Titelinterview mit Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe

„Der Patientennutzen muss im Vordergrund stehen“

Bereits im letzten Jahr traten im Bereich Gesundheit und Pflege das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung, das Erste Pflegestärkungsgesetz und das Präventionsgesetz in Kraft. Zum 1. Januar 2016 treten zahlreiche weitere Änderungen in Kraft, die ebenfalls allesamt von Bundesgesundheitmister Gröhe angeschoben wurden: das Krankenhausstrukturgesetz, das Zweite Pflegestärkungsgesetz, das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung, das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) und das Gesetz zur Umsetzung der geänderten Berufsanerkennungsrichtlinie der EU. Damit gehört Gröhe zu den „produktivsten“ deutschen Gesundheitspolitikern aller Zeiten.

>> Herr Minister Gröhe, kein Gesundheitsminister vor Ihnen hat so viele Reformen und Gesetze in einer Legislaturperiode auf den Weg gebracht wie Sie. War der Zustand des deutschen Gesundheitssystems so schlecht?

Im Gegenteil: Wir haben eine sehr gute Gesundheitsversorgung in Deutschland. Das wird auch in Bürgerbefragungen deutlich. Aber auch Gutes kann besser werden. Außerdem werden wir mehr und mehr zu einer Gesellschaft des längeren Lebens: Dank guter Lebensumstände und medizinischem Fortschritt bekommen wir so viele gute Lebensjahre geschenkt. 81 Jahre ist unsere durchschnittliche Lebenserwartung heute. Tendenz steigend.

Das ist sicher eine gute Entwicklung.

Ja. Für uns alle ist das eine gute Entwicklung. Zumal viele ältere Menschen diese zusätzlichen Jahre mit dem Lebensgefühl verbinden: wir werden älter und fühlen uns jünger. Gleichzeitig haben nicht alle Menschen das Glück bei guter Gesundheit alt zu werden. Das bedeutet auch, dass künftig mehr Menschen medizinisch und pflegerisch versorgt werden müssen. Deshalb kann nicht alles so bleiben wie bisher. Das ist auch ein Grund dafür, dass wir z.B. die Unterstützung für Pflegebedürftige und ihre Familien durch mehrere Gesetze deutlich ausgeweitet haben.

Was sind die wichtigsten Herausforderungen?

Eine große Herausforderung ist der Umgang mit demenziellen Erkrankungen. Schon heute leben ungefähr 1,6 Millionen Menschen mit Demenz in unserem Land, in den nächsten 25 Jahren wird die Zahl voraussichtlich um eine weitere Million steigen. Studien weisen darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit eines 70- bis 75-Jährigen, demenziell zu erkranken, bei gut drei Prozent, die eines 90- bis 95-Jährigen schon bei gut 30 Prozent liegt. Um zielgerichtet helfen zu können, haben wir zum Beispiel im Rahmenprogramm „Gesundheitsforschung“ ein „Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen“ eingerichtet. Hier werden die Forschungsanstrengungen für diesen Bereich zusammengeführt, mit dem Ziel, die Behandlung zu verbessern. Natürlich geht es darüber hinaus immer auch um die Frage, wie die Lebensumwelt für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung gestaltet wird. Deshalb haben wir die „Allianz für Menschen mit Demenz“ ins Leben gerufen. Sie dient dazu, die Hilfe für Demenzkranke vor Ort zu verbessern und die Achtsamkeit im Umgang mit Demenzkranken zu stärken. Denn Menschen mit einer Demenz gehören in die Mitte der Gesellschaft.

Die Versorgungsforschung kann analysieren, was im System „Gesundheit“ geändert werden muss, um den kommenden Herausforderungen gerecht zu werden.

Unser Anspruch ist, dass alle Menschen Zugang zur bestmöglichen gesundheitlichen Versorgung haben. Dafür ist Grundlagenforschung und klinische Forschung, aber eben auch Versorgungsforschung zwingend erforderlich. Denn genauso wie Fortschritt in der medizinischen Versorgung brauchen wir auch neue Versorgungsansätze, die passgenau auf die steigende Zahl älterer Patientinnen und Patienten zugeschnitten sind. Dabei geht es auch darum, die noch vorhandenen Fähigkeiten der Menschen besser zu nutzen.

Wird denn genug gefördert?

Alleine seit 2010 sind die Mittel für die Ressortforschung im Haushalt des Bundesgesundheitsministeriums von rund 20 auf über 30 Millionen Euro in 2015 angewachsen. Ein Großteil davon fließt in die Versorgungsforschung, mit dem Ziel, die Versorgung und die Behandlungsabläufe im Sinne der Patienten zu verbessern.

Und nun kommen 300 Millionen Euro pro Jahr dazu.

Richtig. Wir werden mit dem Innovationsfonds in den nächsten Jahren 300 Millionen Euro jährlich dafür einsetzen, sowohl neue Versorgungsformen als auch Versorgungsforschung zu fördern. Denn beides gehört zusammen. Das kann die Patientenversorgung weiter verbessern.

Der Fonds ist jedoch befristet bis 2019.

2019 wird es einen Zwischenbericht mit einer wissenschaftlichen Auswertung zur Förderung aus dem Innovationsfonds geben. Dann wird zu entscheiden sein, ob der Innovationsfonds erfolgreich war und weitermachen soll.

Worum geht es Ihnen beim Fonds im Kern?

Wir haben in Deutschland große Erfolge dadurch erreicht, dass in einzelnen Disziplinen wirkliche Spitzenleistungen erbracht werden. Der Fokus auf die einzelne Erkrankung und auf den einzelnen Heileingriff hat auch viele Verhaltensweisen der Patientinnen und Patienten nachdrücklich geprägt. Viele Patienten gehen z.B. direkt zum Spezialisten. Um es in der Sprache des Fußballs zu sagen: Mir geht es darum, wie aus den Spitzenleistungen der einzelnen Spieler, eine noch bessere Mannschaftsleistung wird.

„Wir werden mit dem Innovationsfonds in den nächsten Jahren 300 Millionen Euro jährlich dafür einsetzen, sowohl neue Versorgungsformen als auch Versorgungsforschung zu fördern. Denn beides gehört zusammen.“

Wie soll das funktionieren?

Bei der Versorgung muss stärker von der Patientin, von dem Pati-

enten her gedacht werden und was für sie oder ihn im Behandlungsverlauf Sinn macht – und nicht in Fach- und Sektorengrenzen. Es geht also um „sektorenübergreifende Versorgungsformen". Was im Behandlungsverlauf für den Patienten Sinn macht, nutzt übrigens auch den Ärzten und Kliniken. Denn durch Abstimmung und Zusammenarbeit können z.B. Doppeluntersuchungen vermieden und Behandlungslücken geschlossen werden. Wenn Kritiker aus dem angelsächsischen Raum unser deutsches Gesundheitswesen betrachten, sagen sie richtigerweise oft, dass bei uns die sogenannte „Cooperative Care" zu kurz kommt. Deshalb unterstützen wir sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen wie Netzwerke oder Kooperationen in besonderen Versorgungsformen durch das Versorgungsstärkungsgesetz. Dazu gehört, dass bürokratische Hemmnisse abgebaut und die rechtlichen Rahmenbedingungen von Verträgen der integrierten Versorgung und anderen besonderen Versorgungsformen erweitert werden. Und dazu gehört genauso der Innovationsfonds, durch den neue sektorübergreifende Versorgungsformen für die Regelversorgung erprobt werden sollen.



Hätten Sie dafür ein Beispiel?

Denken Sie beispielsweise an die Versorgung von Krebspatienten am Lebensende. Hier geht es darum, dass das onkologische, das schmerzmedizinische und das psychologische Wissen sowie pflegerische oder etwa physiotherapeutische Kenntnisse zusammengeführt werden, um eine umfassende Versorgung sicherzustellen. Das ist im Kern auch die Idee der spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen Versorgung. Dieses Thema gehen wir mit entsprechenden Verträgen an, die auch die Teambildung befördern.

Das Versorgungsstärkungsgesetz enthält auch Regelungen zu Selektivverträgen.

Selektivverträge sind ein gutes Instrument, um Brücken zwischen den Versorgungsbereichen und Fachrichtungen zu bauen. Sie stehen aber auch für neue Versorgungsformen und somit für Fortschritt in unserem Gesundheitswesen. Zwei Drittel der Ärzte sind ja auch der Ansicht, dass Selektivverträge die Versorgungssituation ihrer Patienten verbessern. Das ist das Ergebnis einer repräsentativen Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Psychonomics aus dem Jahr 2010. Deshalb fördern wir Selektivverträge mit dem Versorgungsstärkungsgesetz, indem für alle Beteiligten die Vertragsabschlüsse erleichtert werden. Deshalb haben wir unter anderem das Satzungserfordernis und die flächendeckende aufsichtsrechtliche Vorab-Kontrolle aller Selektivverträge gestrichen. Ebenso wurde klargestellt, dass auch Leistungen, die nicht zur Regelversorgung zählen, Gegenstand der Selektivverträge sein können, was wiederum die Gestaltungsfreiheit der Vertragspartner erhöht. Außerdem wurden die an unterschiedlichen Stellen geregelten Voraussetzungen für selektive Vertragsabschlüsse der Krankenkassen neu strukturiert und in einer Vorschrift zur besonderen Versorgung zusammengefasst.

Können Sie uns den Nutzen der Selektivverträge aus Ihrer Sicht an einem Beispiel deutlich machen?

Eine Krankenkasse hat zum Beispiel die verbesserten Versorgungs- und Vergütungsstrukturen im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung, die wir im letzten Jahr geschaffen haben, für die bei ihr versicherten Rheumapatienten genutzt und einen Versorgungsvertrag mit Hausärzten und Rheumatologen abgeschlossen. Der Vertrag sieht vor, dass der Hausarzt einen Patienten mit Verdacht auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung an einen Rheumatologen überweist, der am Vertrag teilnimmt. Dort bekommt der Patient dann innerhalb von 14 Tagen einen Termin. Mit diesem zügigen Verfahren ist der Weg frei für eine zielgerichtete Diagnose und somit für die erforderlichen Behandlungsschritte. Wartezeiten, in der sich die Krankheit weiter verschlimmern kann, entfallen für die Menschen.

Geht es auch darum, Versorgungslücken zu schließen?

Wir wollen Versorgungsbrüche vermeiden – etwa nach einem Krankenhausaufenthalt. Deshalb haben wir mit dem Versorgungsstärkungsgesetz die Möglichkeit eingeführt, dass Krankenhausärztinnen und -ärzte nun auch mengenmäßig begrenzt Arzneimittel verschreiben können. Das erspart dem Patienten den Gang zum ärztlichen Notdienst, wenn er z.B. am Wochenende aus dem Krankenhaus entlassen wird und weiter Medikamente benötigt. Und mit dem Krankenhausstrukturgesetz haben wir den Anspruch auf häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe erweitert und eine Kurzzeitpflege für Patienten eingeführt, die nach einem längeren Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation vorübergehend noch Hilfe brauchen. In die gleiche Richtung gehen wir mit dem Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung: Damit verpflichten wir die Pflegeeinrichtungen, Kooperationsverträge mit Haus- und Fachärzten abzuschließen, um die medizinische Versorgung von Pflegebedürftigen weiter zu verbessern. All das trägt dazu bei, eine nahtlose Versorgung sicherzustellen.

Nun wissen wir alle, dass medizinische Versorgung auf hohem Niveau für eine Gesellschaft die insgesamt älter wird, fast zwangsläufig auch immer kostspieliger wird.

Mir ist wichtig, dass Patientinnen und Patienten auch in Zukunft schnellen Zugang zu guter Medizin und Pflege erhalten und unser Gesundheitswesen zugleich nachhaltig finanzierbar bleibt – beidem dienen unsere Gesetzesvorhaben. Wir haben die Leistungen für ge-



setzlich Versicherte spürbar verbessert: zum Beispiel durch mehr Pflege- und Hygienepersonal im Krankenhaus und den Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung. Und wenn jetzt die Zusatzbeiträge moderat steigen, hat das auch mit dem Kostenanstieg bei den Arzneimitteln zu tun. Gegen Hepatitis C zum Beispiel gibt es neue, sehr teure Medikamente, durch die die Krankheit erstmals geheilt werden kann. Das kann Patienten sogar eine Transplantation ersparen. Das gibt es nicht zum Nulltarif. Angesichts unserer älter werdenden Gesellschaft und des medizinischen Fortschritts müssen wir mit steigenden Gesundheitskosten rechnen und zugleich die Beitragsentwicklung in Schach halten. Nicht ohne Grund galt das erste Gesetz dieser Koalition einer Eindämmung der Arzneimittelkosten. Damit haben wir die gesetzliche Krankenversicherung um jährlich 650 Millionen Euro entlastet. Wenn wir den Bundesländern helfen, Überkapazitäten im Krankenhausbereich abzubauen, wird auch unser Gesundheitswesen wirtschaftlicher. Und wenn wir jetzt Geld in die Hand nehmen für ein Präventionsgesetz, dann beugen wir Krankheiten vor und sorgen zugleich dafür, dass unser Gesundheitswesen auch morgen noch bezahlbar bleibt.

Nach vier Anläufen ist nun auch das Präventionsgesetz in Kraft.

In Deutschland wurde gut zehn Jahre über das Präventionsgesetz diskutiert. Jetzt steht es im Gesetzblatt. Das war überfällig. Ein gutes Gesundheitswesen braucht Strukturen, die das Bewusstsein für Gesundheit und Vorsorge verbessern und Krankheiten vermeiden helfen, bevor sie überhaupt entstehen. Dabei geht es darum, möglichst alle zu erreichen – nicht nur die, die sich ohnehin viel mit ihrer Gesundheit auseinandersetzen. Deshalb müssen wir die Umgebung, in der wir leben, lernen und arbeiten, so gestalten, dass sie die Gesundheit unterstützt – z.B. die Kita, die Schule, den Arbeitsplatz. Es gibt kein „zu früh" in der Prävention, Prävention macht aber in jedem Lebensalter Sinn. Deshalb haben wir erstmalig die Pflegekassen verpflichtet, Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen. Auch im hohen Alter kann Gesundheitsförderung dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest hinauszuzögern. Das entspricht auch dem Wunsch der allermeisten, so lange wie möglich selbständig zu leben. Deshalb schreiben wir auch mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz den Grundsatz „Reha vor Pflege" groß.

Die Bundesregierung hat bereits 2012 ins Gesetz geschrieben, dass die Einstufung der Pflegebedürftigkeit die Feststellung eines Rehabedarfs enthalten soll. Nun gibt es eine weitere Regelung.

Bei 1,6 Millionen Pflege-Begutachtungen im Jahr führen zurzeit nur rund 5.000 zur Empfehlung einer Rehabilitationsmaßnahme. Da ist noch gewaltig Luft nach oben! Mit dem neuen Begutachtungssystem, das wir durch das zweite Pflegestärkungsgesetz einführen, kann der wirkliche Reha-Bedarf besser erfasst werden. Die Kassen und die Medizinischen Dienste müssen dafür künftig bundesweit ein standardisiertes Verfahren anwenden, mit einheitlichen Vorgaben z.B. zur Qualifikation der Gutachter. Das hat aber auch viel mit dem berühmten Schalter im Kopf zu tun. Dass die Menschen „ambulant vor stationär" vorziehen, weil sie einfach möglichst lange in den eigenen vier Wänden leben wollen, ist schon gelernt. Aber dass auch „Reha vor Pflege" dazu beitragen kann, länger ein selbstbestimmtes Leben zu führen, muss noch in den Köpfen verankert werden.

Sicher auch, weil Reha vor allem in der Phase der Berufstätigkeit gelernt ist.

Tatsächlich denken die meisten bei Reha daran, möglichst schnell an den Arbeitsplatz zurückkehren zu können. Es geht aber auch um Lebensqualität – und das in jedem Alter.

Für all das wäre eine funktionierende Telematik-Infrastruktur nicht das schlechteste.

Deshalb sollen die Chancen der digitalen Welt endlich auch in der Gesundheitsversorgung besser genutzt werden. Mit dem E-Health-Gesetz treiben wir das voran. Jetzt muss endlich der Patientennutzen im Vordergrund stehen.

Doch noch immer sind viele schwierige Fragen zu beantworten, z.B. die des Datenschutzes.

Sicher. Es geht ja auch um höchstpersönliche Daten. Deswegen ist Datenschutz ein ganz zentraler Punkt. Es gibt klare Zugriffsrechte, der Zugriff wird protokolliert, bei Missbrauch drohen strafrechtliche Konsequenzen. Anders als bei der EC-Karte sind die medizinischen Daten sogar doppelt verschlüsselt. Der Zugriff funktioniert nur durch PIN-Eingabe des Patienten und einen zweiten Schlüssel des Arztes, den Heilberufsausweis. Nur auf die Notfalldaten kann der Arzt im Ernstfall mit seinem Ausweis direkt zugreifen. Wichtig ist: Der Patient ist jederzeit Herr über seine Daten. Er allein entscheidet, ob und wer auf welche Daten zugreifen darf. Ich freue mich, dass sowohl die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit als auch der Präsident des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik erklärt haben, dass die elektronische Gesundheitskarte den Schutz der Patientendaten im Vergleich zu heute sogar noch verbessert.

„Der Patient ist jederzeit Herr über seine Daten. Er allein entscheidet, ob und wer auf welche Daten zugreifen darf."

Darüber hinaus aber werden Sie den Menschen erklären müssen, was sie eigentlich persönlich von der Telematik haben.



arvato
BERTELSMANN

Hier ist der Notfalldatensatz ein gutes Beispiel. Wenn es nach einem Unfall schnell gehen muss, soll der Arzt künftig wichtige Notfalldaten direkt von der elektronischen Gesundheitskarte abrufen können, zum Beispiel Informationen zu Allergien, Implantaten oder Vorerkrankungen. Und ab 2018 sollen diese Notfalldaten dann auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden können, wenn der Patient dies wünscht.

Zurzeit sterben mehr Menschen durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen als im Straßenverkehr …

… und das darf nicht so bleiben. Deshalb führen wir mit dem E-Health-Gesetz jetzt erstmals einen Medikationsplan ein, der den Patienten ausgehändigt wird und der für mehr Therapiesicherheit bei Arzneimitteln sorgt. Versicherte, die drei oder mehr Medikamente gleichzeitig anwenden, erhalten ab 1. Oktober 2016 Anspruch auf einen solchen Medikationsplan. Wir wollen, dass ein Arzt direkt sehen kann, welche Medikamente sein Patient gerade einnimmt. So können gefährliche Wechselwirkungen verhindert werden. Das ist besonders wichtig bei Patienten, die bei mehreren Ärzten gleichzeitig in Behandlung sind, bei älteren Menschen, die an verschiedenen Krankheiten leiden oder auch bei Menschen mit Behinderungen. Apotheken sind von Anfang an einbezogen und bei Änderungen der Medikation auf Wunsch des Versicherten zur Aktualisierung verpflichtet. Ab 2018 soll auch der Medikationsplan über die elektronische Gesundheitskarte abrufbar sein. Experten begrüßen diesen Schritt zu mehr Patientensicherheit.

Unsere Gesundheitsversorgung wird ja nicht umsonst oft als ein lernendes System beschrieben.

Ja. Und Aufgabe der Politik ist es, den gesetzlichen Rahmen immer wieder an veränderte Herausforderungen anzupassen. Dabei setzen wir natürlich auch auf die Förderung wissenschaftlicher Spitzenleistungen – zum Beispiel mit dem Gesundheitsforschungsprogramm, das wir gemeinsam mit dem Bundesforschungsministerium vorantreiben und das aus den Mitteln des Bundesforschungsministeriums finanziert wird. In den sechs „Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung“, die Teil dieses Programms sind, ist auch der Erkenntnisgewinn der Versorgungsforschung enorm wichtig.

Sie und damit die Bundesregierung scheinen wirklich ein hohes Interesse am Ausbau der Versorgungsforschung zu haben.

Es geht mir darum, dass Patientinnen und Patienten von guten Ergebnissen profitieren können. Wir haben ja bereits in der letzten Wahlperiode mit dem Versorgungsstrukturgesetz die Regelungen zur Datentransparenz in einem ersten Schritt deutlich verbessert. Zu Beginn dieses Jahres haben wir die Auswertungsmöglichkeiten noch einmal erweitert. Auch das neu geschaffene Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen soll verstärkt die sogenannten Routinedaten, wie z.B. Abrechnungs- und Leistungsdaten, zur Erhebung und Darstellung der Versorgungsqualität, nutzen. Auf dieser Grundlage können dann wiederum Maßnahmen ergriffen werden, um die Behandlungsqualität weiter zu verbessern, vorhandene Schwachstellen zu erkennen und Qualitätsvergleiche zu ermöglichen.

Wird es einmal einen Nationalen Versorgungsforschungs-Plan geben?

Mit dem Aktionsplan Versorgungsforschung und dem Innovationsfonds haben wir entscheidende Schritte eingeleitet, um die Versorgungsforschung in Deutschland zu stärken. Bei aller Fortschritts-Begeisterung darf eines nie aus dem Blick verloren werden: Es geht nicht nur um neues Wissen und neue Techniken, es geht in erster Linie immer um eine bessere Gesundheitsversorgung der Menschen. Die Lebensqualität der Menschen ist und bleibt der entscheidende Maßstab für den Erfolg unserer Gesundheitspolitik. Deshalb ist die Versorgungsforschung mit ihrem engen Praxisbezug auch eine tragende Säule unserer guten Gesundheitsversorgung.

Herr Minister, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Hermann Gröhe

Bundesminister für Gesundheit, Staatsminister a. D., Rechtsanwalt

Geboren am 25. Februar 1961 in Uedem, Kreis Kleve; evangelisch; verheiratet, vier Kinder.
1980 Abitur, 1980 bis 1987 Studium der Rechtswissenschaften an der Universität zu Köln, 1987 erste juristische Staatsprüfung, 1991 bis 1993 Rechtsreferendariat am Landgericht Köln, 1993 zweite juristische Staatsprüfung, seit 1994 Rechtsanwalt (ruhend).
Von 1997 bis Oktober 2009 Mitglied des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD), seit 1997 Mitglied der Synode des EKD; 2000 bis 2008 Vorsitzender des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirchengemeinden der Stadt Neuss; 2000 bis 2009 Mitherausgeber des Magazins „chrismon“; seit 2001 Mitglied im Vorstand der Konrad-Adenauer-Stiftung.
1975 Eintritt in die Junge Union Stadtverband Neuss, seit 1977 Mitglied der CDU Deutschlands, 1983 bis 1989 Vorsitzender der Jungen Union Neuss, 1984 bis 1989 und 1993 bis 1994 Mitglied des Kreistages des Kreises Neuss, 1989 bis 1994 Vorsitzender der Jungen Union Deutschlands, 1991 bis 1993 Mitglied der CDU-Grundsatzprogrammkommission, 1990 bis 1994 und seit Oktober 2009 Mitglied des Bundesvorstandes der CDU Deutschlands.
Seit 1994 Mitglied des Deutschen Bundestages, 1994 bis 1998 Sprecher der „Jungen Gruppe“ und 1998 bis 2005 Sprecher für Menschenrechte und humanitäre Hilfe der CDU/CSU-Fraktion, von Sept. 2001 bis Nov. 2009 Vorsitzender der CDU im Rhein-Kreis Neuss, Nov. 2005 bis Sept. 2008 Justiziar der CDU/CSU-Fraktion, April 2006 bis Sept. 2008 Obmann der CDU/CSU-Bundestagsfraktion im 1. Untersuchungsausschuss der 16. WP, Oktober 2008 bis Oktober 2009 Staatsminister bei der Bundeskanzlerin, seit Oktober 2009 bis Dezember 2013 Generalsekretär der CDU Deutschlands, seit Dezember 2013 Bundesminister für Gesundheit.

Entgeltliche Tätigkeiten neben dem Mandat
Christlich Demokratische Union Deutschlands, Berlin, Generalsekretär (bis 17.12.2013)

Funktionen in Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts
Evangelische Kirche in Deutschland (EKD), Hannover,
Mitglied der Synode, ehrenamtlich
ZDF, Mainz, Mitglied des Fernsehrates (bis 17.12.2013)

Funktionen in Vereinen, Verbänden und Stiftungen
Konrad-Adenauer-Stiftung e.V., St. Augustin,
Mitglied des Vorstandes, ehrenamtlich