Lebenskomforts verbunden, häufig mit einem dicken Arm. Man hat durch die bisherige Krebsregistrierung in Deutschland herausgefunden, dass es gar nicht notwendig ist, alle Lymphknoten zu entfernen, sondern dass es häufig reicht, wenn nur ein spezieller entfernt wird. Das ist für die Frauen mit erheblicher Komfortverbesserung verbunden und gleichzeitig mit erheblich weniger Kosten. Diese Früherkennung kann auch dazu beitragen, dass wir z.B. teurere Chemotherapien verhindern. Insofern ist dies also auch ein Beitrag dazu, vor dem Hintergrund der beiden Megatrends, u.a. der demografischen Entwicklung (= mehr Bedarf, mehr Kosten gerade bei den Volkskrankheiten), bei Krebsbehandlungen noch zusätzlich Kosten zu sparen und möglichst effizient damit umzugehen, aber auch die Behandlung so zu verbessern, Anreize zu setzen, dass es auch in der Versorgung deutlich besser wird.

Ich möchte zum Schluss noch einen Punkt ansprechen, weil ich mich jetzt sehr auf die Gesundheit konzentriert habe, wo aber das Gleiche gilt: Das ist die Pflege. Ich war gerade hier in Hamburg in einer Pflegeeinrichtung und möchte dieses Thema bewusst ansprechen, weil es uns mehr und mehr ereilt und häufig ein Tabuthema in der Gesellschaft ist.

Wir wissen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich zunehmen wird. Wir haben derzeit in Deutschland etwa zwei Millionen Menschen, die pflegebedürftig sind, und etwa eine Million Demenzerkrankte. Diese Zahl wird deutlich zunehmen. Ich habe es eben beschrieben: Die Lebenserwartung lässt sich steigern, aber häufig führt das dazu, dass die Menschen zwar länger leben, aber häufig auch länger dement und pflegebedürftig sind. Und auch dafür brauchen wir Antworten. Wir haben eine, mit dem Gesetz, das morgen früh im Bundesrat beraten wird. Ich erwarte heute Abend noch eine SMS von den Beratungen, weil die Bundesländer das Gesetz aufhalten wollen. Die Bundesländer haben immer eine typische Geste. Sie sagen zu jedem Gesetz, das vom Bund kommt, erst mal Nein und möchten dann aber bitte Geld. Und so ist das auch in diesem Bereich. Ich bin gespannt, ob es uns morgen gelingt – morgen früh werde ich im Bundesrat sein –, dass wir dieses Gesetz voranbringen, weil ich glaube, dass das Gesetz eine wesentliche Verbesserung ist. Natürlich wird es nicht mit einem Schlag alle Probleme in der Pflege lösen. Das kann auch gar nicht sein. Es ist eine so große Zukunftsherausforderung und jeder von Ihnen, der dies mal in der Familie erlebt hat – ich habe es mit meinem Großvater, der durch einen Schlaganfall pflegebedürftig wurde und dann noch Demenz bekam, auch persönlich erlebt –, der weiß, was das heißt. Denn dann zeigt sich, ob der Kern der Gesellschaft, nämlich die Familie, zusammenhält. Der Staat wird die Last nie abnehmen können.

Der Staat soll für Rahmenbedingungen sorgen, aber darüber hinaus ist die Familie eben nicht nur für die guten Zeiten da, sondern dann auch gefordert, wenn ein Familienmitglied Unterstützung braucht. Das ist der

Zusammenhalt in der Gesellschaft. Und das zeigt sich eben auch bei der Pflege Älterer. Deswegen leisten wir mit diesem Gesetz, dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz, einen wesentlichen Beitrag, um Familien und Angehörige zu unterstützen. Zwei Drittel der Pflegebedürftigen in Deutschland werden zu Hause gepflegt. Warum eigentlich? Weil wir uns alle wünschen, so lange wie möglich selbstbestimmt und vor allem zu Hause bleiben zu können, im häuslichen Umfeld. Heime leisten eine gute Arbeit, nicht alle, aber viele. Trotzdem wollen die Menschen so lange wie möglich zu Hause bleiben und nicht in ein Heim müssen. Und deswegen müssen wir die Rahmenbedingungen so schaffen, dass sie dies können. Denn häufig können Angehörige das nicht mehr leisten. Sie sind nach langer Zeit überfordert, weil sie nicht mehr können, gerade bei Demenzerkrankten.

Die christlich-liberale Koalition hat Mitte der 90er-Jahre die Pflegeversicherung auf den Weg gebracht – ich sage im Nachhinein aus meiner Sicht in einer falschen Finanzierung, weil sie als Umlagesystem gemacht wurde, d.h., von den laufenden Beiträgen wurden die laufenden Ausgaben gedeckt. Wenn man weiß, dass wir mehr Ältere und weniger Jüngere haben, hätte man schon damals den Einstieg in die Kapitaldeckung in Eigenvorsorge leisten sollen, damit für die steigenden Kosten angespart wird. Da sage ich gleich noch etwas dazu. Aber gut, sie ist geschaffen worden und hat damit einen wesentlichen Beitrag geleistet, dass sich überhaupt auf Pflege eingestellt wird. Dann hat sich jahrelang nichts getan und deswegen freue ich mich über jeden Vorschlag von SPD und Grünen, was wir noch besser machen können. Ich halte auch selbstlos fest: Als SPD und Grüne regiert haben, hat sich überhaupt nichts in der Pflege getan. Und erneut ist es eine christlich-liberale Koalition, die dafür sorgt, dass die Demenz, die seinerzeit nicht berücksichtigt wurde, jetzt endlich in der Pflegeversicherung berücksichtigt wird, sodass 500.000 Demenzerkrankte, insbesondere diejenigen, die zu Hause gepflegt werden, erstmals Leistungen für den besonderen Betreuungsaufwand der Demenz bekommen, die bisher keine oder kaum Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten haben.

Der Beitragssatz wird ja dadurch zum 1. Januar um 0,1 erhöht, aber wir haben gezielt gesagt, „lasst uns nicht für alle ein bisschen geben und alle Pflegestufen auch im Heim anheben“, sondern wir haben Prioritäten gesetzt und wollen gerade diejenigen stärken, die zu Hause gepflegt werden. Das ist mit dem Gesetz vorgesehen: mehr Wahlfreiheit, man kann Betreuungsleistung selbst und nicht nur durch ein starres Korsett der Pflegeleistung wählen. Man kann selbst entscheiden, was man in Anspruch nehmen möchte. Man kann als Angehöriger eine Auszeit nehmen, eine Kur oder anderes mehr. Man kann Unterstützung wählen, man hat mehr Transparenz, und wir stärken die Finanzierung der Pflegeversicherung zusätzlich auch in einem anderen Bereich.

Denn die Pflegeversicherung ist nur eine Teilkostenabsicherung, keine Vollkostenabsicherung, d.h., ein erheblicher Eigenanteil ist auch künftig zu schultern. Und das ist richtig so, weil ich glaube, dass eine Vollkostenabsicherung bei der Pflege auch der falsche Anreiz wäre. Das wäre eine Erbschutzversicherung. Natürlich wünscht sich das jeder gerne, aber wir müssen dies immer unter dem Aspekt Eigenverantwortung und Solidarität betrachten. Überfordern wir die Gemeinschaft nicht, wenn es immer teurer für die Gesamtgemeinschaft wird, wenn man vergisst, dass es eigentlich auch eine Aufgabe des Einzelnen ist, Eigenvorsorge zu leisten.

Jetzt komme ich dazu, was gerade kritisiert wird. Wir haben dafür gesorgt, dass es erstmals für die Pflege auch möglich sein wird, Vorsorge gefördert zu bekommen. Bisher ist das nicht der Fall. Und jetzt wundere

ich mich – pardon, Herr Behrendt, ich muss es doch ein bisschen parteipolitisch machen. Ich bin gerade so auf Betriebstemperatur, vielleicht weil morgen die Debatte im Bundesrat ist. Jetzt wundere ich mich. Warum? Ich habe einen großen Respekt vor der rot-grünen Bundesregierung im Bereich Rente, weil sie in diesem Bereich, nachdem sie zunächst Fehler gemacht hat, einen Wechsel gewagt hat. Als die rot-grüne Bundesregierung an die Regierung kam, hat sie die zaghaften Reformen, die wir damals als FDP Herrn Blüm abgefordert haben (das war ja der, der nicht viel ändern wollte, und glaubte, dass alles sicher sei), mit Herrn Riester – großen Respekt vor dem Minister Riester – ausgebaut und einen Paradigmenwechsel in Deutschland vollzogen. Weil er der Bevölkerung signalisiert hat, wir können uns nicht allein auf ein Umlagesystem verlassen, wenn wir wissen, dass mehr Menschen aus dem System Leistungen beziehen werden und weniger Junge die laufenden Beiträge dafür zahlen werden. Dann kann das den Lebensstandard nicht mehr sichern, dann braucht es zusätzliche Säulen der privaten und betrieblichen Altersvorsorge. Und das hat Rot-Grün mit der Riesterrechte und den anderen Formen der betrieblichen Altersvorsorge geschaffen.

Ich verstehe nur eines nicht. Wenn man erkannt hat, dass bei der Rente die alternde Bevölkerung das Problem ist, warum gerade dies bei der Pflege – gerade wo wir jetzt auch die private Vorsorge stärken – so falsch sein soll. Das begreife ich nicht. Denn bei der Pflege haben wir die gleiche Herausforderung: mehr Ältere, weniger Jüngere. Bei der Pflege haben wir jetzt noch mehr Zeit, weil die Pflegebedürftigkeit erst später eintritt und sogar gar nicht jeden trifft, wohingegen bei Rente – erfreulicherweise – die Wahrscheinlichkeit, den Renteneintritt zu erleben, viel höher ist. Das heißt, auch hier ist Pflegevorsorge so sinnvoll, wir fördern dies ab 1. Januar, auch um ein Signal an die Bevölkerung zu geben. Und da wird mir gesagt, das sei gar nicht sinnvoll, weil ja der Staat über die Sozialhilfe zahlt, wenn ich im Alter alles Geld ausbebe und pflegebedürftig werde.

Lassen Sie sich das einen Moment mal auf der Zunge zergehen, was das eigentlich für ein Gesellschaftsbild ist. Wenn Politiker öffentlich sagen, es sei ein Fehler, dass Politik der Bevölkerung rät, auch Eigenvorsorge zu stärken, sondern ihnen sagt, verprasst lieber das Geld und verlasst euch darauf, dass in 20, 30, 40 Jahren schon die Sozialhilfe dafür aufkommt. Dass, wenn es euch schlecht geht, sie dafür da ist.

Meine Damen und Herren, ich würde mich nicht auf den Staat verlassen, warum – das erleben wir in den Staaten, die gerade in Schwierigkeiten sind. Erfreulicherweise geht es uns gut in Deutschland. Aber schauen Sie mal, wie verlässlich staatliche Grundsicherungssysteme in Griechenland, in Italien und Spanien sind. Da wird massiv gespart, aber auf die Rücklagen, die Sie haben, in Ihrer eigenen Vorsorge, kann der Politiker nie zugreifen. Vergangene Politiker haben gern in die Sozialkassen gegriffen und heutige Wohltaten finanziert. Gucken Sie mal in die Wohltaten der 70er-, 80er-Jahre in der Rentenversicherung und in anderen Sozialversicherungszweigen. Und wie gerne würden Politikerinnen und Politiker jetzt auch auf die Rücklagen zum Beispiel bei der privaten Krankenversicherung zugreifen wollen, um die aktuellen Probleme zu lösen.

Ich sage, der beste Schutz Ihrer Anlage, Ihrer Vorsorge, ist immer, wenn Politiker nicht zugreifen können. Dies muss man selbstkritisch sagen. Ich bin ja zeitweise Politiker. Und geben Sie mir besser nicht die Gelegenheit, auf Ihre Gelder zuzugreifen, weil Politiker natürlich immer kurzfristig agieren, und deswegen – wie ich auch eingangs schon sagte – ist auch die Bürgerversicherung, egal ob für Pflege- oder Krankenversicherung, nicht die bessere Antwort. Denn wenn Politiker entscheiden,

wofür das Geld ausgegeben wird, mag es nicht unbedingt immer in Ihrem eigenen Interesse sein.

Ich glaube, dass Demografie, demografische Herausforderung nur zu bewältigen ist, wenn wir uns auf diesen Kern wieder zurückbesinnen, nämlich auf die Kombination von Eigenverantwortung und Solidarität. Der Einzelne, der mehr kann, als manche Politiker ihm zutrauen, soll auch mehr tun für seine eigene Vorsorge, damit die Solidarität für die großen Risiken, die den Einzelnen überfordern – ich habe darüber gesprochen: Krebsbehandlung, HIV und anderes mehr – gewährleistet ist. Weil wir eben wissen, dass es auch einen Schicksalsschlag durch eine schwere Krankheit geben kann, auf den man sich in Eigenverantwortung nicht vorbereiten kann.

Deswegen wünsche ich Ihnen zum Abschluss meiner Rede persönlich viel Erfolg, Freude, mehr Zeit mit der Familie und natürlich gute Gesundheit!

Vielen Dank! ■