



Medizinische Versorgung im Wandel

Grüne Gesamtstrategie für eine neue Gesundheitspolitik

Positionspapier
MdL Bärbl Mielich, gesundheitspolitische Sprecherin

vorge stellt auf einer Pressekonferenz
am 03.11.2010, Landtag



Bärbl Mielich, MdL
gesundheitspolitische Sprecherin

Impressum

Bündnis 90/Die Grünen
im Landtag von Baden-Württemberg

Konrad-Adenauer-Straße 12
70173 Stuttgart
Tel. (07 11) 20 63 - 683
Fax (07 11) 20 63 - 660
E-Mail: post@gruene.landtag-bw.de

ViSdP: Bärbl Mielich
in Zusammenarbeit mit Dr. Birgit Locher-Finke
Stand: 11/2010

Inhalt

1. Ausgangslage	04
2. Stärkung der ambulanten, wohnortnahen Versorgung – selbstbewusste Hausärzte und engagierte Pflege braucht das Land	05
2.1 Bessere Rahmenbedingungen für HausärztInnen schaffen...	05
2.2 Nähe zu den Menschen gefragt – qualifizierte Pflege ausbauen, Aufgaben neu verteilen	07
2.3 Regionale Gesundheitskonferenzen und integrierte Versorgungskonzepte für passgenaue Lösungen	08
3. Strukturwandel der Krankenhäuser	09
4. Grüne Ideen für heute und morgen	11

Medizinische Versorgung im Wandel – Grüne Gesamtstrategie für eine neue Gesundheitspolitik in Baden-Württemberg

1. Ausgangslage

Das Gesundheitssystem in Baden-Württemberg befindet sich in einem grundlegenden Wandlungsprozess. Dabei dominieren aktuell vor allem die Themen Ärztemangel und die Schließung von Krankenhäusern die gesundheitspolitische Debatte. In der Tat ist vor allem auf dem Land die wohnortnahe medizinische Versorgung inzwischen zum Problem geworden, das sich in Zukunft weiter verschärft, wenn nicht zeitnah gegengesteuert wird.

In den vergangenen 30 Jahren wurden überall in der Fläche Krankenhäuser gebaut. Gelenkt wurde diese Entwicklung allein durch die Festlegung der „Bettenzahl“, um den Versorgungsgrad zu definieren. Viele kleine Häuser sind entstanden, die im Zuge der Umstrukturierung im Gesundheitssystem und der Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf diagnoseorientierte Fallpauschalen (DRG's) heute nicht mehr existenzfähig sind. Die Folge sind Schließungen und auch Fusionen, die gerade im ländlichen Raum zu Verwerfungen und Versorgungsengpässen führen. Zudem hat sich die Trägerlandschaft entsprechend verändert. Waren vor 30 Jahren noch alle Häuser entweder in gemeinnütziger oder kommunaler Trägerschaft, werden heute 30 % der Krankenhäuser in Baden-Württemberg privat geführt.

Parallel dazu wandelt sich die ambulante medizinische Versorgung durch niedergelassene Hausärzte in vielen Städten und Gemeinden des Landes. 23 Prozent der niedergelassenen Hausärzte sind 60 Jahre und älter, in vielen Praxen ist die Nachfolge nicht gesichert. Auch im ambulanten Bereich findet eine problematische Verschiebung statt: Der ausreichenden Versorgung in attraktiven Gebieten und Ballungsräumen steht eine Ausdünnung z.B. auf der schwäbischen Alb oder im südbadischen Wiesental gegenüber.

Das vorliegende Papier zeigt Perspektiven einer Gesundheitspolitik für das Land bis zum Jahr 2020 auf. Im Zentrum der Gestaltungserfordernisse stehen die strukturelle Verzahnung und die Anpassung verschiedener Angebote zur Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Versorgung für alle Menschen – vom Hausarzt bis zum Krankenhaus und von der Prävention bis zur Pflege.

**Wohnortnahe Versorgung
gefährdet**

**23 Prozent der Hausärzte sind
heute älter als 60 Jahre**

2. Stärkung der ambulanten, wohnortnahen Versorgung – selbstbewusste Hausärzte und engagierte Pflege braucht das Land

2.1 Bessere Rahmenbedingungen für HausärztInnen schaffen

Grünes Leitbild ist der leistungsgerecht bezahlte und gut ausgebildete Hausarzt bzw. die Hausärztin, die ausreichend Zeit haben, ihre PatientInnen wohnortnah zu beraten, zu behandeln, zu therapieren und – falls erforderlich – an ein Netz von kooperativ arbeitenden FachkollegInnen und TherapeutInnen zu überweisen, die sowohl im Bereich der ambulanten Versorgung als auch in den Krankenhäusern angesiedelt sind.

Dieser Arzttypus wird jedoch zunehmend zu einer raren Spezies. Die Zahlen sind bekannt: 41 Prozent aller Hausärzte in Baden-Württemberg sind älter als 50 Jahre, 23 Prozent sogar älter als 60 Jahre, das ist fast jeder vierte Allgemeinmediziner. Das Durchschnittsalter der Hausärzte in Baden-Württemberg beträgt 52,6 Jahre. In den nächsten zehn Jahren werden voraussichtlich bis zu 5 Prozent der Hausärzte pro Jahr in den Ruhestand gehen. Hausärzte auf dem Land finden keine Praxisnachfolger mehr und auch im städtischen Raum wird es immer schwieriger, Hausarztpraxen zu übergeben.

In Baden-Württemberg ist ebenfalls absehbar, dass ohne massives Eingreifen und Gegensteuern bedingt durch den demographischen und strukturellen Wandel in Kürze auch hier ein gravierender Versorgungsengpass, insbesondere auf dem Land, entstehen wird. Zum einen steigt die Zahl der Älteren, die auf gute und wohnortnahe Versorgung angewiesen sind. Zum anderen muss in vielen Praxen der Übergang auf jüngere Mediziner gelingen.

Hausarztpraxen haben als zentraler Ort für die Primärversorgung der Bevölkerung und vor allem von mehrfach erkrankten Älteren eine wichtige Funktion als Akuthilfe und Lotse durch das spezialisierte Hilfsangebot der Fachärztinnen und -ärzte und Therapeuten. Deshalb muss es in den nächsten Jahren darum gehen, das System der hausarztzentrierten Versorgung mit wohnortnahen Strukturen zu stärken.

Dazu bedarf es eines ganzen Bündels von Maßnahmen zur Gestaltung attraktiver Rahmenbedingungen für die Niederlassung von Hausärzten, insbesondere im ländlichen Raum:

System der hausarztzentrierten Versorgung stärken

- Anstatt eine Art „Strafversetzung“ aufs Land einzuführen, brauchen wir bessere Rahmenbedingungen für Landärzte und eine neue Sicht auf die herausfordernde Tätigkeit von Allgemeinärzten. Maßnahmen wie Rotationssysteme, Umsatzgarantien oder Teilzulassungen sind daher sinnvoll. Auch eine kleinräumigere Bedarfsplanung stellt einen wichtigen Baustein dar. Aus Grüner Sicht macht es insbesondere auch Sinn, Gesundheitszentren mit angestellten Ärzten aufzubauen und über Teamlösungen bessere Arbeitsbedingungen zu ermöglichen. Zudem müssen regionale Notfallpraxen aufgebaut werden, um der Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit von Landärzten ein Ende zu setzen und geregelte Arbeitszeiten zu ermöglichen.

Rotationssysteme, Umsatzgarantien, Notfallpraxen

- Das Fach Allgemeinmedizin muss bereits im Studium besser verankert und mit einem besseren Image versehen sein, das der hohen Verantwortung und der Komplexität der Aufgaben entspricht, die Hausärzte übernehmen müssen. Dazu braucht es in Baden-Württemberg an jeder medizinischen Hochschule einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin. Denn nach wie vor ist die Allgemeinmedizin ein exotisches Fach an der Universität. Wir wollen den NC als primäre Voraussetzung zur Zulassung zum Medizinstudium abschaffen, denn die Abiturnote ist nicht das entscheidende Kriterium, an dem sich die richtige Motivation und Befähigung zum Arztberuf festmachen lässt. Stattdessen wollen wir verstärkt über Auswahlgespräche die vergleichsweise teuren Studienplätze an den medizinischen Hochschulen mit optimalen Bewerbern und Bewerberinnen besetzen. Bereits im Studium sollen dann auch z. B. durch Praktika Anreize zur Übernahme einer Folgetätigkeit im ländlichen Raum gesetzt werden. Ein geregeltes Verfahren im Hinblick auf den Weg zur Facharztqualifikation ist ein wichtiger Schritt, um zügig alle erforderlichen Weiterbildungsstationen zu absolvieren.

Allgemeinmediziner wertschätzen – Ausbildung verbessern

- Eine grundlegende Revision der letzten Honorarreform mit ihren großen Disparitäten hinsichtlich der Honorierung zwischen den einzelnen Facharztgruppen und Hausärzten muss die leistungsgerechte Entlohnung der Hausärzte sicherstellen. Diese kann nicht wie bei den bisherigen Reformen von den betroffenen Akteuren selbst vorgenommen werden, sondern ist im Sinne einer optimalen Gesundheits- und Patientinnenversorgung unabhängig zu organisieren. Perspektivisch können wir uns vorstellen, von dem bisherigen Punktesystem bei der Ärztevergütung abzuweichen und alle Arztgruppen mit zeitgebundenen Honoraren in Verbindung mit Zuschlägen für spezifische Verfahren oder aufwändigeren Geräteeinsatz gleich zu vergüten. Es ist aus Grüner Sicht nicht nachvollziehbar, dass z.B. Kardiologen oder Orthopäden ungleich besser bezahlt werden als beispielsweise Haus- und Kinderärzte oder Psychiater.

Revision der letzten Honorarreform

- Der Innovationsgeist der Kommunen im ländlichen Raum ist angesichts des drohenden ÄrztInnenmangels groß: Eine ambulante Gesundheitsversorgung in kommunaler Trägerschaft z.B. durch ein Gesundheitszentrum, in dem niedergelassene ÄrztInnen und TherapeutInnen kooperieren, könnte die Ver-

Ambulante Versorgung durch Gesundheitszentren

Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglichen

sorgung passgenau und zudem kosteneffizient sicherstellen. Zudem müssen Angebote bereitgestellt werden, die berücksichtigen, dass inzwischen 67 % der StudienanfängerInnen in Medizin weiblich sind. Von den Absolventen, die in die hausärztliche Versorgung gehen, sind die Mehrheit heute Frauen. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist heute sowohl für Frauen als auch für Männer ein wichtiges Anliegen. Durch flexible Arbeitszeitmodelle, Teilzeitstellen sowie die Möglichkeit als angestellte Ärztin bzw. angestellter Arzt auch im ambulanten Bereich tätig zu sein, lassen sich Beruf und Familie auch als Landarzt und Landärztin besser vereinbaren.

Hausarztverträge ausbauen und deren Niveau halten

- Hausarztverträge sind aus grüner Sicht im Kontext des derzeit existierenden Honorarsystems ein richtiger Ansatz, um die wohnortnahe Grundversorgung im Land auch für die Zukunft zu sichern. Durch eine bessere Honorierung und höhere Qualitätsanforderungen wird die hausarztzentrierte Versorgung gestärkt. Hausarztverträge sollten von allen Kassen angeboten und fortlaufend evaluiert werden. Zugleich darf es jedoch hinsichtlich der Schnittstelle Haus- und Kinder- bzw. Jugendärzte nicht zu Verwerfungen kommen. Wir meinen, dass Kinder bis 14 Jahren bei FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde ideal versorgt werden. Wir wollen daher, dass diese Arztgruppe ihre eigenen Selektivverträge erhält und Hausarztverträge nicht der Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Fachärzte entgegenstehen dürfen. Ein Absenken des finanziellen Niveaus der Haus- und Kinderarztverträge, wie es ein Vorstoß des Bundesgesundheitsministeriums vorsieht, lehnen wir angesichts der problematischen Versorgungssituation ab.

Selektivverträge für Kinder- und Jugendärzte

2.2 Nähe zu den Menschen gefragt – qualifizierte Pflege ausbauen, Aufgaben neu verteilen

Modernisierung und Aufwertung der Pflege

In Baden-Württemberg fehlen nicht allein AllgemeinmedizinerInnen, sondern vielmehr hochqualifiziertes und besser bezahltes Pflegepersonal in der ambulanten und stationären Betreuung. Knapp zehn Krankenschwestern kommen in Deutschland auf 1000 Einwohner. In Ländern wie Norwegen oder den Niederlanden sind es dreimal so viele Fachkräfte, die zudem eine weitaus bessere Ausbildung haben. Das aktuell verabschiedete Landespflegegesetz (14/6368) nimmt eine Ausdifferenzierung und Akademisierung der Pflege vor und öffnet so erstmals die Tore für eine Modernisierung und Aufwertung der Pflege und damit für eine neue Attraktivität der Pflegeberufe. Allerdings bleibt die Pflege weiterhin eine Delegationstätigkeit. So wird jetzt an der Dualen Hochschule Karlsruhe der Studiengang des „Arztassistenten“ eingerichtet, der zwischen Pflegeberufen und Arzttätigkeit angesiedelt sein soll, jedoch dem Arzt zugeordnet und weisungsgebunden ist. Aus Grüner Sicht macht es mehr Sinn, eine Akademisierung innerhalb der Pflege anzustreben und dort mehr eigenverantwortliches Handeln zu ermöglichen.

Neuverteilung der Aufgaben im Gesundheitswesen erforderlich

Aus Grüner Sicht besteht ein entscheidender Lösungsansatz für die Zukunft der medizinischen Versorgung darin, eine Neuverteilung von Aufgaben zwischen den Berufsgruppen im Gesundheitswesen vorzunehmen, um eine Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen unter professionellen, ökonomischen und auch qualitativen Aspekten zu gewährleisten.

So ist es sinnvoll, dass besonders qualifizierte, praxisnah und akademisch ausgebildete Pflegekräfte heilberufliche Tätigkeiten aus dem Aufgabenbereich der Ärzte künftig selbstständig übernehmen. Solche Pflegekräfte sind keine Konkurrenz zu Ärzten und Ärztinnen, sondern notwendig, damit diese sich auf ihre Kompetenzen konzentrieren können. Die wohnortnahe Versorgung kann damit auch durch Pflegekräfte (z.B. „Gemeindeschwestern“) sichergestellt werden, die Hausbesuche machen, Prävention betreiben und vor allem eine patientenorientierte, gesprächsintensivere medizinische Betreuung ermöglichen. Die ärztlichen und pflegerischen medizinischen Zuständigkeiten müssen dabei sinnvoll aufgeteilt werden. Routinetätigkeiten aus dem bisher ärztlichen Alltag wie z.B. die Überprüfung der Extremitäten bei Diabetikern oder die Wundversorgung können akademisch ausgebildete Pflegekräfte übernehmen. Dieses Pflegepersonal soll im Team mit Ärzten und Ärztinnen arbeiten, die in medizinischen Gesundheitszentren mit anderen nicht-ärztlichen Heilberufen zusammenarbeiten. Die Qualifizierung von geeigneten Pflegeexpertinnen ist eine bisher komplett ungenutzte Ressource im Gesundheitswesen.

Pflegekräfte mit heilberuflichen Kompetenzen

2.3 Regionale Gesundheitskonferenzen und integrierte Versorgungskonzepte für passgenaue Lösungen

Regionale Gesundheitskonferenzen, die ambulant und stationär verzahnen sowie die Pflege als zentralen Akteur einbeziehen, können passgenaue Lösungen für bestimmte Gebiete entwickeln. Baden-Württemberg soll aus Grüner Sicht eine Vorreiterrolle in der Entwicklung neuer medizinischer Versorgungsstrukturen einnehmen. Diese sollen Ärzte und Ärztinnen entlasten und eine bessere und effizientere Betreuung der Patienten und Patientinnen gewährleisten. Eine zukunfts feste medizinische Versorgung braucht eine Wertschätzung der zentralen Rolle der Hausärzte im Gesundheitssystem, aber gleichzeitig auch eine Übernahme heilberuflicher Tätigkeiten durch die Pflege, um eine wohnortnahe, gesprächsintensive und am Menschen orientierte medizinische Versorgung auch zukünftig zu ermöglichen.

Passgenaue Lösungen vor Ort umsetzen

Passgenaue Lösungen basieren oftmals auf integrierten Versorgungskonzepten, auf der engmaschigen und niedrig-schweligen Kooperation der Haus- und Fachärzte mit der Pflege und anderen medizinisch-therapeutischen Berufsfeldern. Modellregionen wie das „Gesunde Kinzigtal“ zeigen mit ihren

Integrierte Versorgungskonzepte fördern

Unabhängige Beratungsstellen für selbstbewusste PatientInnen

Projekten und dem hohen Grad an Zufriedenheit der teilnehmenden PatientInnen, ÄrztInnen, TherapeutInnen, Kliniken, Pflegedienste, Vereine und Krankenkassen, dass eine integrierte Versorgung dazu führt, die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt zu verbessern. Regionale Modelle setzen wie alle erfolgreichen Gesundheitskonzepte selbstbewusste, mündige und gut informierte PatientInnen voraus. Um dies zu bestärken, wollen wir mittelfristig in allen Regionen des Landes die Möglichkeiten schaffen, unabhängige Patientenberatungsstellen einzurichten. Die Stärkung der PatientInnenrechte ist aus Grüner Sicht elementar, um den einzelnen in einem zunehmend komplexeren Gesundheitssystem zu unterstützen und ihm durch unabhängige Informationen die bestmögliche Beratung und Behandlung zu ermöglichen.

Gesundheitshäuser auf dem Land aufbauen

Wir wollen dazu insbesondere im ländlichen Raum zukünftig sogenannte „Gesundheitshäuser“ aufbauen. Darunter verstehen wir Einrichtungen, die unter einem Dach die verschiedensten Beratungsdienste, Selbsthilfen und u.a. Sozialstationen bündeln, die vor Ort gebraucht werden. Unabhängige Patientenberatungsstellen sollen dort ebenso ihren Platz haben, wie auch Pflegestützpunkte und Hebammenpraxen. Durch die räumliche Nähe können Beratung und Versorgung besser abgestimmt und verzahnt werden. Andererseits bietet eine solche zentrale Anlaufstelle für Menschen mit Beratungsbedarf, nicht zuletzt ältere und pflegebedürftige Menschen, große Vorteile: Es gibt kein kompliziertes Zurechtfinden in einer unübersichtlichen Angebotslandschaft, es existiert eine klare Anlaufstelle und Wege werden erspart. Die hausärztliche Betreuung bzw. die Gemeindeschwester kann auch an dieser Stelle angesiedelt werden. Ein solches Gesundheitshaus kann die Versorgung für mehrere Kommunen übernehmen. Dazu muss der öffentliche Nahverkehr eingebunden bzw. es müssen Fahrdienste angeboten werden, damit dieses Angebot von allen, insbesondere auch von älteren Menschen oder Menschen mit Behinderung, erreicht werden kann.

3. Strukturwandel der Krankenhäuser

Neben dem Ärztemangel und dem Mangel an Pflegepersonal ist ein weiteres zentrales Thema in der gesundheitspolitischen Debatte im Land die Schließung von Krankenhäusern. Damit verändert sich die Gesundheitsversorgung vor allem im ländlichen Raum und verlagert sich zusehends auch in den außerstationären Bereich. Wir wollen den Strukturwandel der Krankenhäuser so gestalten, dass die wohnortnahe Versorgung der Menschen im Land gewährleistet ist. Eine Politik, die Verantwortung übernimmt, muss durch eine verzahnte regionale und landesweite Gesundheitsplanung sicherstellen, dass das Wegbrechen von stationären Angeboten durch alternative Versorgungsstrukturen kompensiert wird. Das grüne Leitbild einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen, wohnortnahen Versorgung der Menschen in

den Städten und im ländlichen Raum hat folgende Konsequenzen für die Krankenhausplanung im Land:

- Wir setzen auf eine flächendeckende Grundversorgung im stationären Bereich. Die Konzentration von finanziell potenteren Krankenhäusern in den Ballungsräumen darf nicht aufgrund aktueller finanzieller Notlagen zu Lasten der Schließung strukturell und versorgungstechnisch notwendiger, innovativer kleinerer Häuser in der Fläche gehen. Gleichzeitig wollen wir zusätzliche Spezialisierung nur an einzelnen Standorten vorhalten, denn nicht überall müssen alle Therapien und Fachgebiete angeboten werden. Damit schaffen wir die Voraussetzung, dass vor dem Hintergrund einbrechender Gemeindefinanzen und Landesmittel die Wirtschaftlichkeit eines Krankenhausstandortes verbessert wird.
- Wir halten an der dualen Finanzierung der Krankenhäuser fest. Das heißt, die Übernahme der Investitionskosten und Gestaltung der Kliniken verbleiben in der Verantwortung der Landespolitik und werden aus Steuermitteln finanziert, allerdings unter der Prämisse neuer Förderkriterien. Damit bleibt die Einflussnahme der Länder auf die landesweite Krankenhausplanung mit entsprechender Schwerpunktsetzung bestehen.
- Der Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft muss über eine aktive Krankenhausplanung gestaltet werden. Neue Strukturmodelle und Krankenhausfunktionen z.B. als Schaltstelle für die regionale Gesundheitsversorgung müssen durch die Landespolitik gestärkt werden. Zusätzlich bedarf es der Entwicklung klarer Kriterien für die medizinische Grund- und Schwerpunktversorgung.
- Jedes Akutkrankenhaus muss zukünftig einen interdisziplinär konzipierten Geriatricschwerpunkt vorhalten. Wir brauchen dringend eine bessere Versorgung von multimorbiden und/oder demenziell erkrankten älteren Menschen, um den spezifischen Bedürfnissen dieser wachsenden Gruppe von Patienten besser gerecht zu werden. Diese multimorbiden Patienten und Patientinnen sind auf regulären Stationen – meist der Inneren – nicht adäquat versorgt und auch das Stationspersonal ist damit häufig überfordert. Angesichts der Zunahme älterer und hochbetagter Menschen müssen wir dringend dafür sorgen, dass interdisziplinäre Geriatric-Stationen an allen Akutkrankenhäusern aufgebaut werden, die auf die hohen Anforderungen in der Versorgung dieser Patientengruppe eingestellt sind und entsprechende ärztliche, pflegerische und gerontopsychiatrische Fachexpertise bündeln.

Wirtschaftlichkeit zentral

**Duale Krankenhausfinanzierung
beibehalten**

**Flächendeckende stationäre
Grundversorgung sichern**

**Geriatricschwerpunkt an jedem
Akutkrankenhaus**

4. Grüne Ideen für heute und morgen

Mit dem Dreiklang Hausärzte aufwerten und gut ausbilden, Pflege stärken und eigenständiger agieren lassen sowie Patienten und Patientinnen in den Mittelpunkt stellen und selbstbewusster zu machen, sind unsere Ziele auf der Akteursebene beschrieben. Strukturell sieht unsere Zukunftsstrategie so aus, dass wir viel mehr als bisher integrierte Versorgungskonzepte anstreben, Sektorengrenzen überwinden wollen und passgenaue Lösungen vor Ort anstreben. D.h. wir müssen vielmehr vernetzt denken, stationär und ambulant, medizinische Versorgung und Pflege, Akutbehandlung und Rehabilitation gehören zusammen. Nur wenn wir das gesamte Bild in den Blick nehmen und das Leitziel einer optimalen Patientenversorgung anvisieren, können wir abgestimmte und effiziente Strukturen schaffen.

Wir werden nicht jedes Krankenhaus halten können, wir wollen aber einen geordneten Strukturwandel, der eine flächendeckende Grundversorgung garantiert und die spezialisierte Behandlung an einzelnen Standorten bündelt. Für den ländlichen Raum brauchen wir nochmals besondere Konzepte, wie z.B. „Gesundheitshäuser“.

Es braucht aber auch den politischen Willen, zu gestalten und an einer Stelle Verantwortung zu übernehmen, bei der sich die Regierung allzu häufig auf die Position zurückzieht, dass die „Selbstverwaltung“ hier zuständig sei. Gesundheit ist jedoch ein sensibles Feld der Daseinsfürsorge, für den der Staat eine besondere Verantwortung hat. Wir Grünen wollen dieser Verantwortung nachkommen, in dem wir die Strukturen der Gesundheitsversorgung in unserem Land so umbauen, dass sie auch künftig den Menschen, d.h. die Patienten und Patientinnen, ins Zentrum stellen.

Gesundheit ist ein so hohes Gut, das wir es nicht dem freien Spiel der Marktkräfte alleine überlassen wollen.

**Gesundheit als besonderes Gut
der staatlichen Verantwortung**