

# **Neues Denken in der Gesundheitspolitik**

Berlin, den 14. Dezember 2005



**AOK**  
Die Gesundheitskasse.

IM DIALOG

► **Neues Denken  
in der Gesundheitspolitik**

Berlin, 14. Dezember 2005  
AOK-Bundesverband

19



# Neues Denken in der Gesundheitspolitik

Berlin, den 14. Dezember 2005



**AOK im Dialog, Band 19**

## **Impressum**

### **Herausgeber:**

AOK-Bundesverband  
Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)

### **Verantwortlich für den Inhalt:**

Dr. Hans Jürgen Ahrens

### **Fotos:**

Stefan Boness / IPON

### **Produktion:**

KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG  
Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn  
[www.kompart.de](http://www.kompart.de)

■ <b>Große Koalition sucht den Erfolg</b>	
<i>Bericht aus Gesundheit und Gesellschaft (G+G)</i>	
<i>Jürgen Becker</i>	7
■ <b>Einleitung</b>	
<i>Dr. Hans Jürgen Ahrens</i>	12
■ <b>Neues Denken in der Gesundheitspolitik</b>	
<i>Aus Sicht der Bundesgesundheitsministerin</i>	
<i>Ulla Schmidt</i>	20
■ <b>Diskussionsrunde mit Ulla Schmidt</b>	
<i>Moderatorin: Katrin Brand</i>	34
■ <b>Neues Denken in der Gesundheitspolitik</b>	
<i>Aus Sicht der gesundheitspolitischen Sprecherin der CDU/CSU-Fraktion</i>	
<i>Annette Widmann-Mauz</i>	44
■ <b>Podiumsdiskussion</b>	
<i>Moderatorin: Katrin Brand</i>	
<i>Daniel Bahr</i>	
<i>Birgitt Bender</i>	
<i>Frank Spieth</i>	
<i>Annette Widmann-Mauz</i>	
<i>Dr. Wolfgang Wodarg</i>	
<i>Dr. Hans Jürgen Ahrens</i>	54
■ <b>Die Referenten / Moderation</b>	78



# Große Koalition sucht den Erfolg

## Bericht aus Gesundheit und Gesellschaft (G+G) von Jürgen Becker

Auf einer Veranstaltung des AOK-Bundesverbandes zeigte sich deutlich: In einigen wichtigen gesundheitspolitischen Fragen haben Union und SPD noch nicht zusammengefunden. Doch erste Kompromisse lassen hoffen.

**Nur wenige Stunden** nach der Koalitionseinigung über den Entwurf eines Gesetzes zur Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung skizzierten Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt für die SPD und Annette Widmann-Mauz, gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, die Pläne der großen Koalition für das Gesundheitswesen. Eine überaus spannende Dialog-Veranstaltung des AOK-Bundesverbandes in der Landesvertretung von Sachsen-Anhalt in Berlin bot dazu die adäquate Kulisse.

**Mehr Vertragsfreiheit für die Kassen.** Zum Auftakt erinnerte Dr. Hans Jürgen Ahrens, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, noch einmal an die drängendsten Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung und benannte zugleich konkrete Lösungsmöglichkeiten. Neben einer nachhaltigen Reform der Kassen-Finanzierung sei ein echter Wettbewerb um die bestmögliche medizinische Versorgung zwingend notwendig. Dazu benötigten die gesetzlichen Krankenkassen größere vertragliche Freiheiten und strukturelle Reformen im Medizinbetrieb. Denn nur mit Hilfe eines höheren Maßes an Gestaltungsmöglichkeiten für die Kostenträger im Gesundheitswesen ließen sich sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich nach wie vor vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen. Deshalb sollten die Krankenkassen mit den verschiedenen Leistungsanbietern künftig über Preise, Qualität und Menge verhandeln können und dabei auch kassenindividuelle Verträge schließen dürfen.

**Plädoyer für den Morbi-RSA.** Die AOK-Gemeinschaft habe bereits in der Vergangenheit viele Projekte zur besseren medizinischen Versorgung ihrer Versicherten, beispielsweise Hausarztprogramme, Disease-Management-Programme für chronisch Kranke sowie Präventionsangebote für Senioren auf den Weg gebracht. Künftig müsse das Geld aber auch dorthin fließen, wo die Versorgung dieser Versicherten erfolge. Deshalb sei der kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich an der Morbidität zu orientieren. Ferner sollten die Kassen ihre Angebotspalette um Zusatzversicherungen, Bonustarife und andere Produkte verbreitern können. Das bedeute für die Versicherten sowohl mehr Wahlfreiheit als auch mehr Eigenverantwortung. Die Gesundheitskasse stelle sich dem Wettbewerb in dieser Ausprägung.

Ausdrücklich begrüßte der Verbandschef auf der Veranstaltung die Absprachen der Koalitionspartner zur wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung. Die Gesundheitskasse unterstütze das nun beginnende Gesetzgebungsverfahren mit Nachdruck, auch wenn sich das ursprünglich angestrebte Einsparziel von zwei Milliarden Euro nun auf 1,3 Milliarden Euro reduziere. Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes äußerte in diesem Zusammenhang die Hoffnung, dass der Gesetzgeber den Vorschlag der Krankenkassen-Spitzenverbände aufgreife und den Apotheken-Fixzuschlag je verordnetem Medikament um 70 Cent senke. Das bringe zusätzlich rund 400 Millionen Euro per anno an Einsparungen. Erheblichen Nachbesserungsbedarf sieht Ahrens allerdings in der Frage, wie die für das Jahr 2007 verabredete Anhebung der Mehrwertsteuer um drei Prozentpunkte von den Krankenkassen geschultert werden könne.

Insgesamt zeigte sich der Verbandschef jedoch mit dem von den Partnern der großen Koalition eingeschlagenen Weg zufrieden. Es bestehe nun die Chance, ideologische Gräben in der Gesundheitspolitik zwischen den beiden großen Volksparteien zu überwinden.

**Schwierige Finanzreform.** Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt betonte auf der Dialog-Veranstaltung, dass sich Sozialdemokraten und

Union bei ihren Verhandlungen über die Regierungsbildung in der Gesundheitspolitik auf ein Paket von Maßnahmen für das Gesundheitswesen verständigt hätten: beispielsweise auf die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung, die jetzt auf den Weg gebracht worden sei, oder den Ausbau der Prävention. Allerdings sei man sich in der Frage einer nachhaltigen Finanzierungsreform der gesetzlichen Krankenversicherung noch nicht einig. Verhandlungen über die künftige Finanzierungsbasis wollten CDU/CSU und SPD schnellstmöglich aufnehmen. Dabei sei klar, dass weder die Gesundheitspauschale noch die Bürgerversicherung in Reinkultur in einer großen Koalition Grundlagen dieser Finanzreform sein könnten.

**Neue Basis für die Finanzierung.** Nach Ansicht der Ressortchefin reichen Lohn und Gehalt der Versicherten heute nicht mehr als Finanzierungsbasis für die gesetzliche Krankenversicherung aus. Der Gesetzgeber sei deshalb zum Handeln gezwungen. Eine ungünstige wirtschaftliche Entwicklung habe dazu geführt, das inzwischen mehr als 1,7 Millionen sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse weggebrochen seien. Gleichzeitig bilde der Risikostrukturausgleich in seiner derzeitigen Form nicht die Versichertenmorbidity in den einzelnen Krankenkassen ab. Auch die seit drei Jahrzehnten praktizierte Politik der Kostendämpfung im Gesundheitswesen sei an ihre Grenzen gestoßen.

Ulla Schmidt zeigte sich überzeugt davon, dass die Regierungsparteien zu „grundlegenden Entscheidungen“ im Bereich der Gesundheitspolitik fähig seien. Eine wie auch immer geartete Finanzierungsreform dürfe allerdings grundsätzliche Werte nicht in Frage stellen: zum einen das Solidarprinzip und zum anderen den universellen Zugang zu medizinischen Leistungen unabhängig von Einkommen und Leistungsfähigkeit des Einzelnen. Keinesfalls dürfe es hier zu „faulen Kompromissen“ kommen.

Die Ministerin ging auch noch einmal auf die Diskussion über das Verhältnis von gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) ein. Sie bekannte sich zu einem fairen Wettbewerb zwischen beiden Systeme-

men und warb in diesem Zusammenhang für einen Finanzausgleich zwischen PKV und GKV. Die SPD-Politikerin stellte darüber hinaus strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen in Aussicht. So hätten sich die Koalitionspartner darauf verständigt, das ärztliche Vertragsrecht inklusive des Vergütungssystems zu reformieren. Vor allem das Vertragsarztrecht wolle man schnell weiter liberalisieren. Dazu gehörten verbesserte Anstellungsmöglichkeiten bei und von Vertragsärzten, die Flexibilisierung der Bedarfsplanung auf Landesebene und die Möglichkeit, sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung tätig zu sein.

**Andere Akzente.** Annette Widmann-Mauz, gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, ließ erkennen, dass sie nicht alle Einschätzungen der Bundesgesundheitsministerin teilt. Die Situation der gesetzlichen Krankenversicherung erfordere Entscheidungen, deren Konsequenzen sich im Meter- und nicht im Millimeterbereich bewegen dürften. Weder die sich abzeichnenden Probleme aus der demografischen Entwicklung noch die Folgen des zu erwartenden Ausgabenanstiegs in der GKV ließen sich „schönreden“. Hinzu komme das prognostizierte Nullwachstum bei der Lohnsumme. Die Parlamentarierin: „Hier helfen weder weitere Budgetierungen noch zusätzliche Leistungsausgrenzungen“. Auch von einer gesteigerten Effizienz dürfe sich nicht zu viel versprochen werden.

Für Annette Widmann steht deshalb fest, dass ein Strategiewechsel für die GKV notwendig ist. Dabei gelte es, den Bedürfnissen der Versicherten und Patienten Rechnung zu tragen. Ausdrücklich unterstrich sie den Wert der Solidarität in der GKV. Sie müsse allerdings auch gegenüber künftigen Generationen geübt werden. Den Akteuren im Gesundheitswesen hielt sie vor, stets sehr viel Sorgfalt auf Prozesse und Strukturen zu verwenden und dabei zu wenig auf Ergebnisse zu achten.

**Unterschiedliche Meinungen.** Bei einer kurzen Diskussionsrunde mit Gesundheitspolitikern aller im Bundestag vertretenen Fraktionen traten Meinungsunterschiede zu Tage. Während Frank Spieth für die Linkspartei

sich zur Bürgerversicherung bekannte und eine Wertschöpfungsabgabe als Beitrag der Arbeitgeber ins Gespräch brachte, warb der FDP-Parlamentarier Daniel Bahr für einen weitgehenden privatisierten Krankenversicherungsschutz. Aufhorchen ließ allerdings sein Hinweis, dass sich dafür die PKV gravierend verändern müsse. Auch hier sei echter Wettbewerb notwendig. Der SPD-Parlamentarier Wolfgang Wodarg schlug vor, sich bei künftigen Reformschritten an skandinavischen Vorbildern zu orientieren. Birgitt Bender vom Bündnis 90/Die Grünen unterstützte die Forderung nach dem Morbi-RSA. Er sei die Voraussetzung für eine morbiditätsorientierte Vergütung der Vertragsärzte.

Nachdruck aus Gesundheit und Gesellschaft 1/2006,  
Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft

# Einleitung

Dr. Hans Jürgen Ahrens

Wir haben die heutige Veranstaltung im Rahmen der Reihe „AOK im Dialog“ unter das Thema „Neues Denken in der Gesundheitspolitik“ gestellt, weil wir dachten, jetzt sei der richtige Zeitpunkt für eine solche Veranstaltung: der richtige Zeitpunkt nach der Wahl, der richtige Zeitpunkt, um vielleicht noch einige Anregungen zu geben, der richtige Zeitpunkt, um von politischer Seite etwas zu hören, soweit es schon etwas zu hören gibt, und vielleicht auch der richtige Zeitpunkt, um einige Botschaften zu übermitteln.

Wir sind – anders als viele, die vielleicht an einen anderen Wahlausgang geglaubt haben – der Meinung, dass eine große Koalition auch eine Riesenchance bedeuten kann. Die Entscheidungen, die jetzt getroffen werden müssen – sei es die Finanzierung betreffend oder strukturelle Veränderungen – also mehr Wettbewerb um eine gute Versorgung und mehr Transparenz –, sind von einer solchen Tragweite, dass es großer Mehrheiten bedarf, wenn man bestimmte Dinge auf den Weg bringen will. Insofern eröffnet sich jetzt eine Riesenchance. Wir sind der Meinung, dass wir die Beteiligten – diejenigen, die diese Chance nutzen sollen, aber auch diejenigen, die kritische Wegbegleiter sind – unterstützen sollten; und wir erhoffen uns natürlich insbesondere von den kritischen Wegbegleitern ebenfalls Anregungen und Diskussionsbeiträge.

Ich freue mich, dass wir heute die Ministerin zu Gast haben werden. Ich freue mich, dass wir Frau Widmann-Mauz, Herrn Bahr, Herrn Wodarg, Frau Bender und Herrn Spieth begrüßen können. Ich glaube, dass damit ein Spektrum gegeben ist, in dessen Rahmen wir miteinander darüber



sprechen können, ob wir ein neues Denken in der Gesundheitspolitik brauchen, wie dieses neue Denken aussehen könnte und welche Inhalte man ihm geben sollte.

Es ist jetzt kurz vor Weihnachten, in dieser Zeit ist es üblich, dass man Weihnachtspakete packt. Wir haben für den heutigen Tag ein Paket geschnürt, dessen Inhalt auf die Gesundheitsreform bezogen ist. In diesem Paket finden wir eine Lupe, Pflaster, ein Sparschwein und schließlich auch noch ein Zentimetermaß. Diese Gegenstände haben natürlich eine symbolische Bedeutung. Das Sparschwein steht für die neue Finanzierung, die wir brauchen. Das Pflaster steht dafür, dass wir sicherstellen müssen, dass die Versorgung auch bei dem demographischen Wandel und den anstehenden Entwicklungen sichergestellt ist. Wir brauchen zudem mehr Wettbewerb; dafür dient das Zentimetermaß als Symbol. Schließlich brauchen wir Transparenz, wofür die Lupe steht. Das sind die vier Eckpfeiler, die unseres Erachtens auch eine künftige Gesundheitsreform aufweisen sollte.

Ich komme zunächst auf die Finanzierung zu sprechen. Die AOK wird dieses Jahr mit einem Überschuss von etwa einer Milliarde Euro abschließen. Sie wissen aber

*Vier zentralen Herausforderungen sollte sich die kommende Gesundheitspolitik widmen: Der Finanzierungsfrage, dem demographischen Wandel sowie den Forderungen nach mehr Wettbewerb und Transparenz im Gesundheitswesen. Das betonte Dr. Hans Jürgen Ahrens, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.*

**Wir begrüßen es, dass das Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung auf den Weg gebracht worden ist und in Kraft treten wird.**

auch, dass die Arzneimittelkosten uns fast auffressen. Der Anstieg der Arzneimittelkosten um fast 20 Prozent ist etwas, was Kassen nicht verkraften können. Man kann das nicht einfach wegstecken. Die einen können es vielleicht etwas leichter, die anderen aber weniger leicht verkraften. Deshalb musste hier gehandelt werden. Wir sind auch wirklich froh, dass man schnell gehandelt hat. Wir begrüßen es, dass das Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung auf den Weg gebracht worden ist und in Kraft treten wird. Wir hoffen, damit die Arzneimittelausgaben im Zaum halten zu können. Wir wollen bei diesem Vorgang dann allerdings auch mit die Zügel führen. Ich bin der Meinung, dass man mit diesem Gesetz den richtigen Weg beschreitet.

Das Gesetz sieht vor, dass die Arzneimittelpreise zunächst eingefroren werden, dass die Generikapreise gesenkt werden, dass Festbeträge neu justiert werden und dass die Verordnungspraxis der Ärzte gestärkt wird, und zwar dadurch, dass man, wie wir es uns vorgestellt haben, eine Bonus-Malus-Regelung einführt. Wir hoffen, dass das Sparschwein gefüllt wird, das heißt, dass es zu der Entlastung kommt, die wir uns vorgestellt haben. Deshalb sind wir auch etwas traurig darüber, dass es nicht gelungen ist, eine andere Regelung zu finden, was die Mehrwertsteuer angeht. Eine Regelung, bei der nicht wir die Mehrwertsteuererhöhung tragen müssen. Eine solche Regelung ist für uns immer die schlechteste Regelung. Wir hätten uns auch gewünscht – vielleicht hören wir dazu im Verlauf der Veranstaltung noch etwas –, dass man bei den Apotheken angesetzt hätte und den Fixzuschlag von 8,10 auf 7,45 Euro gesenkt hätte. Aber man soll auch nicht immer nur jammern und klagen. Wir haben jetzt ein Gesetz vorliegen. Dieses Gesetz wird Entlastung bringen. Das war auch der Sinn des ganzen Vorganges.

Wenn man Einsparungen erreichen will, wird aber auch entscheidend sein, zu wessen Lasten diese gehen und was sie für die Versorgung der Menschen bedeuten. Es darf nicht sein, dass die Versorgung der Menschen durch solche Einsparungen beeinträchtigt oder gefährdet wird. In diesem Zusammenhang möchte ich eines ganz deutlich sagen, weil wir auch darüber reden, ob unsere Gesundheitsreform vom Kopf auf die Beine oder umgekehrt von den Beinen auf den Kopf gestellt werden muss. Im abgelaufenen Jahr wurden drei große Gutachten vorgelegt. Es handelt sich dabei um ein Gutachten vom WISO-Institut, ein Gutachten von Herrn Professor Beske und eine Analyse des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen. Alle sind zu dem Ergebnis gekommen, dass unser Gesundheitswesen gut ist. Und es ist auch beispielhaft. Es hat zwar Macken und Mängel, die ausgeräumt werden müssen, aber das ewige Gejammer und Klagen, das Schlechtrede unseres Gesundheitssystems tut uns nicht gut. Deshalb sollten wir damit aufhören und darüber reden, was wir verändern und verbessern können. Das Gesetz, das die Arzneimittel betrifft, ist der erste Schritt. Es handelt sich hierbei aber nur um ein Vorschaltgesetz.

Das Weihnachtspaket enthält auch ein Pflaster. Das Pflaster steht beispielhaft dafür, dass wir sicherstellen müssen, dass die Menschen bei uns auch künftig gut versorgt werden. Natürlich stellen sich auch in diesem Bereich einige Probleme. So haben wir beispielsweise einen demographischen Wandel zu registrieren. Das heißt, die Gesellschaft wird sich verändern. Die Zahl der Menschen in Deutschland wird sich verringern und diese Menschen werden immer älter werden. Dies wird immer so dargestellt, als hänge ein Damoklesschwert über uns. Es klingt so, als wenn es unser Ende bedeuten könne, wenn wir nichts tun. Dabei stellt sich die Frage, ob das überhaupt so schlimm ist:

Ich fand es sehr angenehm, dass in einem Workshop beim Bundespräsidenten, zu dem ich eingeladen wurde, gesagt wurde: Man muss erst einmal unter die Lupe nehmen, ob die gerade angesprochene Entwicklung

wirklich so dramatische Konsequenzen hat. Ist es schlimm, wenn wir mehr Platz haben? Was geschieht eigentlich dadurch, dass die Menschen immer älter werden? Ist das eine Katastrophe? Ich glaube nicht, dass die Entwicklung aufzuhalten ist. Wir können meines Erachtens die Einwanderungspolitik nicht so verändern, dass diese Entwicklung in unserer Gesellschaft aufzuhalten wäre. Und weil diese Entwicklung nicht aufzuhalten ist, müssen wir uns eben auf sie einstellen. Der demographische Wandel wird alle Bereiche betreffen, angefangen bei der Bildung bis hin zur Arbeitswelt. Dieser Prozess hat natürlich auch auf die Gesundheit Einfluss, vielleicht auch auf die Finanzen. Man kann den Prozess aber durchaus steuern. Wenn man die Probleme rechtzeitig angeht, kann man damit auch umgehen. Da wir aufgrund der Analysen die Risiken kennen, glaube ich, dass wir als Gesellschaft durchaus in der Lage sein können, die Herausforderungen zu bewältigen.

Wir möchten uns dieser Thematik auf breiter Basis bei der nächsten Runde im Rahmen der Veranstaltungsreihe „AOK im Dialog“ annehmen. Wir möchten die Diskussion dabei nicht nur auf das Gesundheitswesen beschränken. Vielmehr möchten wir wirklich versuchen, einen Beitrag dazu zu leisten, Konzepte für Entwicklungen zu erarbeiten, von denen man jetzt schon weiß, dass sie eintreten werden. Wir tun im Übrigen wissend, dass die Menschen älter werden, schon so manches. Ich nenne als Beispiel die Prävention. Wir wollen durch Prävention dafür Sorge tragen, dass die Menschen, wenn sie älter werden, auch gesund älter werden. Zu nennen sind hier zum Beispiel die Chronikerprogramme. Hier können wir bereits eine Reihe guter Programme vorweisen. Die AOK hat mit beispielhaften Disease-Management-Programmen gerade für ältere Menschen im Bereich von Demenz etwas auf den Weg gebracht. Es gibt noch andere Projekte, die wir entwickelt haben und von denen wir der Meinung sind, dass wir damit einen innovativen Pfad beschritten haben. Wir sind auch gerne bereit, diese Projekte vorzustellen, damit sich vielleicht auch andere ein Beispiel daran nehmen können.

Gerade weil wir uns dafür einsetzen, dass die Menschen, die krank sind oder die im Alter krank werden, gut versorgt werden, müssen wir auch dafür sorgen, dass die Gelder dorthin fließen, wo diese am dringendsten gebraucht werden: In die Versorgung der chronisch kranken, alten und oft auch multimorbiden Menschen. Deshalb halte ich es für richtig, dass die große Koalition an der Morbidität im Risikostrukturausgleich festhält. Ich halte es für einen in sich geschlossenen Kreis, wenn wir sagen: Wir haben DRGs, das Honorarsystem im Krankenhaus, das auf der Morbidität fußt, und wir haben das Gleiche im Bereich der ärztlichen Versorgung.

In dem Weihnachtspaket befinden sich noch zwei weitere Gegenstände. Da ist zunächst einmal das Maßband. Damit wollen wir nicht die Größe der Kassen oder auch ihre Zahl messen. Das Maßband steht vielmehr für den Wettbewerb, wie ihn sich die große Koalition auch für unser Gesundheitswesen wünscht. Wir brauchen mehr Bewegung. Wir brauchen mehr Wettbewerb. Wir sind auch bereit, Wettbewerb unter den Kassen zuzulassen. Wir haben nichts dagegen, wenn dieser Wettbewerb etwas stärker und etwas schärfer wird.

Die Lupe in dem Weihnachtspaket steht für Transparenz. Der Versicherte muss wissen, was passiert. Er muss wissen, was es mit den einzelnen Kassen auf sich hat. Er muss auch wissen, was es mit den Krankenhäusern auf sich hat. Sie kennen unseren Krankenhausnavigator, in dem wir einen ersten Hinweis darauf geben, wie es um die Qualität von Krankenhäusern bestellt ist. Wir wollen auch Hinweise darauf geben, wie es mit anderen Qualitätsnormen aussieht. Wir wollen einen Wettbewerb zwischen den Kassen, eine größere Transparenz für die Patienten und Versicherten und damit letztlich auch etwas mehr an Wahlmöglichkeiten. Die Menschen heute wollen nicht, dass alles einheitlich und gemeinsam gestaltet ist. Sie

**Wir müssen auch dafür sorgen, dass die Gelder dorthin fließen, wo diese am dringendsten gebraucht werden: In die Versorgung der chronisch kranken, alten und oft auch multimorbiden Menschen. Deshalb halte ich es für richtig, dass die große Koalition an der Morbidität im Risikostrukturausgleich festhält.**

wollen zwar weiterhin an der Solidarität in unserem System festhalten, aber sie wollen auch zwischen verschiedenen Modellen und verschiedenen Möglichkeiten wählen können.

Wir werden im weiteren Verlauf dieser Veranstaltung vielleicht noch darüber reden, wie das symbolische Weihnachtspaket weiter geschnürt werden kann. Wir brauchen aber zunächst einmal eine Aussage darüber, wie die Finanzierung zukünftig aussehen soll. Frau Ministerin, ich sagte schon, dass wir diesbezüglich mit großer Zuversicht auf die große Koalition blicken. Wir glauben, dass unter der großen Koalition große Mehrheiten für eine Finanzreform möglich sind. Mit kleinen Mehrheiten lässt sich dies nicht machen. Es handelt sich um einen so einschneidenden Prozess, dass man dabei die Gesellschaft hinter sich wissen muss. Wir brauchen neue Strukturen. Wir brauchen mehr Möglichkeiten für Wettbewerb. Wir brauchen mehr Transparenz.



#### **Der Autor**

**Dr. Hans Jürgen Ahrens**

*Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, Bonn*



# Neues Denken in der Gesundheitspolitik

Aus Sicht der Bundesgesundheitsministerin

Ulla Schmidt

Ich glaube, dass im Koalitionsvertrag mehr steht, als in den Debatten, die wir hatten, allgemein angenommen wurde. Es stimmt, dass wir uns nicht auf eine nachhaltige und gerechte Finanzreform einigen konnten. Diese Einigung war vielleicht auch nicht möglich, weil die beiden Konzepte sehr weit auseinander gingen. Das hat nicht nur etwas mit der Frage zu tun, ob Beiträge einkommensabhängig oder über Pauschalen erhoben werden. Darauf wird die Diskussion ja oft verkürzt. Es hat vielmehr etwas mit dem generellen Herangehen an das System zu tun. Auf der einen Seite steht das Modell der Pauschalen oder – so sage ich jetzt einmal, da wir nun Koalitionspartner sind – das Gesundheitsprämienmodell, das darauf basiert, dass es eine Antwort in Bezug auf die Frage der gesetzlich Krankenversicherten gibt, und das auch eine zusätzliche Einbeziehung über Steuermittel vorsah. Dem steht das Modell der SPD gegenüber, das sich auch an das anlehnt, was in anderen Ländern passiert.

Man muss sich einmal anschauen, was in anderen Ländern passiert. Am 1. Januar 2006 wird die Krankenversicherung in den Niederlanden reformiert. Im Grundsatz wird bei diesem Modell gesagt: Nur wenn alle – und zwar zu gleichen Bedingungen – für das einzahlen, was man als medizinisch notwendig ansieht, was versichert werden muss, kann man eine nachhaltige, dauerhafte Finanzierung organisieren. Wenn man sich die OECD-Länder anschaut, stellt man fest, dass es ab 1. Januar 2006 außer



den USA und Deutschland kein Land mehr geben wird, in dem eine private Vollversicherung völlig losgelöst von der Frage ist, wie es eigentlich für den Rest der Versicherten aussieht, wenn man ein Gesundheitswesen organisieren und die medizinische Versorgung für die Bevölkerung sichern muss. Es gibt private Zusatzversicherungen. In Spanien gibt es zum Beispiel Opting-out-Modelle für Beamte, die sich privat versichern. Zunächst einmal zahlen aber alle in den Topf ein. Auf dieser Basis eröffnen sich dann verschiedene Möglichkeiten. Ich glaube, dass dies, wenn man sich alles anschaut, auch die richtige Antwort auf die Herausforderungen ist, die in einer älter werdenden Gesellschaft auf uns zukommen.

Die Krankenkassen haben es heute nach wie vor mit Ausgabenproblemen zu tun. In diesem Bereich haben wir mit dem Gesetz von 2003 einen ganz großen Schritt nach vorn getan. Am Ende dieses Jahres wird das GKV-System im Schnitt – das gilt natürlich nicht für jede einzelne Kasse – im Grunde genommen schuldenfrei dastehen, wohingegen zum 1. Januar 2004 noch Schulden in Höhe von sechs Milliarden Euro zu verzeichnen waren. Das hat etwas mit den Maßnahmen im Gesetz zu tun, die wir im Jahre 2003 als ganz große Koalition – damals waren ja

*„Niemand wird eine Entscheidung treffen, die das System der Gesundheitsprämie in Reinform oder das System der Bürgerversicherung in Reinform mit sich bringt“, so Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt in ihrem Auftaktvortrag zu AOK im Dialog.*

SPD, Grüne und auch CDU und CSU beteiligt – getroffen haben. Damals waren viele Dinge zu stemmen. Sie kennen die Diskussionen aus den vergangenen Jahren. Es geht aber nicht nur um Ausgabenprobleme und nicht nur um die Frage, wie wir effiziente, effektive, transparente Strukturen erreichen.

Wir haben auf der anderen Seite auch massive Einnahmenprobleme. Es ist deutlich, dass auf Dauer eine Begrenzung der Beiträge in Bezug auf Lohn und Gehalt nicht ausreicht. Wir haben seit dem Jahr 2000 den Wegfall von 1,7 Millionen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen zu registrieren. Das wirkt sich für die GKV in einer Größenordnung von etwas über sieben Milliarden Euro aus. Natürlich werden jetzt Gegenrechnungen aufgemacht, und zwar mit Bezug auf Menschen, die als arbeitslos gemeldet sind und für die etwas gezahlt wird. Sie wissen aber auch, dass die Entscheidungen zum Arbeitslosengeld II für einige Kassen zwar vielleicht ein Mehr an Einnahmen bringen, für viele Kassen – gerade im AOK-Bereich – aber ein deutliches Mehr an Ausgaben gegenüber dem, was sonst über Beiträge gezahlt werden würde, bedeuten. Sie wissen auch, dass dieses Problem im Risikostrukturausgleich nicht so abgebildet wird, wie es eigentlich geschehen müsste.

Herr Ahrens sagte zu Recht, das Geld müsse dorthin fließen, wo die Krankheiten sind und wo die Ausgaben für die Krankheiten anfallen. Der Rückgang der Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse bringt also neue Probleme mit sich, und zwar unterschiedlich verteilt auf die Kassen. Vor diesem Hintergrund haben wir – egal, wie wir die Finanzreform durchführen – eine ganze Menge zu stemmen. Ich will es vorweg sagen: Wir haben im besten Fall, wenn nichts weiter geschieht, in dieser Legislaturperiode eine Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben von rund zehn Milliarden Euro zu stemmen. Es ist zu der Entscheidung der Koalition gekommen, dass 4,2 Milliarden Euro nicht mehr über den Haushalt finanziert werden, sondern andere Wege der Finanzierung

gefunden werden müssen. Ich glaube, es ist klar – das ist auch unumstritten –, dass familienpolitische Leistungen nicht eine Angelegenheit der Beitragszahler der GKV sein können. Es müssen vielmehr andere Wege gefunden werden, um die Kosten dieser Leistungen aufzufangen. Im worst case, der auch eintreten kann, haben wir eine Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben von 13 oder 14 Milliarden Euro zu stemmen.

Wir haben mit dem Arzneimitteleinsparungsgesetz, das morgen im Deutschen Bundestag eingebracht wird, einen ersten Schritt getan. Auch mir wäre es lieber gewesen, wenn wir die Mehrwertsteuerproblematik – Herr Ahrens hat auch diesen Punkt angesprochen – zumindest schon einmal zu einem Teil aufgefangen hätten. Es geht hier ja wiederum um eine Belastung des GKV-Systems. Man hätte auch sagen können: Es wäre für die gesamte Pharmabranche vielleicht einfacher gewesen, für zwei Jahre die Mehrkosten von 700 Millionen Euro mit aufzufangen. Wir hätten unsererseits in dieser Zeit die Gelegenheit nutzen können, die Dinge, die neu geregelt werden müssen, neu zu regeln. Wir werden uns im kommenden Jahr mit den einschlägigen Fragen befassen. Für uns in den Koalitionsfraktionen ist es klar, dass wir einen Weg finden wollen, wie wir mit der Frage der Mehrwertsteuererhöhung umgehen wollen. Für Gesundheitspolitiker ist die Antwort immer einfach: Sie hätten am liebsten eine Halbierung des Mehrwertsteuersatzes gehabt. Für diese Position findet sich bei Gesundheitspolitikern immer eine fast einstimmige Mehrheit.

**Wir haben seit dem Jahr 2000 den Wegfall von 1,7 Millionen sozialversicherungs-pflichtigen Beschäftigungsverhältnissen zu registrieren.**

Wir haben es aber auch mit den Haushaltspolitikern, mit den Finanzpolitikern zu tun. Wir müssen in diesem Zusammenhang auch an die Debatte denken, die wir gerade im europäischen Rahmen führen. Es geht dabei um eine Reduzierung der Mehrwertsteuersätze. Für uns stellt sich die Frage, wie wir in dieser Hinsicht in Europa auch unter Konkurrenzaspekten wirklich bestehen können. Wir wollen in diesem Bereich von

unserer Seite aus auf jeden Fall – wir haben das auch mit den Spitzen der Koalition besprochen; Frau Widmann-Mauz wird dazu vielleicht noch etwas sagen – zu einer Regelung kommen. Wir wollen versuchen, einen Weg zu finden, damit wir nicht immer zu zusätzlichen Belastungen kommen. Bei den Belastungen gibt es ja eine Kumulation. Die Mehrwertsteuererhöhung habe ich bereits genannt. Es fängt mit rund 900 Millionen Euro an. In den folgenden Jahren werden es nicht weniger werden. Den Betrag von 4,2 Milliarden Euro habe ich bereits genannt, der neben der normalen Entwicklung zu stemmen ist.

Wir können uns bei einer grundsätzlichen Finanzreform eines nicht erlauben. Wir können es uns nicht erlauben, einen faulen Kompromiss zu schließen. Auch bei den Kostendämpfungsgesetzen, mit denen wir seit Jahren arbeiten, kommen wir irgendwann an einen Punkt, wo es nicht mehr weitergeht. Wir müssen insofern grundsätzliche Entscheidungen über die Strukturen treffen. Ich kann hier nur so viel sagen: Niemand wird eine Entscheidung treffen, die das System der Gesundheitsprämie in Reinform oder das System der Bürgerversicherung in Reinform mit sich bringt. Wir werden in diesem Bereich aber einen Weg finden müssen. Ich sage Ihnen zu, wir werden einen solchen Weg auch finden. Dies sage ich ganz entschieden. Wer denn sonst, wenn nicht eine breite Mehrheit wäre in der Lage, in diesem Bereich einen Weg zu finden, der gangbar ist? Ich selber bin der Meinung, es gibt Schritte, die entscheidend an den Strukturen ansetzen, die aber jeder einzelnen Partei – jede Partei glaubt ja, ihr Konzept sei das Beste – die Möglichkeit offen lassen, ihr Konzept auch mit einer anderen Mehrheit umzusetzen. Ich kann Ihnen zusagen, dass wir einen Weg finden und diesen dann auch beschreiten werden.

Für mich sind drei Dinge entscheidend. Bei jeder Reform müssen Fragen in Bezug auf drei grundsätzliche Werte des Gesundheitswesens gestellt werden. Wenn diese Fragen mit Ja beantwortet werden, kann man, wie ich glaube, viele Wege beschreiten. Die erste Frage lautet: Bleibt auch nach der Reform

eines bestehen, nämlich dass wir in unserem Land einen universellen Zugang zu Gesundheitsleistungen und zu medizinischen Leistungen garantieren, und zwar unabhängig vom Einkommen? Die zweite Frage lautet: Garantieren wir weiterhin, dass jeder medizinisch notwendige Leistungen auf der Höhe des medizinischen Fortschritts erhält, und zwar unabhängig davon, was er an Beiträgen zahlt? Damit ist das Prinzip der Gerechtigkeit angesprochen. Drittens ist schließlich die Frage zu beantworten: Halten wir daran fest, dass wir unser Gesundheitswesen solidarisch finanzieren? Halten wir daran fest, dass diejenigen, die stärkere Schultern haben, für diejenigen eintreten, die schwächere Schultern haben, dass Gesunde für Kranke, dass diejenigen ohne Kinder für diejenigen mit Kindern, dass Alte für Junge, also alle füreinander eintreten? Diese drei Punkte machen im Grunde das europäische Sozialstaatsmodell im Bereich der medizinischen Versorgung aus. Wenn es in einem dieser drei Bereiche nicht funktioniert, funktioniert es auch in den anderen Bereichen nicht mehr.

In der Diskussion wird oft auch auf die Erfahrungen in anderen Ländern Bezug genommen. Es wird darauf geschaut, was in anderen Ländern gut und positiv ist. Es wird gefragt, welches der Systeme in anderen Ländern welche Vorteile hat. Unser grundlegender Ansatz ist, dass es Solidarität nur geben kann, wenn alle zu gleichen Bedingungen beteiligt werden, wobei davon ausgegangen wird, dass es einen pluralen Kassenwettbewerb gibt. Auch die SPD wollte niemals die privaten Krankenversicherungen abschaffen. Wir sind aber für einen fairen Wettbewerb. Die Position der SPD ist die, dass es nicht funktionieren kann, wenn diejenigen, die gesund sind und viel Geld haben, sich gewissermaßen verabschieden und es daher Kassen mit ganz unterschiedlichen Klientelen gibt. Einen fairen Wettbewerb zwischen Kassen zu fairen Bedingungen gibt es auch in anderen Ländern. In jedem Land müsste ein Finanzausgleich zwischen allen, also zwischen guten und schlechten Risiken stattfinden. Ich glaube, dass dies eine Maxime sein kann. Wenn wir im Sinne dieser Maxime arbeiten und versuchen, jenseits von Einengung etwas zu erreichen, wäre das ein wichtiger Schritt.

Daneben müssen wir weiterhin an Strukturveränderungen im Gesundheitswesen arbeiten. Ich glaube, dass mit dem Arzneimittelpaket ein Schritt getan worden ist, um zu Einsparungen zu kommen. Jetzt kommen wir auch in der Frage der Naturalrabatte strukturell etwas weiter. Wir haben lange über Maßnahmen in dieser Hinsicht geredet und wollten solche Maßnahmen schon seit langem ergreifen. Jetzt können wir es tun. Der jetzt vollzogene Schritt bedeutet mehr Wettbewerb auch für die kleine und mittelständische Industrie, weil diese bisher gewissermaßen aus dem Feld gedrängt wurde. Ich erwähne an dieser Stelle auch die Regelung die Festbeträge betreffend, die Versorgungssicherheit gewährleistet, mit der aber zugleich ein Preiswettbewerb zwischen den einzelnen Anbietern angeregt wird und auch für die Kassen Möglichkeiten eröffnet werden, Rabattverträge zu schließen. Ferner kann damit ein Beitrag geleistet werden, dass – dies gefällt der Ärzteschaft nicht uneingeschränkt – die individuelle Verantwortung der Ärzte gestärkt wird. Wir versuchen in diesem Zusammenhang, über Bonus- und Malussysteme Anreize zu geben. Die Regelung sieht vor, dass ein Bonussystem nicht mit dem einzelnen Arzt, sondern

**Meine Meinung als Gesundheitsministerin ist – dies ist noch nicht Koalitionsmeinung, kann es aber vielleicht noch werden –, dass wir letztendlich eine Kosten-Nutzen-Analyse brauchen.**

über die KV mit den Ärzten, die sich im Grunde wirtschaftlich verhalten, vereinbart werden kann. Wir sind insofern, auch was die strukturellen Komponenten angeht, auf dem Weg einen Schritt weiter vorangekommen.

Meine Meinung als Gesundheitsministerin ist – dies ist noch nicht Koalitionsmeinung, kann es aber vielleicht noch werden –, dass wir letztendlich eine Kosten-Nutzen-Analyse brauchen. Wir wollen sicherstellen, dass die Menschen auch von Innovationen profitieren. Damit meine ich jetzt die Innovationen, die wirklich etwas nutzen, weil sie entweder neue Therapiemöglichkeiten eröffnen oder zu

Medikamenten führen, die für die Menschen besser verträglich sind. Wenn wir wollen, dass den Menschen solche Innovationen zugute kommen, müssen wir sehr viel genauer als heute feststellen, auf welchen

Personenkreis und welche Erkrankungen dies bezogen sein kann. Ich gehe sogar so weit zu sagen, dass wir das anvisierte Ziel auf Dauer nur erreichen können, wenn wir die Verordnung von wirklich teuren Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder auch von sehr teuren Medikamenten an spezielle Qualifikationen binden.

Dies würde es mit sich bringen, dass wir sagen: Wir brauchen für sehr schwere oder sehr seltene Krankheiten mehr Zentren, in denen aufgrund der Qualifikation der dort tätigen Ärzte im Grunde festgestellt wird, was gebraucht wird. Dann kann in Zusammenarbeit mit einem Arzt vor Ort die entsprechende Behandlung stattfinden. Es ist heute manchmal schon so, dass in Tumorzentren Weichenstellungen vorgenommen werden und die Behandlung nachher vor Ort stattfindet. Bei der Frage, was und wie verordnet wird, müssen wir somit einen Schritt in die Richtung tun, dass eine stärkere Anbindung an die Qualifikation erfolgt. Dann werden wir der Lösung des Strukturproblems einen Schritt näher kommen. Wir werden dieses Problem im nächsten Jahr nicht umfassend lösen können, wollen der Lösung wohl aber einen entscheidenden Schritt näher kommen.

Der zweite Punkt, der mir wichtig ist, ist, möglichst schnell eine völlige Liberalisierung des Arztvertragsrechtes zu erreichen. Ich sehe die Probleme der Ärzteschaft durchaus. Ich würde in diesem Zusammenhang aber nicht gern verallgemeinernd von der Ärzteschaft sprechen. Es geht auch nicht nur um die Ärzte an Kliniken oder um die Kliniken. Jeder, der mit dem System zu tun hat, weiß: Ein Teil der Kliniken kommt sehr gut zurecht, und zwar aufgrund von Umstrukturierungen, durch neue Arbeitszeitmodelle, durch Änderungen bei den Hierarchien und vieles andere, was dort passiert ist. Ein anderer Teil der Kliniken ist auf dem Wege zu einer Situation, in der sie gut zurechtkommen können. Es gibt einen weiteren Teil von Kliniken, die immer gedacht haben, das Problem löse sich von alleine. Das ist jetzt ein bisschen grob skizziert. Ich will auch keinem zu nahe treten. Hier im Saal sitzen ohnehin nur Vertreter von

Kliniken, die zur erstgenannten Gruppe gehören. Die Realität ist aber so, wie ich sie gerade dargestellt habe. Der einzelne Arzt an einer Klinik kann nichts dafür, wenn seine Klinik nichts getan hat. Das ist das Problem, welches wir alle im Grunde zu meistern haben. Wenn eine Klinik nicht anfängt, durch Umorganisation wirklich auch mehr an Arbeitszeitregelungen auf den Weg zu bringen, wird der einzelne Assistenzarzt oder Stationsarzt in diesem Bereich völlig allein gelassen. Dies führt dann zu Verwerfungen und sogar zu Gegebenheiten, die gesetzlich nicht erlaubt sind.

Genau das Gleiche passiert im Bereich der niedergelassenen Ärzte. Wir haben Ärzte, die mir glaubhaft versichern, dass sie mit dem Rücken an der Wand stehen. Wir haben andere Ärzte, die gut verdienen. Auch dieses Problem müssen wir lösen. Auf der einen Seite ist ein neues Honorierungssystem zu etablieren, das mehr Transparenz schafft, bei dem der Arzt – darüber waren wir uns einig – weiß, was er für eine medizinische Leistung erhält, und bei dem eine Verhandlung über Qualität und Preis stattfindet, selbstverständlich mit Mengenkomponenten, denn ohne Mengenkomponenten kann man im Gesundheitswesen überhaupt nichts auf den Weg bringen. Es muss auch ein Stück mehr an Gerechtigkeit bei der Verteilung zwischen den Arztgruppen erreicht werden. Es sollte sich also nicht mehr auswirken, welche Arztgruppe in einer KV mehrheitlich vertreten ist. Der EBM sollte nicht nach dem letztgenannten Kriterium ausgestaltet werden.

Wir brauchen eine Liberalisierung des Arztvertragsrechtes. Es würde die Situation in den Kliniken und im ambulanten Bereich entschärfen, wenn dafür gesorgt würde, dass beispielsweise eine Ärztin oder ein Arzt, die oder der 30 Stunden in der Klinik tätig sind, zusammen mit ein oder zwei Kolleginnen oder Kollegen auch in der ambulanten Versorgung eine Praxis betreiben könnten. Man muss beides tun können. Man muss im Krankenhaus und zugleich in der ambulanten Versorgung arbeiten können.

Wir brauchen auch Möglichkeiten, um angestellte Ärzte zu beschäftigen. Wir müssen die Situation nutzen, dass es manchen Praxen ganz gut geht, die sagen: Wir könnten zum Beispiel in Brandenburg eine Praxis aufmachen, in der wir Ärztinnen oder Ärzte einstellen. Gerade bei den Frauen ist es so, dass sie zu einem großen Teil viel lieber als angestellte Ärztinnen arbeiten würden, weil sie in jungen Jahren Familie und Beruf zu vereinbaren haben. Leider betrifft das vorwiegend die Frauen, obwohl es auch Väter gibt, die Ärzte sind. Wir können Probleme dieser Art aber nicht durchweg auf dem Wege über eine Reform des Gesundheitswesens lösen.

**Wir müssen die Situation nutzen, dass es manchen Praxen ganz gut geht, die sagen: Wir könnten zum Beispiel in Brandenburg eine Praxis aufmachen, in der wir Ärztinnen oder Ärzte einstellen.**

Wir sollten aber, wie soeben dargelegt, mehr Möglichkeiten eröffnen. Ich verspreche mir davon dann auch mehr Möglichkeiten für die Kassen. Wenn über Preis und über Qualität verhandelt wird, kann gefragt werden: Wo sind denn die Spezialisten, die wir unbedingt für unsere Versicherten haben wollen? Wo ist denn der Arzt, der sehr viel in Qualifikation investiert? Wo sind denn die Ärztinnen oder Ärzte, die sich zusammenschließen und es aufgrund ihres besonderen Konzeptes und der dadurch eröffneten Möglichkeit, das 1,5-fache, 1,8-fache oder 2-fache der Vergütung zu berechnen, erreichen, dass sich Leistung und Qualität auch lohnen? Wenn Sie sich die auf dem Lande niedergelassenen Hausärzte einmal anschauen, werden Sie manchmal feststellen, dass sie wirklich rund um die Uhr unterwegs sind und am Ende weniger in der Tasche haben als dann, wenn sie irgendwo angestellt wären. Ich glaube, dass wir auf der zuvor skizzierten Grundlage ein Stück weit auch andere Bewertungen vornehmen können und damit auch etwas dafür tun können, dass der Arztberuf attraktiver wird.

Wir müssen auch die KVen verändern. Ich persönlich habe immer gesagt und sage es auch hier: Das meiste ändert die KV, wenn sie nicht mehr für den Honorarverteilungsmaßstab zuständig ist. Unser Ziel war,

dass das schon zum 1. Januar erreicht wird. Ich gehöre nicht zu denjenigen, die für eine Abschaffung der KVen sind. Ich glaube durchaus, dass man eine mittlere Ebene braucht, denn die Politik kann nicht alles von oben bis unten organisieren. Diese mittlere Ebene muss gemeinsam mit den Krankenkassen für die flächendeckende Versorgung, für die Beratung, für die Arzneimittelversorgung, für die Qualitätssicherung und vieles mehr zuständig sein. Für die Honorarverteilung muss es aber im Grunde genommen ein System wie bei Tarifpartnern geben. Die KV kann dann

**Wir wollen den mit dem GMG eingeschlagenen Weg weiter beschreiten und noch mehr Vertragsmöglichkeiten für die Kassen eröffnen.**

durchaus Tarifpartner sein. Es müsste dann aber auch in Bezug auf Mengen und das, was an Qualität eigentlich gewünscht ist, verhandelt werden.

Wir werden vieles in diesem Bereich auf den Weg bringen. Wir wollen den mit dem GMG eingeschlagenen Weg weiter beschreiten und noch mehr Vertragsmöglichkeiten für die Kassen eröffnen. Wir werden auch die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung verlängern, weil wir glauben, eine Veränderung in diesem Bereich könnte erst dann erfolgen, wenn wir auch die Honorare verändert haben. Honorare, Fallpauschalen im Krankenhaus und RSA müssen etwas mehr ineinander greifen, sodass wir den eingeschlagenen Weg weiter beschreiten können.

Zum Schluss möchte ich noch eine Bitte äußern. Bevor ich hier hergekommen bin, habe ich über die AOK richtig geschimpft. Eigentlich hätten Sie die Fenster hier klirren hören müssen. Ich habe deshalb so geschimpft, weil für die Politik eines sehr ärgerlich ist. Wir haben mit dem GMG schon viele Vorleistungen erbracht. Das GMG wird auch von vielen Krankenkassen als gut bewertet. Von einigen Krankenkassen wird aber auch Kritik geübt und die Frage gestellt, ob man nicht im Grunde genommen die Versorgung der Bevölkerung unterlaufen würde. Die Politik ist natürlich nie vor Kritik gefeit. Oft wird den Menschen gegenüber gesagt: Was hier passiert, ist furchtbar; das hat die Politik aber so entschieden. Auf der

anderen Seite muss man sagen, dass manche heute wahrscheinlich schon Insolvenz hätten anmelden müssen, wenn wir bestimmte Maßnahmen nicht so rigoros – das war auch für jemanden wie mich nicht immer ganz einfach zu vertreten – umgesetzt hätten.

Jetzt haben wir die nächsten Schritte getan. Gleichzeitig haben wir erstritten, dass im nächsten Jahr die erwähnten 1,7 Milliarden Euro zusätzlich gezahlt werden, dass also eine Erhöhung der Mittel von 2,5 Milliarden auf 4,2 Milliarden Euro erfolgt. Wir bringen ein Arzneimittelsparpaket auf den Weg, damit im kommenden Jahr auch das aufgefangen werden kann, was mit den Verträgen im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung – nicht der paritätischen Selbstverwaltung – beschlossen wurde, ohne dass darauf geguckt wurde, wie man die Verträge einhält. Man muss einfach sagen, dass eine Steigerung von 5,8 auf 19 Prozent schon eine ganze Menge ist. In den ersten drei Monaten des kommenden Jahres werden für Arzneimittel 1,7 Milliarden Euro mehr als für die Honorierung der niedergelassenen Ärzteschaft ausgegeben. Das sind Verschiebungen, die in dieser Form nicht in Ordnung sind.

Wenn man angesichts all dessen und auch angesichts der Tatsache, dass wir wieder einen Schritt nach vorne machen, hört, dass AOKen gestern, heute und morgen Beitragssatzanhebungen von bis zu 0,8 Prozent beschlossen haben beziehungsweise beschließen, fragt man sich manchmal: Wie soll es eigentlich weitergehen? Wie sollen wir denn bei den Versicherten darum werben, dass ein Stück Eigenbeteiligung, Eigenverantwortung, 10 Euro Praxisgebühr, Übernahme der Kosten von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und anderes notwendig sind, wenn sie das Gefühl haben, dass dann, wenn es manchmal am Kostenmanagement fehlt, einfach gesagt wird: Die Versicherten können es ja bezahlen? Ich sage das hier ganz deutlich. Diesen Weg werden wir so nicht weiter beschreiten können. Ich sage das auch hier bei der AOK. Wir müssen darauf achten, dass bei all den Maßnahmen, die auf den Weg gebracht wer-

den, auch vonseiten der Kassen ein Kostenmanagement erfolgt. Wenn es Probleme gibt, sind wir – das wissen Sie – immer dafür offen, eine Lösung dieser Probleme für eine bestimmte Zeit anzugehen. Ich habe vorhin schon gesagt, dass auch manche AOKen in Schwierigkeiten sind, weil sie aufgrund von sozialpolitischen Maßnahmen mehr Belastungen haben als andere, was im RSA nicht nachgebildet wird. Man muss dann darüber reden, ob man eine andere Regelung finden kann. Manche AOKen haben auch Probleme, weil sie in der Kürze der Zeit ihre Schulden nicht so abbauen konnten, wie es andere, denen es besser geht, tun konnten. Es gibt aber auch im AOK-System Kassen, denen es vergleichsweise viel besser geht. Die Beantwortung der Frage des Kostenmanagements, die Beantwortung der Frage der Beitragssatzstabilität hat auch etwas damit zu tun, ob es uns in einer gemeinsamen Kraftanstrengung gelingt, unser Gesundheitswesen, von dem Sie zu Recht gesagt haben, dass es trotz aller Macken und Schwächen, die es hat, das Beste dieser Welt ist – das haben viele Studien belegt –, zu erhalten.

Ich bin von einem fest überzeugt: Die drei Punkte, die ich vorhin genannt habe, werden auf Dauer nur Bestand haben, wenn wir alles tun, was möglich ist, damit das Gesundheitssystem bezahlbar bleibt. Wenn dem Gesundheitssystem die Gefahr droht, nicht mehr bezahlbar zu sein, werden sich immer mehr Jüngere der gemeinsamen Verantwortung entziehen wollen. Das ist dann nicht nur für die Menschen, die zum jetzigen Zeitpunkt alt sind, schlimm. Es stellt sich vielmehr auch die Frage, wie wir es erreichen wollen, dass auch unsere Kinder und unsere Enkelkinder die medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen können, die für uns selbstverständlich sind. Wir werden jetzt und auch in Zukunft unter diesem Aspekt Reformen durchführen müssen. Diese müssen daran anknüpfen, dass in einer Gesellschaft, in der die Menschen ein immer höheres Lebensalter erreichen, das, was der Einzelne für Gesundheit aufbringen muss, nicht weniger, sondern mehr wird. Bei dem Kampf, den wir führen müssen, wird es um die Frage gehen, was jeweils solidarisch

finanziert werden muss und wie wir die Finanzierung organisieren können. Ich würde mich freuen, wenn wir noch in diesem Jahr auch mit dem AOK-System Regelungen dahin gehend erreichen, dass das, was einige AOKs beschließen, im nächsten Jahr nicht greift, denn es erhöht nicht die Akzeptanz bei den Versicherten.



#### **Die Autorin**

**Ulla Schmidt**  
*Bundesgesundheitsministerin*

## Diskussionsrunde mit Ulla Schmidt

**Moderatorin Katrin Brand:** Meine Damen und Herren, gestatten Sie mir, mit einer Frage zu beginnen. Frau Schmidt, Horst Seehofer sitzt jetzt mit Ihnen im Kabinett und ist für Landwirtschaft zuständig. Sie sind immer noch für Gesundheitspolitik zuständig. Was macht Sie so sicher, dass jetzt auf einmal alles anders ist und Sie all das, was Sie 2003 nicht geschafft haben, mit diesem Partner umsetzen können?

**Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit:** Man muss ja sehen, dass in diesen zwei Jahren eine ganze Menge an Entwicklungen geschehen ist. Wir haben darüber geredet, und man sieht: Was läuft gut oder nicht, was bewährt sich oder nicht? Es ist im Gesundheitswesen so, dass im Grunde genommen immer Angst davor herrscht, dass die Veränderungen alles, was man hat, auseinander brechen lassen. Ich denke, das ist nirgendwo so stark wie im Gesundheitswesen.

Da hat man beispielsweise immer die Diskussion: Wären Beitragsrückerstattungen etwas, was man machen könnte, oder nicht? Untergraben sie das gesamte solidarische Finanzierungssystem? Gibt es Möglichkeiten, da oder dort mehr Wahlfreiheit zu schaffen? Wir haben versucht – an vielen Punkten radikal, aber insgesamt doch behutsam –, Schritte zu mehr Wettbewerb zu ermöglichen.

Oder nehmen wir die MVZs (Medizinische Versorgungszentren). Da ist mir auf Veranstaltungen oft entgegengehalten worden, ich wollte Erich Honecker jetzt im Westen einführen. Es hat aber jeder gesehen: Er ist nicht wieder gekommen. Die MVZs sind eigentlich sehr gute Angebote, die auch von den Ärzten angenommen werden. So gibt es andere Dinge mehr, und das macht uns so sicher, dass wir auf diesem Wege Schritt für Schritt weitergehen können. Wir haben darüber geredet, und es ist ja in



der CDU und der CSU nicht nur Herr Seehofer, sondern es gibt auch die anderen Gesundheitspolitiker, und da waren wir uns einig, dass wir in diesem Sinne ein Stück weitergehen wollen.

**Moderatorin Katrin Brand:** Frau Ministerin, war aus Ihrer kurzen Stellungnahme eben so eine kleine Drohung herauszuhören, was das Suchen nach Mehrheiten angeht, oder habe ich das jetzt überbewertet? Denn Sie könnten sich ja mit den Grünen und der Linkspartei zusammenschließen; dann hätten Sie die Bürgerversicherung.

**Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit:** Nein, wir sind Koalitionspartner. Bei einer Koalition mit den Grünen und mit der Linkspartei hätten wahrscheinlich die Grünen nicht mitgemacht – und wir auch nicht. Dann stünde die Linkspartei alleine.

Wir suchen jetzt mit unserem Koalitionspartner einen Weg, und ich habe gesagt, weder die Bürgerversicherung noch die Gesundheitsprämie werde es in Reinform geben. Ich persönlich bin der Meinung, wenn Partner miteinander verhandeln, dann darf für den einen oder den anderen der Weg, es später einmal anders zu machen, nicht ver-

*Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie – wo liegt der Königsweg für die kommende Gesundheitsreform? Dieser Frage stellte sich Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt in der Diskussion voller Energie.*

baut werden. Aber ich bin der Überzeugung, dass wir dazwischen Strukturelemente finden, die die nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems sicherstellen.

**Moderatorin Katrin Brand:** Nun kommen wir zu den Fragen aus dem Publikum. Ich bitte alle, sich kurz zu fassen und nur Fragen zu stellen, also keine Statements abzugeben.

**Dr. Marita Bert:** Ich komme von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Unsere AOK hat riesige Schwierigkeiten, die darauf beruhen, dass diese Koppelung der DMPs an den Risikostrukturausgleich stattfindet. Wir haben nachweislich sehr viele schwer kranke Menschen, chronisch Kranke, und nur wegen der DMPs bekommt unsere AOK kein Geld. Wollen Sie diese unselige Koppelung nicht endlich wieder beenden und das Geld nach Krankheiten an die Krankenkassen verteilen? Dann wäre unsere AOK auf jeden Fall in einer wesentlich besseren Situation.

**Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit:** Die DMPs – ich sage immer: Chronikerprogramme – sollen ja eigentlich die kranken Menschen versorgen, und zwar deswegen, weil man vor allem bei der Versorgung chronisch kranker Menschen Defizite hatte. Die Koppelung an den RSA ist ja genau die Ursache dafür, dass in diesem Bereich überhaupt etwas geschieht. Mit der Entwicklung eines neuen RSA, der stärker auf die Gesundheitsrisiken eingeht, als es die Indikatoren heute tun, wird man andere Wege gehen können, aber solange wir keinen an den Krankheitsrisiken orientierten RSA haben, musste man diesen Zwischenschritt tun. Ich glaube, bei der AOK Hessen wird man noch über einiges sprechen müssen, aber ich denke nicht, dass die DMPs das Problem sind.

**Dr. Kamilla Bühring:** Als Herr Dr. Ahrens vorhin das Pflaster kommentierte, habe ich gehofft, er sagt uns: Pflastern Sie nicht wieder die kleinen Problemchen zu, die wir im Gesundheitswesen haben, sondern machen Sie

endlich eine wirkliche Reform, die tragfähig ist und für die Zukunft etwas aussagen kann. Das, was Sie, Frau Ministerin, gesagt haben, hat sich praktisch nur auf die Hochleistungsmedizin bezogen. Das sind in diesem Land zehn Prozent! Da fließt schon sehr viel Geld hinein. Was machen die anderen Ärzte, die mit diesen geringen Budgets über die Runden kommen sollen? Die versorgen den größten Teil der Bevölkerung! Es wird wirklich höchste Zeit, dass da ein Umdenken stattfindet.

**Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit:** Ich habe vorhin frei gesprochen, aber ich meine doch sicher erinnern zu können, dass ich etwas zur ungleichen Honorarverteilung der ambulant tätigen Ärzte gesagt habe. Dafür habe ich auch Beispiele gebracht. Das hat nichts mit Hochleistungsmedizin zu tun. Wir haben heute eine Ungleichverteilung in den Facharztgruppen und eine Ungleichverteilung zwischen Facharzt und Hausarzt. Mit dem Topf des EBM – ob 2000 oder demnächst 2010, was auch immer dort kommen soll – kann man das nicht regeln, und deshalb haben wir schon mit der Gesundheitsreform 2003 der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Ärzteschaft aufgegeben, bis zum 31. Dezember 2005 ein neues, an den Krankheitsrisiken orientiertes Honorierungssystem auf den Weg zu bringen. Das hat so nicht funktioniert; es ist ja auch kompliziert. Deswegen haben wir jetzt gesagt, wir wollen das in einem professionellen Verfahren machen lassen, damit man schneller zu Entscheidungen kommt und mehr Gerechtigkeit vor allem im Bereich der ambulanten Versorgung erreicht. Es gibt ja schlecht bezahlte Ärzte. Dafür habe ich nicht das Beispiel der Gynäkologen gebracht, sondern das der hausärztlich tätigen Mediziner und Medizinerinnen. Dann gibt es Unterschiede zwischen Stadt und Land, und es ist von Bedeutung, ob man viele ältere Patienten hat, viele in einem Pflegeheim und so weiter. Das alles sind unterschiedliche Belastungen, und es muss die Aufgabe eines künftigen Honorierungssystems sein, dabei zu mehr Gerechtigkeit zu kommen. Da müssen die einen vielleicht etwas abgeben – das sind die, die sehr viel verdienen –, und die anderen

bekommen etwas hinzu. Es gibt ja auch ganz enorme Verteilungsprobleme im System; es geht nicht nur um die Frage, ob immer mehr Geld hineinkommt.

**Dr. Elmar Wille:** Ich bin niedergelassener Arzt in Berlin und im Ärztekammervorstand. „Der allgemeine Zugang müsste gewährleistet sein.“ Ich glaube, damit gehen wir alle konform, aber das ist mir zu allgemein. Was meinen Sie mit dem allgemeinen Zugang? Ist damit auch der freie Zugang gemeint, wie es ihn in unserem Lande bisher gibt, nämlich dass der Bürger auch direkt zum Facharzt gehen kann? Oder geht es um das andere Extrem, das es in Europa ja auch gibt, dass man vielleicht überhaupt erst zur Family Nurse gehen muss, bevor man zum Arzt kommt? Was meinen Sie also mit dem allgemeinen Zugang? Könnten Sie das präzisieren? Wird er so erhalten bleiben oder wird er eingeschränkt?

Nun noch einmal zum Honorarverteilungsmaßstab. Sie haben gesagt, darüber sollte nicht mehr die KV entscheiden. Nun ist das schon bisher nicht mehr so. Die Krankenkassen sind ja zustimmungspflichtig; es muss ein Einvernehmen hergestellt werden. Wie weit soll das weiter in Richtung Krankenkassen verschoben werden? Da haben Sie sich ein bisschen wolkig ausgedrückt. Irgendwie haben Sie gesagt: die Politik und die Kassen. Das hätte ich gern etwas präziser gewusst.

**Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit:** Ich habe nicht gesagt, die Politik und die Kassen machen das. Ich habe gesagt: Da die Kassen und die KBV es im Bewertungsausschuss nicht geschafft haben, in diesen zwei Jahren das Honorarsystem so zu ändern, wie es eigentlich das Ziel war, haben wir jetzt entschieden, dass man diesen Auftrag über den Bewertungsausschuss jetzt einmal ausschreiben muss. Dann kann jemand, der nicht in diesem Interessenkonflikt zwischen Kassen und Ärzteschaft steht, vielleicht einmal nach transparenten Kriterien untersuchen, wie denn eine medizinische Leistung aussieht und was dafür richtigerweise vergütet wird.

Dann wird darüber immer noch verhandelt werden müssen, und dann wird entschieden werden müssen. Das wollen nicht wir tun, sondern das sollen die Vertragspartner selber machen, aber wir müssen einmal einen Schritt in der Frage weiterkommen, wie ein solches transparentes System zu beschreiben wäre.

Meine Vorstellungen sind da klar. Ich glaube, dass wir im Bereich der fachärztlichen Vergütung sehr stark indikationsbezogen vorgehen müssen. Damit meine ich Pauschalen analog zur Regelung im Krankenhaus. Im Bereich der hausärztlichen Vergütung werden wir zu sehr weit gefassten Pauschalen kommen müssen, immer auch mit Einzelvergütungen. Der Facharzt hat eben eine Indikation, die in der Regel auch für eine Morbidität spricht, und beim Hausarzt orientiert sich die Morbidität im Grunde sehr stark am Alter seiner Patienten; je älter die Patienten sind, die man betreut, desto höher ist der Aufwand. Es ist ja Gott sei Dank so, dass es in der Regel nicht die Jüngeren sind, die eine aufwändige Behandlung brauchen.

**Ich glaube, dass wir im Bereich der fachärztlichen Vergütung sehr stark indikationsbezogen vorgehen müssen. Damit meine ich Pauschalen analog zur Regelung im Krankenhaus.**

Nun zu Ihrer Frage zum allgemeinen Zugang. Der allgemeine Zugang ist, wenn Sie einmal das europäische Sozialstaatsmodell nehmen, generell so geregelt, dass man sagt: In Europa soll jeder – was man nicht auf der ganzen Welt hat, nicht einmal in den USA – Zugang zu einer universellen medizinischen Versorgung haben. Wir in Deutschland haben es so geregelt, dass jeder das frei entscheiden kann. Auch 2003 haben wir das so geregelt: Dort, wohin ich zuerst gehe, bezahle ich die 10 Euro, und zu den anderen werde ich überwiesen. Unser SPD-Modell sah damals vor, dass Hausarztmodelle angeboten werden, und wir wollten den Zugang zur hausärztlichen Versorgung – Hausarzt, Gynäkologe, HNO-Arzt, Kinder- und Jugendarzt und so weiter – ohne Beschränkung, und nur wer ohne Überweisung zum Facharzt geht, sollte eine Gebühr zahlen. Dann gab es den Kompromiss, und das steht jetzt auch im

Koalitionsvertrag: Wir wollen, dass die freie Arztwahl weiterhin ein Kriterium ist, und wir wollen, dass jeder den Zugang hat und dass es in unserem Land auf Dauer keine Menschen gibt, die nicht versichert sind und denen dieser Zugang verwehrt ist. Davon gibt es ja leider eine zunehmende Zahl.

**Dr. Maximilian Zollner:** Ich komme vom NAV Virchowbund. Frau Ministerin, heute Morgen habe ich Ihren Gesetzentwurf zur Verbesserung der Finanzierung der Arzneimittelversorgung sehr aufmerksam gelesen. Wenn all das, was darin steht, umgesetzt würde, würde es ein bürokratisches Monster sondergleichen werden. Es ist allein schon eine riesige Aufgabe, die Tagestherapiekosten für die einzelnen Krankheitsbilder festzusetzen. Dann kommt vor allen Dingen die Überprüfung; die wird dann der KV angelastet. Dann kommen die Bonusregelungen und die Malusregelungen. Wir als Ärzteschaft haben immer davor gewarnt, Bonus-Malus-Regelungen direkt einzuführen, weil jeder Patient sofort hellhörig wird, wenn ihm ein billigeres Präparat aufgeschrieben wird, so nach dem Motto: Das macht der jetzt nur, damit er mehr daran verdient.

Ein anderer Punkt: Wenn wir die Bürokratie weiter zunehmen lassen, wird der Arztberuf nach und nach unattraktiver. Die Auswirkungen sehen wir ja schon bei den jungen Kollegen. Manche sind gar nicht mehr bereit, irgendwo in die hausärztliche Niederlassung zu gehen. Ein solches Gesetz ist da nicht gerade förderlich. Es müsste doch erreicht werden, dass Ärzte zum Beispiel wieder in den Osten gehen; aber auch in Baden-Württemberg, woher ich komme, haben wir bereits Ärztemangel.

**Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit:** Ja, diese Probleme gibt es überall. Darf ich Ihnen einen Vorschlag machen: Wenn sich die KVen einmal vor Ort mit ihren Krankenkassen zusammensetzen und dazu kommen würden, alles an Formularen zu vereinheitlichen, was vereinheitlicht werden kann, wäre schon viel gewonnen. Das kann man zum Beispiel in

der Zusammenarbeit mit den Medizinischen Diensten erreichen. Als ein herausragendes Beispiel dafür nenne ich hier einmal Bayern. Da ist es an vielen Orten passiert, dass man gefragt hat: Wie können wir den bürokratischen Aufwand verringern? Wenn das gelänge, wäre ein Großteil der Probleme schon einmal gelöst. Denn die wenigsten bürokratischen Regelungen sind gesetzlich verursacht.

Übrigens kann man mit dem Argument „Das ist mehr Bürokratie“ jede Initiative abwürgen; das passt immer. Bürokratie und Formulare, das passt immer! Alles, was bisher von den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung auf den Weg gebracht wurde, hat ja im Bereich der Einsparungen auf dem Arzneimittelsektor offensichtlich nicht gewirkt. Wir hätten es gerne gehabt, dass wir dieses Gesetz nicht machen müssen. Wir sind nicht vergnügungssüchtig, wenn es darum geht, dass wir uns diesen Auseinandersetzungen immer wieder stellen müssen, sondern wir wollen eine gute Gesundheitsversorgung organisieren. Wenn sich ein Arzt wirtschaftlich verhält, was ja kein Gegensatz ist, weil sich auch ein guter Mediziner wirtschaftlich verhalten kann, wollen wir nicht, dass der für das in Haftung genommen wird, was Kollegen von ihm tun, die sich daran nicht halten. Wie also kann man die individuelle Verantwortung stärken? Das sind Dinge, über die auch mit dem KVen diskutiert wurde. Wir wissen, dass das alles nicht 100-prozentig ist. Man hätte gerne einen Malus gehabt, aber nicht einen Bonus. Die Regelung, die wir jetzt haben, dass die KVen die Bonus-Regelung gegenüber den Ärzten umsetzen, wobei sie auch Vorschläge machen können, wie man das aus dem Malus-System speisen kann, ist doch etwas, worüber man reden kann. Wir sind offen für jeden guten, praktikablen, unbürokratischen Vorschlag, wie die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung so etwas glauben umsetzen zu können.

Ich fordere also jeden auf: Schreiben Sie uns, schicken Sie uns dazu etwas, und dort, wo es geht, versuchen wir dann, es in Gesetzesform umzusetzen. Nur ist das Meiste selbstverursacht.

**Moderatorin Katrin Brand:** Die Adresse: [www.gesundheitsreform.de](http://www.gesundheitsreform.de).

**Dr. Hans Jürgen Ahrens:** Frau Schmidt, seien Sie sicher, wir sind die Letzten, die Beiträge dann anheben, wenn es nicht unumgänglich ist. Wenn das sein muss, ist es für uns besonders schmerzlich, für jede AOK besonders. Aber es darf nicht passieren, dass irgendwo weitere Schulden angehäuft werden. Das ist die Messlatte, an der sich alles orientieren muss. Dann allerdings, wenn die Gefahr einer weiteren Verschuldung besteht, tritt die Situation ein, in der Beiträge angehoben werden müssen. Die 0,8 Punkte waren vielleicht eine Horrorvision, um Sie zu erschrecken; das wird nicht stattfinden.

**Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit:** Mit Horrorvisionen untergraben Sie aber das Vertrauen in die gesetzliche Krankenversicherung! Man muss immer wissen, was man öffentlich kommuniziert und was für Auswirkungen das hat.

Wenn wir den Mut haben wollen, über neue Wege nachzudenken, müssen wir über die Dinge auch einmal offen reden. Wir müssen erkennen, wie das System aussieht und wie wir es gemeinsam so reformieren können, dass es Bestand hat. Ich habe zwei Enkelkinder und hätte gerne, dass die auch immer noch gut versorgt sind.

**Dr. Hans Jürgen Ahrens:** Ich hätte das auch gerne, und wir nehmen die vielleicht mit, wenn wir die Veranstaltung zum demographischen Wandel durchführen.

**Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit:** Gerne! Dazu habe ich dann auch viel zu sagen.

**Dr. Hans Jürgen Ahrens:** Ich habe die folgende Bitte: Lassen Sie uns, wenn wir vielleicht einmal mehr Zeit haben, über diese Einzelheiten reden. Aber

nehmen Sie uns bitte ab: Wir machen das nicht, weil wir nicht solidarisch oder nicht verantwortlich wären. Wenn irgendwo eine AOK die Beiträge anhebt, dann muss sie es tun, dann kann sie nicht anders. Jede würde es gerne anders machen.

**Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit:** Es kommt manchmal auch auf die Verteilung im System an. Vielleicht müsste man darüber noch einmal reden, statt es immer den Versicherten zuzuschauen. Ich würde dann auch gern direkt und sehr schnell mit Ihnen reden, denn der 1. Januar wird auch sehr schnell da sein.

# Neues Denken in der Gesundheitspolitik

Aus Sicht der gesundheitspolitischen Sprecherin der CDU/CSU-Fraktion

Annette Widmann-Mauz

Sie haben gerade erlebt, wie das in einer großen Koalition ist: Manche Äußerungen entsprachen schon sehr dem Koalitionsvertrag, aber an manchen Stellen merkte man doch, dass sowohl Frau Schmidt als auch ich noch Parteipolitikerinnen sind. So werden Sie auch in meinen Ausführungen durchaus Gemeinsamkeiten, sogar große Gemeinsamkeiten, feststellen können, aber Sie werden dazwischen auch hören, dass ich nicht in jeder Nuance die Einschätzungen der Ministerin teile.

Lassen Sie mich aber zunächst auch auf die symbolischen Geschenke, die zu Weihnachten verteilt werden, eingehen. Herr Dr. Ahrens, das mit dem Sparschwein fand ich schön, denn das Sparschwein steht ja für das Vorsorgen für schlechte Zeiten. Im Gesundheitswesen und in der Pflege mehr Kapitaldeckung zu erwirken, das ist sicher etwas, wo ich neues Denken bei der AOK entdeckte. Ich finde es gut, wenn die AOK ein Sparschwein als Symbol einpackt. Bei dem Pflaster fiel mir Ähnliches ein wie Frau Dr. Bühring. Wir wollen ja nicht, dass wir mit unseren Problemlösungen nur oberflächlich die Wunden abdecken, sondern wir wollen eigentlich mehr. Wir wollen auch keine Tranquilizer für das System, sondern Innovationen. Wir wollen in Zukunft Bewährtes erhalten – darauf würde ich jetzt einmal das Pflaster beziehen –, wollen uns aber auch dem Neuen für alle, dem Innovativen nicht verschließen. Den Meterstab beziehungsweise das Maßband finde ich auch schön. Er ist gut für das



Stichwort Wettbewerb. Aber auch hier würde ich mir wünschen, dass wir uns nicht nur millimeterweise voranbewegen, sondern durchaus auch den Mut zu Meter-sprüngen haben. Und die Lupe – Stichwort Transparenz – freut mich auch, aber wir sollten sie dann nicht nur dort einsetzen, wo es uns genehm ist, sondern auch dort, wo sie auch Vergleichbarkeit zwischen den Systemen ermöglicht. Vielleicht müssen wir dabei einmal den Sozialtransfer aus den reinen Gesundheitskosten herausrechnen und dann schauen, was uns Gesundheit in den unterschiedlichen Systemen kostet und was die unterschiedlichen Systeme leisten. Ich glaube, das macht auch Sinn, und diesen Mut wünsche ich uns auch.

Ein Symbol habe ich aber vermisst. Ich denke, es ist eines, das Sie alle von der Gesundheitspolitik erhoffen. Ich weiß nicht, ob eine große Koalition dazu unbedingt geeignet ist, denn sie soll ja immer nur auf Zeit angelegt sein, und beide Partner wünschen sich natürlich, dass sie nach Ablauf der Vertragszeit wieder eigenständig handeln und vielleicht auch regieren können. Eines brauchen sie dennoch: Planbarkeit, Verlässlichkeit, also nicht ständig kurzatmige Politik. Deshalb möchte ich vorschlagen, Sie legen zu den Geschenken noch ein Fernglas hinzu, damit

*„Wir wissen, dass im Wettbewerb Morbidität eine Rolle spielen muss. Auch in unserem ursprünglichen Gesundheitsprämiensystem hat natürlich die Morbidität für den Ausgleich zwischen den Kassen eine wichtige Rolle gespielt. Anders macht ein solches System keinen Sinn“, betonte die gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion Annette Widmann-Mauz.*

wir nicht nur die nächsten Schritte sehen können, sondern auch den Horizont wieder in den Blick nehmen. Damit ist das Päckchen ganz rund, und wenn Sie es übergeben, freut es jeden Gesundheitspolitiker.

Die Ministerin hat die Stresssituationen des Gesundheitswesens noch einmal benannt. Im Grunde hat sie aus meiner Sicht auch alle Elemente richtig geschildert. Für uns von der CDU/CSU ist aber eines entscheidend wichtig, und das trägt auch diesen Koalitionsvertrag im Bereich der Gesundheitspolitik in vieler Hinsicht und zieht sich wie ein roter Faden nicht nur durch den Vertrag, sondern auch durch die Gesetzgebung, auch durch die aktuelle, die morgen beginnen wird. Ich meine den Punkt, dass das Gesundheitswesen ein Wirtschafts- und Beschäftigungssektor mit einem enormen Innovationspotenzial ist, wenn wir uns den medizinischen Fortschritt anschauen, den wir für die Zukunft erhalten wollen. Nicht nur im eigentlichen Bereich der Leistungserbringung, sondern sicher auch im Bereich der Dienstleistungen hat dieser Fortschritt in unseren

**Das Gesundheitswesen ist ein Wirtschafts- und Beschäftigungssektor mit einem enormen Innovationspotenzial, wenn wir uns den medizinischen Fortschritt anschauen, den wir für die Zukunft erhalten wollen.**

Augen ein enormes Potenzial für unser Land. Natürlich steht das in einem gewissen Spannungsverhältnis zu den demographischen Herausforderungen und insgesamt zur Herausforderung der wirtschaftlichen Entwicklung. Jedenfalls gilt das bei der Gestaltung des Systems, wie wir sie derzeit haben.

Es ist gut und richtig, dass wir die Demographie nicht nur als eine Last begreifen. Da kann ich Ihnen, Herr Dr. Ahrens, durchaus zustimmen. Allerdings sollen wir die demographischen Probleme auch nicht schönreden. Denn wir haben durch die demographische Entwicklung ein erhebliches Finanzierungsproblem, das ja auch und gerade bei der AOK in erheblichem Umfang sichtbar und spürbar wird. Deshalb tut es auch an dieser Stelle Not, dass wir uns den Ursachen stellen; denn die derzeitige Ent-

wicklung – auf der einen Seite Ausgabensteigerungen, für das nächste Jahr wieder mit etwa drei Prozent prognostiziert, auf der anderen Seite keine positive Veränderung bei der Lohnsumme – macht ganz deutlich, dass wir uns schon noch einmal vergewissern müssen, ob wir mit reiner Stabilität – ob wir sie Beitragssatzstabilität oder Ausgabenstabilität nennen – die Problematik wirklich erfassen.

Wir werden in einer alternden Gesellschaft nicht nur insgesamt mehr Geld für die Gesundheit aufwenden müssen, sondern wir werden uns auch darüber unterhalten müssen, ob wir das weiterhin in der Form tun können, wie wir es heute tun. Es wird nicht funktionieren, dass wir ständig sagen, die Ausgaben müssten zwar steigen, dürfen aber nicht steigen, und deshalb hauen wir immer Bremsen hinein. Das machen wir jetzt über Jahre hinweg: Rationierung, Budgetierung. Dann stehen wir, wenn die Ärzte und andere demonstrieren, mit auf dem Marktplatz, wir bekommen Mitleid, aber in der Erkenntnis dessen, was für die Zukunft notwendig ist, sind wir zu zaghaft.

Dieses Problem werden wir nicht durch Effizienzsteigerung allein lösen können. Wir werden uns vielmehr die Fragen der Finanzierung auch unter diesem Gesichtspunkt grundsätzlich anschauen müssen. Aus meiner Sicht geht es nicht darum, dass wir alle in ein System bringen, sondern darum, dass wir ein System entwickeln, das an zukunftsgerichteten, nachhaltigen Kriterien ausgerichtet ist. Wenn sich dann alle solidarisch beteiligen, ist das etwas, worüber wir uns sicher sehr schnell einig werden können. An anderen Stellen haben wir aber bestimmt noch einige interessante und auch heiße Diskussionen vor uns.

Ressourcenmangel auf der einen Seite und Angebotsvielfalt – manche würden sogar sagen, Angebotsüberfluss – auf der anderen Seite machen also einen Strategiewechsel notwendig: weg von Budgetierung und Rationierung hin zu effizientem Mitteleinsatz und zu einer neuen

Finanzierungsform. Das haben wir uns zur Aufgabe gemacht. Es ist ein enorm ambitioniertes Vorhaben, aber wir haben keine Alternative, denn wir haben uns den äußeren Druck selber gemacht, und zwar in der Weise, dass die finanziellen Zuflüsse aus dem Bundeshaushalt ja über die Zeit gestrichen werden. Manchmal macht Not erfinderisch, und in diesem Sinne hoffe ich, dass wir im nächsten Jahr, durchaus beeinflusst von ausländischen Erfahrungen, zu neuen Erkenntnissen kommen können.

Warum tun wir das alles? Nicht nur deswegen, weil wir Begriffe wie Wettbewerb so schön finden und weil Solidarität sich so warm anfühlt. Wir tun es doch letzten Endes, weil wir den Bedürfnissen von Kranken, von Patienten, von Versicherten, gegen dieses Lebensrisiko abgesichert zu werden, gerecht werden wollen und weil wir auch die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens in Deutschland, die gute Tradition ist, für die Zukunft sichern wollen. Ein elementares Prinzip wird dabei durch das Wort „Verantwortung“ beschrieben. Verantwortung steht für uns und unser Handeln im Vordergrund. Das gilt für das eigene Handeln beim Versicherten, beim Patienten, aber auch beim Leistungserbringer, ob wir nun präventive Ansätze darunter verstehen oder Verhaltenssteuerung beim Patienten, Eigenbeteiligung, aber eben auch Elemente beim Leistungserbringer, wenn es um die Frage des Arzneimitelesatzes geht, Elemente des Kostenbewusstseins. Wir wünschen uns eine leistungsgerechte Honorierung, aber eben auch mehr Transparenz in der Frage, wie die Versicherungs- und Leistungsangebote aussehen.

Verantwortung muss man aber nicht nur für sich selbst wahrnehmen, sondern auch für andere. Das Stichwort der Solidarität zwischen Stark und Schwach, Gesund und Krank ist bereits genannt worden. Ich füge bewusst hinzu: Verantwortung auch für kommende, für künftige Generationen. Dies wird uns nur durch eine nachhaltige Finanzierungsreform gelingen. Verantwortung für andere Bereiche gibt es aber auch innerhalb

einer Generation, denn wir können es uns nicht leisten, dass ein innovativer, ein pulsierender Wirtschaftssektor andere Wirtschaftssektoren lahm legt. Die Verantwortung innerhalb der Generation ist also ein Kernelement einer sinnvollen Gesundheitspolitik der Zukunft.

Wir haben verschiedene Bereiche benannt: Kosten, die vermeidbar sind, vermeiden; Ausgaben, die unsinnig sind, vermeiden; präventive Strategien angehen; Eigenverantwortung andenken, sei es in Bonus-Modellen, sei es in Bonus-Malus-Regelungen; schließlich ein Stück weit auch mehr vom Ergebnis her denken. Das Stichwort Bürokratie haben wir heute schon in mehreren Facetten gehört. Ich möchte eine weitere Facette hinzufügen: Wir verwenden sehr viel Sorgfalt auf Prozesse und Strukturen und vergessen manchmal, uns das Ergebnis anzuschauen. Auch an dieser Stelle haben wir im Koalitionsvertrag Regelungen und Formulierungen gefunden, die wir in der Praxis umsetzen wollen, denn am Ende zählt, wie Helmut Kohl einmal gesagt hat, das, was hinten herauskommt.

Der effiziente Mitteleinsatz ist ein ganz bestimmendes Element sicher auch dann, wenn es um neue Versorgungsstrukturen und um die Strukturen der Leistungserbringung geht. Wir haben in diesem Koalitionsvertrag, aufbauend auf Elementen, die wir in der Vergangenheit im GMG eingeführt haben, neue Elemente geschaffen. In dieser Woche werden wir ein neues Element einfügen. Wir haben die bewährten Prinzipien in expliziten Verfahren: Der gemeinsame Bundesausschuss oder das Institut prüfen immer wieder den Nutzen und die Wirtschaftlichkeit. Festbeträge sind ein solches explizites Instrument, um dann auch Preiswettbewerb zu erreichen. Wir haben auch implizite Verfahren, die immer dann zum Tragen kommen, wenn Einzelverträge abgeschlossen werden, die sich eben nicht diesen allgemeinen und öffentlich zugänglichen Kriterien unterwerfen müssen.

**Der effiziente Mitteleinsatz ist ein ganz bestimmendes Element sicher auch dann, wenn es um neue Versorgungsstrukturen und um die Strukturen der Leistungserbringung geht.**

**Je mehr Freiheiten wir geben wollen und geben, desto stärker müssen die Leitplanken sein, die am Ende das gewährleisten und sicherstellen, was uns wichtig ist, nämlich eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung auf hohem Niveau.**

Im Gesetz haben wir jetzt für Unternehmen, die ihren Preis nicht auf den Festbetrag absenken wollen, die Möglichkeit eingeführt, mit den Kassen Rabattverträge zu schließen. Ich will ganz ausdrücklich sagen, dass das natürlich ein Mehr an Wettbewerb und ein Mehr an Möglichkeiten der Vertragsgestaltung beinhaltet. Es ist ein Versuch, ein Schritt, etwas auszuprobieren, um dann die Wirkung zu testen. Dazu sage ich auch ganz klar: Wenn die Folge sein sollte, dass am Ende der Preiswettbewerb nicht mehr stattfindet, sondern nur noch die Rabattschlacht, sodass wir schließlich ein Preisniveau haben, bei dem sich niemand mehr genötigt sieht, sich mit seinem Preis auf das Festbetragsniveau oder darunter zu bewegen, dann kommen wir in eine Richtung, die am Ende nicht förderlich für das ist, was unser Ziel ist, nämlich die beste Qualität zum geringstmöglichen Preis. Wir werden dann am Ende vielmehr Marktverdrängungsstrategien haben, die von niemandem gewollt sein können, zumindest dann nicht, wenn das eingangs zitierte Postulat gilt, dass wir mit den Mitteln so sparsam wie möglich umgehen wollen. Ich selber bin durchaus offen für Kosten-Nutzen-Relationen und -bewertungen, solange sie offen und transparent und nach nachvollziehbaren Kriterien stattfinden. Auch hier gilt: Wer den Fortschritt weiter finanzieren will, muss dann auch bereit sein, zu sagen, wo die Grenzen sind.

Wir haben uns vorgenommen, die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten zu stärken und natürlich auch auf der Vertragsseite diese Möglichkeiten zu stärken. In diesem Prozess muss man immer sagen: Je mehr Freiheiten wir geben wollen und geben, desto stärker müssen die Leitplanken sein, die am Ende das gewährleisten und sicherstellen, was uns wichtig ist, nämlich eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung auf hohem Niveau. Je schneller man Auto fahren kann, desto besser muss die Absicherung am Rande sein. Das gilt auch für das Gesundheitswesen, und daran müssen wir uns orientieren.

Die Stärkung der Transparenz liegt uns sehr am Herzen. Von der Ministerin haben wir ihre Interpretation dessen, was uns im nächsten Jahr an gesetzgeberischem Handeln bevorsteht, nämlich im Bereich der ärztlichen Vergütung auf dem gesetzlichen Sektor, gehört. Wir wollen – das ist gemeinsam vereinbart – eine leistungsgerechte Honorierung, die mit floatenden Punktwerten Schluss macht und die dazu führt, dass wir feste Preise für vereinbarte Mengen bekommen. Dabei muss sich Leistung lohnen. Ich füge immer hinzu, wir haben bereits vor der großen Koalition im Gesetz, im GMG, Möglichkeiten der leistungsgerechten Honorierung geschaffen. Es ist erstaunlich, dass niemand sie aufgegriffen hat; ich denke etwa an die hausärztliche Honorierung, bei der man viel mehr hätte machen können. Das muss man jetzt in einem neuen Anlauf wagen. Wir haben eine Änderung des Gebührensystems in der gesetzlichen Krankenversicherung beschlossen, nicht für die private Krankenversicherung, und deshalb glaube ich auch, dass manche Diskussionen um Wartelisten Scheindiskussionen sind, die von dem ablenken sollen, was Auswirkung von jahrelanger Rationierung ist. Uns ist daran gelegen, dass die Menschen im gesetzlichen Versicherungssystem zu ihrer Leistung kommen und dass der Arzt für seine gesetzlich Versicherten auch sein Geld erhält. Deshalb glaube ich, dass wir an dieser Stelle ansetzen müssen, an der die Ursache des Problems liegt, nicht an anderer Stelle.

Transparenz beim Risikostrukturausgleich ist uns ein wichtiges Anliegen. Hier sind wir im stetigen Dialog auch und insbesondere mit der AOK. Wir wissen, dass im Wettbewerb Morbidität eine Rolle spielen muss. Auch in unserem ursprünglichen Gesundheitsprämienystem hat natürlich die Morbidität für den Ausgleich zwischen den Kassen eine wichtige Rolle gespielt. Anders macht ein solches System keinen Sinn. Falsche Anreize – dieses Stichwort ist genannt worden – können wir da allerdings nicht brauchen, denn sie verschleiern am Ende den wirklichen Leistungswettbewerb. Deshalb steht im Koalitionsvertrag eine Formulierung, die besagt: Wir wollen, dass hier eine einheitliche Struktur geschaf-

fen wird und dass der Wettbewerb nicht über unterschiedliche Details eines DMP-Vertrages ausgetragen wird. Wir wollen einheitliche Strukturen haben, die jede Kasse dann auch anbieten soll und muss. Im Zuge der Reform des Risikostrukturausgleichs werden wir auch über die Anbindung der DMPs noch einmal zu sprechen haben.

Die Gesundheitskarte ist aus unserer Sicht ein weiteres wichtiges Instrument, um Transparenz zu fördern und den Eingang der entsprechenden Erkenntnisse in die Versorgung zu beschleunigen.

Im Organisationsrecht gibt es das Lieblingsthema der Kassenfusionen. Kassenartenübergreifende Fusionen sollen möglich sein, hier wiederum mit den Leitplanken, die eine verantwortungsvolle Gesundheitspolitik einziehen muss. Wir wollen starke Partner im Vertragsgeschehen, aber keine neuen Monopole. Wir wollen die KVen stärker auch als Dienstleister agieren lassen können. Wir wollen Dienstleister statt Blockierer. Wir lassen erstmals Dritte im Vertragsgeschehen als Makler zu, und wir werden sehen, ob sich daraus eine neue Industrie entwickelt, die nur Geld aus der Versorgung abzieht, oder ob es wirkliche Dienstleister für diejenigen geben wird, für die wir Politik machen, nämlich für die Menschen. Vor uns liegt eine spannende Zeit. Wie gesagt, wir haben unsere Parteibücher nicht abgegeben, aber wir versuchen, mit Parteibuch aufeinander zu hören und uns gegenseitig zuzuhören. Im Interesse unseres Gesundheitswesens wollen wir dann den besten Argumenten zum Durchbruch verhelfen.



### **Die Autorin**

**Annette Widmann-Mauz**

*Gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion*



## Podiumsdiskussion

**Moderatorin Katrin Brand:** Zu Frau Widmann-Mauz aufs Podium kommen wird Herr Ahrens als Vertreter der AOK. Darüber hinaus teilnehmen werden für die SPD Dr. Wolfgang Wodarg, altgedienter Gesundheitspolitiker, den Sie alle kennen; für die FDP Daniel Bahr; für die Linkspartei Frank Spieth, neu im Parlament, und für die Grünen wiederum ein vertrautes Gesicht in der Gesundheitspolitik, nämlich Birgitt Bender.

Fünf Fraktionen haben wir im Bundestag. Auch wenn wir jetzt eine große Koalition haben, wird es interessant sein zu erfahren, wie sich diejenigen, die jetzt nicht oder nicht mehr an der Regierung beteiligt sind, zu dem Thema stellen. Nun haben Sie den Optimismus gehört, der jetzt ausstrahlt wird. Glauben Sie denn, dass jetzt alles anders ist? Sie haben doch mitbekommen, wo die Fronten verhärtet waren. Glauben Sie, dass jetzt mit der großen Koalition ein Durchbruch – wie auch immer – vonstatten gehen kann, möglicherweise ein Durchbruch in einem Sinne, den Sie unterstützen könnten?

**Birgitt Bender:** Ich habe in vielen Leitartikeln gelesen, große Koalitionen seien dazu da, große Probleme zu lösen. Es ist mir bisher noch nicht aufgefallen, dass dem so ist. Gerade in dem Teil des Koalitionsvertrages, der sich mit Gesundheit und Pflege befasst, lautet die Hauptbotschaft ja: Wir sind uns nicht einig. Das heißt, die großen Fragen Finanz- und Strukturreform im Bereich von Gesundheit und Pflege wurden ausgeklammert. Man munkelt, dass dabei der Zeitpunkt der Landtagswahlen in Sachsen-Anhalt, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz eine gewisse Rolle spielt. Insofern darf man vielleicht hoffen, dass nach dem 26. März 2006 die Einigungsbereitschaft etwas steigt. Ich kann dies im Interesse des Landes nur hoffen. Bisher kann man nur sagen, dass es überaus traurig ist, dass man ausgerechnet mit solch einer großen Mehrheit erst gar nicht den Versuch macht, sich zusammenzuraufen. Hinsichtlich der Sofortmaßnahmen ist man sich



einig. Solche Maßnahmen sind öfters unausweichlich. Darüber können wir im Einzelnen noch reden. Ich finde, diese Maßnahmen sind teils überzeugend, teils weniger überzeugend. Man muss sie auch immer daran messen, ob sie langfristige Weichenstellungen behindern oder sie ermöglichen.

**Moderatorin Katrin Brand:** Herr Bahr, Sie sind Vertreter einer Beinahe-Regierungspartei. Sie haben den Koalitionsvertrag sicherlich auch gelesen. Frau Schmidt und Frau Widmann-Mauz sind der Meinung, dass der Koalitionsvertrag eine Menge beinhaltet. Sehen Sie das auch so?

**Daniel Bahr:** Nein. Ich kann Frau Bender voll zustimmen. Heute Morgen im Ausschuss hat sich im Oppositionsbereich auf einmal eine ganz neue Koalition gebildet. Das war die blau-gelb-grüne Koalition. Wir haben uns im Ausschuss beim Thema Arbeitszeitgesetz gegen die ziemlich erdrückende große Koalition ein bisschen gewehrt. Im Ausschuss ging es heute auch darum, wie die Lage der gesetzlichen Krankenversicherung wirklich ist; dazu wurden auch Zahlen vorgelegt. Ich stimme Frau Bender insofern voll zu: Was im Koalitionsvertrag steht, ist nicht viel. Es ist zumindest angesichts der Erfordernisse, die wir haben, nicht viel.

*Lebhafte Diskutanten  
(von links im Foto):  
Für die FDP Daniel Bahr;  
Dr. Hans Jürgen Ahrens  
als Vertreter der AOK;  
für die SPD Dr. Wolfgang  
Wodarg; Moderatorin  
Katrin Brand; Annette  
Widmann-Mauz von der  
CDU/CSU-Fraktion; für  
die Linkspartei Frank  
Spieth und für die  
Grünen Birgitt Bender.*

Herr Ahrens hat von der demographischen Entwicklung gesprochen und Frau Schmidt und Frau Widmann-Mauz haben das, was er dazu gesagt hat, aufgegriffen. Im Koalitionsvertrag steht zwar etwas zur Zielbestimmung, aber zu konkreten Handlungsempfehlungen findet sich nichts. Das muss im nächsten Jahr alles noch kommen. Im nächsten Jahr wird die Debatte dann vor dem Hintergrund einer weiteren Verschlechterung der finanziellen Situation geführt. Im Jahre 2007 erleben wir eine deutliche Belastung durch die Mehrwertsteuererhöhung. Wir erleben steigende Arzneimittelausgaben und so weiter. Vonseiten des Sachverständigenrates ist zu hören, dass die wirtschaftliche Entwicklung möglicherweise dazu führt, dass die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung abnimmt. Es ist zu befürchten, dass die Einnahmehbasis möglicherweise geschmälert wird. Heute wurde im Ausschuss die Erwartung zum Ausdruck gebracht, dass sie zumindest stabil bleibt. Schauen wir einmal, welche Entwicklung sich ergibt. Die Debatte wird insofern aktuell unter einem enormen Kostendruck, einem enormen Druck auf den Beitragssatz geführt. Dies wird nach meiner Einschätzung dazu führen, dass eine Beschränkung auf kurzfristige Maßnahmen erfolgt.

Ansonsten habe ich den Eindruck, dass das, was im Koalitionsvertrag steht, in weiten Teilen sehr unterschiedlich interpretiert wird. Wenn man Frau Schmidt und ihre Ausführungen zu einigen Bereichen hört, gewinnt man den Eindruck, es sei für sie ganz klar, was vereinbart worden ist. Wenn man Frau Widmann-Mauz hört, hört es sich in einigen Teilen aber schon wieder ganz anders an. Wenn man Interviews in Zeitungen liest, wird dieser Eindruck bestätigt. Die Interpretation ist offensichtlich häufig sehr unterschiedlich.

**Moderatorin Katrin Brand:** Herr Spieth, ich habe eben gerade versucht, für Sie eine Koalition zu schmieden. Sie haben aber gemerkt, dass Frau Schmidt nicht so richtig darauf anspringen wollte. In den drei Programmen von Grünen, Linkspartei und SPD ist die Bürgerversicherung enthalten. Die anderen wollen dieses Modell aber nicht. Welche Position vertreten Sie denn in der Diskussion in den nächsten Monaten und Jahren?

**Frank Spieth:** Wir treten selbstverständlich für die Bürgerversicherung ein. Wir haben als Linkspartei im Wahlkampf sehr konkret gesagt, was wir uns wünschen. Wir wünschen uns eine Bürgerversicherung, die langfristig in der Lage ist, die Finanzprobleme in der GKV in Ordnung zu bringen. Wir fühlen uns unseren vier Millionen Wählern gegenüber verpflichtet. Die die große Koalition tragenden Parteien werden ihren Wählerinnen und Wählern jeweils erklären müssen, warum sie sich in wesentlichen Positionen von ihren eigenen Programmen verabschieden. Wir haben vorhin gehört, dass es wahrscheinlich eine Mischung von Kopfpauschale und Bürgerversicherung geben wird. Keiner weiß genau, was kommen wird. Ich finde es schon interessant, darauf zu warten, wie es sich dann in der Praxis darstellt. Ich bin auch überhaupt nicht böse, dass die große Koalition zu diesen grundlegenden Fragen jetzt noch keine schnell gestrickte Entscheidung getroffen hat, sondern sich Zeit lässt. Hoffentlich erleben wir irgendwann, dass es Parallelwelten in der Regierung nicht mehr gibt und die Regierung mit einer Stimme spricht und nicht weiter der Eindruck vorherrscht, es gebe zwei Nebenregierungen.

**Wir haben vorhin gehört, dass es wahrscheinlich eine Mischung von Kopfpauschale und Bürgerversicherung geben wird. Keiner weiß genau, was kommen wird.**

**Moderatorin Katrin Brand:** Herr Wodarg, Sie sind schon ziemlich lange im Parlament und haben schon die eine oder andere Gesundheitsreform kommen und gehen sehen. Mein Eindruck ist, dass dann, wenn eine Bundestagswahl über die Bühne gegangen ist, als Erstes sehr schnell ein Vorschaltgesetz kommt, mit dem alles ausgebügelt werden soll, was im Wahlkampf versäumt worden ist. Danach wird sofort die nächste Gesundheitsreform angekündigt. Was ist diesmal anders als sonst? Ist überhaupt etwas anders als sonst?

**Dr. Wolfgang Wodarg:** Anders ist, dass dieser Wahlkampf kürzer war als sonst. Die Politik war sonst länger durch Wahlkämpfe gelähmt. Jetzt war sie durch die zweimonatigen Koalitionsverhandlungen etwas gelähmt. Ich habe nicht erwartet, dass innerhalb von zwei Monaten das soziale Netz für die Gesund-

heit vernünftig und sauber geknüpft wird. Es wurde bisher nur versucht, einige gordische Knoten durchzuschlagen. Das reicht in unserem System nicht aus. Es geht darum, etwas Vernünftiges zu machen. Ich bin froh, dass jetzt nicht alles mit heißer Nadel gestrickt wurde und dass nicht etwas festgeschrieben wurde, was uns für lange Zeiten bindet. Ich bin auch froh, dass wir als Parlamentarier jetzt die Chance haben, nicht nur blind und gehorsam das auszufüllen, was im Koalitionsvertrag schon festgeschrieben ist, sondern im Bereich Gesundheit auch die Chance haben mitzugestalten. Das hat durchaus seine Vorteile. Das muss gut gemacht werden. Dafür braucht man manchmal Zeit. Man kann das nicht in zwei Monaten schaffen.

**Moderatorin Katrin Brand:** Herr Ahrens, die Kombination von Wahlen, Vorschaltgesetz und nächster Gesundheitsreform kennen Sie. Sehen Sie jetzt einen Silberstreif am Horizont?

**Dr. Hans Jürgen Ahrens:** Ich glaube, das Vorschaltgesetz – oder wie immer wir es nennen – musste kommen. Es musste sehr schnell etwas passieren, damit wir die Arzneimittelkosten in den Griff bekommen. In den Diskussionen wurde manchmal geradezu der Eindruck erweckt, als ob Beitragssatzerhöhungen

willkürlich seien. Es handelt sich natürlich nicht um Willkür, sondern um einen traurigen Zwang, unter dem man steht. Ich bin wirklich der Meinung, dass die große Koalition zum Erfolg verdammt ist. Sie hat auch nicht viel Zeit und Gelegenheit zu vielen Versuchen. Sie hat die Gelegenheit zu nur einem Versuch. Insofern bin ich wirklich guter Hoffnung, dass etwas dabei herauskommt. Im Übrigen meine ich, dass es gar nicht so wichtig ist, dass wenig in dem Koalitionsvertrag steht. Wenn dort

**Die kleinen Schritte und begrenzten Maßnahmen, die wir aus der Vergangenheit kennen, müssen Vergangenheit bleiben.**

mehr gestanden hätte, wäre es gewissermaßen unleserlich gewesen, denn die Positionen liegen noch weit auseinander. Ich glaube wirklich, dass man jetzt sehr schnell eine Lösung in der Finanzierungsfrage wird finden müssen und auch finden wird. Wenn man das nämlich nicht tut, kann man alles andere vergessen. Die kleinen Schritte und begrenzten Maßnahmen, die wir aus der Vergangen-

heit kennen, müssen Vergangenheit bleiben. Die Bürger sind es auch leid, immer nur einen Meter nach hier und dann einen Meter nach dort zu hüpfen, ohne zu erkennen, wohin der Weg führt. Die Bürger wollen jetzt Perspektiven erkennen. Diese Perspektiven sind ziemlich eindeutig. Die Kernfragen lauten: Wie geht es weiter mit der Finanzierung? Wie geht es weiter mit der Versorgung? Wie geht es uns, wenn wir alt sind? Auf diese Fragen werden Antworten gefunden werden müssen. Das kann auch gelingen. Der Zwang dazu ist meines Erachtens auch groß genug. Man wird sich dieser Aufgabe nicht entziehen können. Was vor der Wahl und im Wahlkampf an Ideologie da war, wird man abräumen müssen. Sonst wird man den Zorn der Menschen spüren.

**Moderatorin Katrin Brand:** Frau Widmann-Mauz, wie wollen Sie die Gräben zuschütten, die es im Sommer 2003 noch gab? Bleiben wir beim Stichwort Finanzierung. Werden Sie diesbezüglich einmal konkret!

**Annette Widmann-Mauz:** Ich werde mich zu diesem Stichwort nicht konkret äußern, denn ich will ja, dass wir uns einigen. Ich kann Herrn Ahrens wirklich Recht geben, wenn er sagt, wir seien zum Erfolg verdammt. Unsere Finanzpolitiker haben es uns dadurch noch schwieriger gemacht, dass sie uns die Luft zum Atmen, die wir noch eine Zeit lang länger gehabt hätten, ab dem Jahre 2008 gänzlich nehmen. Das heißt, dass wir uns einigen müssen. Ansonsten werden wir – das ist völlig klar – unsere Arbeitsplätze durch Lohnnebenkosten weiter mit steigenden Beiträgen belasten. Das ist die klare Konsequenz. Das weiß auch jeder. Deshalb müssen wir jetzt bei den Ursachen ansetzen. Aus meiner Sicht müssen wir jetzt Ziele formulieren und Prioritäten festlegen. Dass wir alle ein fortschrittliches Gesundheitswesen wünschen, das die Starken und die Schwachen gleichermaßen einbezieht, ist doch völlig klar. Wir werden uns aber durchaus mit der Frage beschäftigen müssen: Ist es ein Ziel, dass die Lohnnebenkosten stabil bleiben oder kommen wir zu einer Entkoppelung oder teilweisen Entkoppelung von Gesundheitskosten und Arbeitskosten? Darüber müssen wir eine Aussage treffen. Wenn wir diese erst einmal getroffen haben, wird sich das, was danach kommt, etwas einfacher gestalten.

Wir werden auch darauf schauen müssen, welche Erfahrungen man im Ausland gemacht hat. Unter dem Gesichtspunkt eines neuen Denkens müssen wir uns die Freiheit nehmen und uns selbst auch dazu zwingen, nicht weiter in den Modellen, die wir bis vor wenigen Wochen noch in Reinkultur vertreten haben, zu denken. Ich sehe auch die Bereitschaft, dies zu tun. Ich will freilich zugeben, dass diese Bereitschaft nicht bei jeder und bei jedem und zu jeder Tageszeit im gleichen Umfang gegeben ist. Ein neues Denken will schließlich auch gelernt sein. Man muss dies üben. Man muss diesbezüglich manchmal auch etwas stärker trainieren und ein bisschen Schweiß investieren. Ich glaube aber – in dieser Hinsicht bin ich Optimist, sogar Zweckoptimist –, dass es funktionieren kann. Dies ist neben der Haushaltskonsolidierung aber sicherlich das schwerste Projekt, das die große Koalition zu meistern hat.

Wenn ich noch Oppositionspolitikerin wäre, würde es mir jetzt sehr leicht fallen, zu sagen, was wir jetzt alles noch nicht haben, aber gerne hätten. Dem Vertreter einer ehemaligen Regierungsfraktion kann ich hier nur entgegenhalten: Wenn es so leicht gewesen wäre, hättet ihr das Projekt ja schon realisieren können. Die Grünen haben sich wenigstens getraut, noch im Wahlkampf ein Projekt mit Vehemenz im Detail zu vertreten. Es war allerdings nicht stichhaltig. Es gab in der SPD selbst in den eigenen Reihen viele, die wussten, dass das Projekt in reiner Form nicht funktionieren kann. Wir sollten ehrlich miteinander umgehen. Auch bei uns gab es gewisse Schwierigkeiten. Wir brauchen uns in dieser Hinsicht gegenseitig nichts vorzumachen. Wenn die Vernünftigen und die Aufrichtigen jetzt in einer guten Atmosphäre konstruktiv miteinander umgehen, werden wir, wie ich glaube, zu einer Lösung kommen.

**Moderatorin Katrin Brand:** Frau Bender, Sie sind angesprochen worden. Die Grünen haben die Bürgerversicherung quasi erfunden. Sie sind als Erste mit diesem Begriff auf den Markt gekommen, worüber sich die anderen nachhaltig geärgert haben. Hier wurde das Stichwort „Ausland“ schon erwähnt. Man hört immer wieder etwas von dem niederländischen Modell, das ab 1. Januar 2006 Realität werden soll. Sehen Sie einen Ansatzpunkt, von den Modellen,

die in der Diskussion oder auf dem Markt sind, etwas zu übernehmen – und seien es auch nur Teile davon?

**Birgitt Bender:** Es ist ja zunächst einmal die Union, die – alle Fragen der Ausgestaltung wollen wir jetzt einmal beiseite lassen – auf ein stärker steuerfinanziertes System setzt. Wenn man jetzt den vergleichsweise geringen Steuerzuschuss von vier Milliarden Euro aus der GKV herausnimmt, erscheint es schlechterdings nicht darstellbar, ein System zu implementieren, das schon zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens 20 Milliarden Euro benötigen würde. Das scheint mir wirklich vom Tisch zu sein.

Ansonsten ist der entscheidende Gesichtspunkt, dass wir das letzte Land in Europa sind, bei dem es im Rahmen der Vollkostenversicherung noch eine Trennung zwischen privatem Markt und Solidarsystem gibt. Das vorletzte Land, in dem es diese Trennung noch gab, waren die Niederlande. Die Niederlande haben diese Trennung nun gerade aufgehoben. In den Niederlanden – da man solche Begriffe gelegentlich auch von der Union hört, sollte sie sich diesem Ansatz vielleicht einmal nähern – war dabei das Thema „Wettbewerb“ handlungsleitend. In den Niederlanden hat man gesagt: Wir wollen einen einheitlichen Versicherungsmarkt, damit echter Wettbewerb entsteht. Dabei ist klar, dass die privaten Krankenversicherer und diejenigen, die bisher im Solidarsystem eine andere Rechtsform hatten – jetzt sind dort alle private Versicherer, wobei das allerdings nicht dasselbe ist wie bei uns –, die Menschen nach einheitlichen Spielregeln versichern und dann tatsächlich miteinander in Konkurrenz treten. Ich finde, die große Koalition könnte sich diesbezüglich in den Niederlanden einmal umsehen. Vielleicht können wir von den Niederlanden tatsächlich einiges lernen.

Ansonsten ist der entscheidende Gesichtspunkt, dass wir das letzte Land in Europa sind, bei dem es im Rahmen der Vollkostenversicherung noch eine Trennung zwischen privatem Markt und Solidarsystem gibt.

**Moderatorin Katrin Brand:** Bleiben wir bei dem Verhältnis von privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Herr Bahr, bei Ihnen kann man sicher sein,

dass Sie der privaten Krankenversicherung sehr wohlgesonnen sind. Wo sehen Sie Handlungsmöglichkeiten in der nächsten Zeit?

**Daniel Bahr:** Ich finde es immer spannend, wenn wir über den Wechsel in den Niederlanden diskutieren, weil jeder von uns hier vorne immer glaubt, in den Niederlanden werde genau das von ihm favorisierte Modell umgesetzt. Das spricht dafür, dass das niederländische Modell in den Ansätzen viel Positives

**Das heißt, dass die Vorsorge und die Eigenverantwortung viel stärker betont werden müssten, was zum Teil – in einigen Bereichen ist dies schon geschehen – durch Ausgliederung von Leistungen erreicht werden kann.**

beinhaltet. Der Ausschuss wird im Frühjahr einen Besuch in den Niederlanden machen. Ich finde den Vorgang spannend, weil der Wechsel in den Niederlanden auch unter dem Etikett der Privatisierung erfolgt. Man muss sich allerdings sehr genau anschauen, was dort geschieht.

Nun zum Verhältnis von privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Zunächst einmal darf man ja nicht von einer Vorbildfunktion ausgehen, wenn alle anderen Länder möglicherweise ein anderes System als wir haben. Es kann vielmehr durchaus eine Erkenntnis sein – wir haben hier über die demographische Entwicklung gesprochen –, dass wir dann, wenn wir immer mehr

Ältere und immer weniger Jüngere haben, nicht unbedingt weiter an einem so wie bisher finanzierten Modell der gesetzlichen Krankenversicherung festhalten können, weil dies sonst zu enorm steigenden Beiträgen führen würde, was wiederum den Arbeitsmarkt und so weiter – es ergäbe sich eine endlose Spirale – belasten würde. Das heißt, dass die Vorsorge und die Eigenverantwortung viel stärker betont werden müssten, was zum Teil – in einigen Bereichen ist dies schon geschehen – durch Ausgliederung von Leistungen erreicht werden kann. Das bedeutet eine Rückgabe in die private Verantwortung. Man könnte auch an einen schrittweisen Systemwechsel, wie wir ihn uns vorstellen, denken. Wir hätten bei diesem angedachten Systemwechsel als ersten Schritt gerne eine Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages vorgenommen, damit wir eben nicht von der Spirale erfasst werden, dass steigende Gesundheitskosten zu steigenden Lohnzusatzkosten führen, was die bekannten Effekte auf dem Arbeitsmarkt auslöst.

Es ist völlig klar, dass wir den stärkeren Systemwechsel, den wir vollziehen, nicht von heute auf morgen realisieren können. Man muss aber jetzt Entscheidungen treffen, die mehr und mehr in Richtung dieses Wechsels gehen. Es klang vorhin so, als ob das Modell, das wir favorisieren, die PKV von heute sei. Das ist natürlich nicht so. Wir haben genauso wie die große Koalition – und ich finde gut, dass die große Koalition das sagt – immer wieder betont: Wir brauchen auch bei privaten Krankenversicherungen durch die Mitnahme von Altersrückstellungen Wettbewerb. Diesbezüglich müssen wir – auch die Bemühungen der großen Koalition gehen in diese Richtung – entscheidend weiterkommen. Wenn wir den Systemwechsel, wie wir ihn wollen, vollziehen, brauchen wir natürlich nicht eine Risikoselektion, wie die PKV sie heute vornimmt, sondern wir brauchen eine Form des Kontrahierungszwangs, bei der niemand durch den Rost fällt. Insofern kann man nicht sagen, das FDP-Modell sei das Modell der PKV von heute. Vielmehr stellen auch wir uns durchaus etwas Neues vor. Solche Parameter, wie ich sie gerade angesprochen habe, müssen dabei natürlich berücksichtigt werden.

**Moderatorin Katrin Brand:** Herr Wodarg hat eben gerade protestiert und gesagt, das niederländische Modell sei nicht das von ihm favorisierte Modell.

**Dr. Wolfgang Wodarg:** Ich komme von der dänischen Grenze. In der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ haben wir Systeme verglichen. Wir haben Repräsentanten aus den Nachbarländern eingeladen, um die Frage beantworten zu können: Wie schaffen es die Skandinavier, dass sie mit ihrem System eine so große Zufriedenheit erreichen, dass sie nur neun Prozent ihres Bruttosozialprodukts dafür ausgeben, die Menschen aber genauso gesund und zufrieden halten, wie wir es tun? Man hat dort drei Prozent übrig. Das ist das, was auch wir uns wünschen, damit Deutschland zukunftsfähig gestaltet werden kann, damit wir Bildung, Universitäten und Forschung voranbringen können. Wir befinden uns in einem globalen Wettbewerb. Ein Land, das über 12 Prozent seiner Kraft braucht, nur um die Menschen genauso gesund zu erhalten wie ein anderes Land, das dafür nur

neun Prozent braucht, ist eindeutig im Nachteil und weniger nachhaltig. Das ist mein Problem.

Wir sind deshalb aufgefordert, nicht nur darüber nachzudenken, wie wir das Geld zusammenkratzen, sondern auch darüber nachzudenken, wie wir den Apparat weiterhin effizient halten. Wir haben noch nicht einmal angefangen, das so gründlich zu tun, wie das meine Nachbarn zum Beispiel jenseits der Grenze in Schweden getan haben, die seit 15 Jahren dabei sind, systematisch darauf zu schauen, bei welcher Diagnose welche Maßnahme angezeigt ist, und die im Detail öffentlich über dieses Thema diskutieren und Akzeptanz zu

**Die Unternehmen  
haben eine Verant-  
wortung für ein gutes  
Gesundheitssystem  
in Deutschland.  
Wir müssen sie in  
dieser Hinsicht in die  
Pflicht nehmen.**

schaffen versuchen. Dort ist viel Arbeit geleistet worden, von der wir lernen können. Wir müssen nicht bei allem von vorn anfangen. Wir müssen aber in die Diskussion eintreten. Wir müssen uns öffnen. Das ist für mich ein großes Problem.

Wir schauen jetzt darauf, wer was bezahlen muss. Auch diesbezüglich ergibt sich beim Blick auf Skandinavien eine Alternative. Als Sozialdemokraten wollen wir, dass sich die Arbeitgeber nicht aus der Verantwortung stehlen. Wir setzen, weil uns nichts anderes einfällt, aber immer stur bei den Arbeitge-

berbeiträgen, also beim Lohn, beim Einkommen an. Die Unternehmen können sich natürlich auch anders an der Finanzierung des Gesundheitssystems beteiligen. Man kann sie auch anders in die Verantwortung nehmen. Es gibt auch andere Möglichkeiten als die Abgaben, die jetzt als GKV-Beiträge abgeführt werden. Die Unternehmen können auch Steuern zahlen; so ist es in Skandinavien geregelt. Dort gibt es seit vielen Jahren das steuerfinanzierte System. Das heißt, es gibt auch andere Möglichkeiten, die hier bei uns aber nicht angedacht werden. Ich bin der Meinung, die Unternehmen haben eine Verantwortung für ein gutes Gesundheitssystem in Deutschland. Wir müssen sie in dieser Hinsicht in die Pflicht nehmen. Wir können gerne darüber streiten, wie wir das tun. Ich würde es aber nicht mitmachen, wenn sie einfach aus der Verantwortung entlassen werden sollten.

**Moderatorin Katrin Brand:** Herr Spieth, vom Ausland lernen heißt siegen lernen. Welches Modell favorisieren Sie denn?

**Frank Spieth:** Ich habe vorhin schon gesagt, dass wir – wir sollten uns dabei an den Erfahrungen in anderen Ländern orientieren – ein System der Bürgerversicherung haben wollen, in dem alle versichert sind. Ich will an dieser Stelle darauf hinweisen, dass der Begriff „Bürgerversicherung“ zwar eine Erfindung der Grünen sein mag, in anderen Bereichen aber schon lange über eine Erwerbstätigenversicherung diskutiert worden ist, bevor der Begriff „Bürgerversicherung“ populär geworden ist. Insofern ist es nicht entscheidend, wer das Erstgeburtsrecht für eine neue Systembeschreibung hat.

Zum Zweiten glaube ich nicht, dass das demographische Problem für die gesetzliche Krankenversicherung das vorrangige Problem bei der Finanzierung darstellt. Für die gesetzliche Krankenversicherung ist vielmehr das Problem vorrangig, dass ihr durch die verschiedensten Effekte die Beitragszahler verloren gehen. Diesem Problem müssen wir uns stellen. Die Lösung kann nur darin liegen, dass alle Bürgerinnen und Bürger in ein System der Bürgerversicherung – und zwar möglichst eines der gesetzlichen Krankenversicherung – einbezogen werden. Nach unserer Auffassung heißt das zugleich, dass wir dafür sorgen müssen, dass wir – weil die Argumente, die aus dem Bereich der PKV kommen, auch nicht ganz abwegig sind – auch der PKV ein Überleben garantieren müssen. Es sollte dann allerdings systemgerecht verfahren werden. Es sollte somit das, was im Rahmen einer Vollversicherung über eine gesetzliche Krankenversicherung bereitgestellt werden soll, von der gesetzlichen Krankenversicherung auch bereitgestellt werden, während die PKV wiederum das tun sollte, wofür sie eigentlich gegründet wurde, nämlich Zusatzversicherungen anzubieten. In diesem Zusammenhang wäre eine ganze Menge von Kreativität zu entwickeln. Wir halten die Entwicklung der PKV als weiteres Subsystem in der Vollversicherung für falsch. Über diesen Punkt wird es noch viel Streit geben.

**Für die gesetzliche Krankenversicherung ist vielmehr das Problem vorrangig, dass ihr durch die verschiedensten Effekte die Beitragszahler verloren gehen.**

Ich möchte einen letzten Punkt ansprechen. Wir müssen bei der Beitragsbeteiligung der Arbeitgeber bleiben, um sie auch weiterhin in der Verantwortung zu halten. Allerdings ist die Frage zu stellen, ob die Beteiligung ausschließlich lohnbasiert sein sollte oder ob, worüber in unseren Reihen sehr intensiv diskutiert wird, die alte Idee von Herbert Ehrenberg wieder aufgegriffen werden sollte, ob also über eine Wertschöpfungsabgabe nachgedacht werden sollte, weil auf diese Weise eine Lohnlösung von der Lohnsumme erreichbar wäre und die Arbeitgeber nach anderen Kriterien zu ihrem Beitrag herangezogen würden. Wir haben diesbezüglich noch keine feste Position. Wir befinden uns selbst noch in der Auseinandersetzung, aber ich glaube, dass in dieser Richtung nachgedacht werden muss.

**Moderatorin Katrin Brand:** Herr Ahrens, Sie haben sich die Ausführungen angehört. Welches ausländische Modell wäre Ihnen am liebsten? Wir haben noch gar nicht über die Schweiz gesprochen, in der es nicht nur eine Kopfpauschale, sondern auch ein Obligatorium gibt, wo private und gesetzliche Versicherungen nebeneinander existieren.

**Dr. Hans Jürgen Ahrens:** Unser System ist gar nicht so schlecht. Ich habe das schon ein paar Mal gesagt. Unser System ist eigentlich gut; in Teilen muss es allerdings verbessert werden. Wir brauchen aber nicht das ganze System über den Haufen zu werfen. Wir können uns gern genau anschauen, was man in den Niederlanden vorhat. Ich richte den Blick auch gerne auf Skandinavien. Die Skandinavier sind sehr pragmatisch. Sie beginnen damit, etwas zu tun, bevor sie lange reden. Auch das ist gar nicht schlecht. Wir sollten aber auseinander halten, was wir von wem lernen wollen.

Zunächst einmal stellt sich die Frage, ob wir unser System überhaupt von Grund auf verändern wollen. Dafür sehe ich keine Notwendigkeit. Unser System ist gut und effizient. Es hat allerdings gewisse Macken; diese Macken müssen ausgeräumt beziehungsweise ausgeglichen werden. Andere kommen wegen unseres Systems hierher, laufen dann aber wieder weg, weil wir ihnen

vorjammern, wie schlecht es bei uns aussieht. Dieses Jammern muss ein Ende haben.

Jetzt müssen bestimmte Entscheidungen getroffen werden. Die Finanzierung betreffend muss in der Tat eine Entscheidung getroffen werden. Unter dem Gesichtspunkt eines neuen Denkens kann man sich in diesem Zusammenhang alles Mögliche vorstellen. Wir brauchen eine Entscheidung für die Finanzierung, die sicherstellt, dass wir mittelfristig Ruhe haben. Wir können nicht von Jahr zu Jahr immer wieder neu anfangen. Wir können nicht akzeptieren, dass man dann, wenn man mit den Finanzen nicht klarkommt, die steuerfinanzierten Mittel streicht. Was da passiert ist, ist ein ganz starkes Stück. Da wird uns versprochen, dass die versicherungsfremden Leistungen steuerfinanziert werden, was auch richtig ist, denn sie gehören eigentlich nicht zu den von uns zu erbringenden Leistungen. Dann aber kommt man plötzlich her und sagt: Wir haben kein Geld mehr; die steuerfinanzierten Mittel werden jetzt wieder eingesammelt. Das hat uns tief erschüttert. Unser Vertrauen in die Art und Weise, wie ein staatliches Gesundheitswesen wie in England finanziert wird, ist nun noch weiter erschüttert worden, falls Vertrauen überhaupt je da gewesen ist. In diesem Bereich wird Erhebliches auf die große Koalition zukommen.

Was die Finanzierung angeht, so muss mittelfristig die ständige Diskussion darüber, welche Leistungen nicht länger einbezogen sein sollten, ein Ende haben. Ich habe Verständnis für Herrn Bahr, der das marginal anders sieht als wir. Wir sehen es wirklich anders, weil wir der Meinung sind, dass die Leistungen bei uns gut aufgehoben sind. Ich möchte jetzt den Kollegen von der PKV nicht zu nahe treten. Die PKV macht ihren Job und wir machen unseren Job. Wenn wir ihn so gemacht hätten wie die PKV, hätten wir aber einen Beitragssatz von 18 Prozent. Einen solchen Beitragssatz wollen wir nicht haben. Deshalb meinen wir, es sollte so weiterlaufen, wie es derzeit ist.

**Was die Finanzierung angeht, so muss mittelfristig die ständige Diskussion darüber, welche Leistungen nicht länger einbezogen sein sollten, ein Ende haben.**

Für die Finanzierung brauchen wir eine Lösung, die mittelfristig Bestand hat. Darauf darf man sich aber nicht ausruhen. Des Weiteren stehen schließlich strukturelle Probleme zur Lösung an. Wir sehen uns vor das Problem gestellt, wie wir uns anders aufstellen. Wir haben dazu Vorschläge gemacht. Wir können uns gerne anschauen, was man im Ausland tut. Wir werden dort aber kein Patentrezept finden. Wir müssen uns schon selbst bemühen, etwas Vernünftiges zustande zu bringen. Man kann vom Ausland zwar vieles lernen, sollte aber erst einmal sehen, was wir aus unserem eigenen Kräftepotenzial schöpfen können.

**Moderatorin Katrin Brand:** Lassen Sie mich kurz zusammenfassen. Im Bereich der Finanzierung stehen Entscheidungen an. Was im Einzelnen passieren wird, weiß man noch nicht genau. Man wird aber offensichtlich sehr genau auf das schauen, was im Ausland passiert. Wir dürfen natürlich nicht nur auf die Einnahmenseite, sondern müssen auch auf die Ausgabenseite schauen. Ein aktuelles Stichwort ist das der Honorierung der Ärzte. Frau Schmidt hat sich dieser Tage nach vorne gewagt und gesagt, für private und gesetzlich Versicherte sollte es keine unterschiedlichen Abrechnungen mehr geben. Für den Arzt sollte klar sein, dass es für eine Leistung auch nur ein Honorar gibt. Frau Widmann-Mauz, wie soll das Ihrer Meinung nach gehen? Welche Lösung würden Sie mittragen? Es gibt ja wohl keinen Zweifel daran, dass die GOÄ umgebaut werden muss.

**Annette Widmann-Mauz:** Was Frau Schmidt zu diesem Thema gesagt hat, steht nicht im Koalitionsvertrag. Wer ihre Reden im Deutschen Bundestag aufmerksam verfolgt hat, hat im Übrigen nachvollziehen können, dass sie es dann so dargestellt hat, wie es im Koalitionsvertrag steht. Wir werden private Verträge und private wirtschaftliche Beziehungen nicht staatlich regulieren. Wenn jemand einem Arzt den hundertfachen Satz zu bezahlen bereit ist, weil er meint, seine Leistung sei den hundertfachen Satz wert, dann wird das auch in Zukunft möglich sein müssen. Das ist völlig klar. Ansonsten würden wir bei genau den Systemen landen, die ich nicht will. Über Probleme dieser Art ist nicht diskutiert worden und deswegen steht darüber auch nichts im Koalitionsvertrag.

Was wir brauchen – das haben wir nicht erst jetzt bei den Koalitionsverhandlungen, sondern schon bei den Verhandlungen über das GMG gemerkt –, ist ein Ende der Budgetierung der ärztlichen Honorierung. Im stationären Sektor wurde dieses bereits erreicht. Die derzeitige Unterschiedlichkeit in der Honorierung können wir uns nicht weiter leisten. Wir können uns die Budgetierung nicht weiter leisten, weil die Ärzte sonst ins Ausland gehen oder ihre Praxen schließen, da die Menschen die Leistungen nicht zu dem Zeitpunkt bekommen, zu dem andere Versicherte sie vermeintlich bekommen. Unter diesen Gegebenheiten bekommt das System nicht mehr das Geld, welches es braucht, um eine gute Versorgung gewährleisten zu können. Es ist bisher noch niemand auf die Idee gekommen zu sagen, woher im Falle einer Vereinheitlichung von GKV und PKV auf dem GKV-Niveau das Geld kommen soll, das heute in die Praxen fließt. Umgekehrt hat auch noch niemand gesagt, wo dann, wenn das PKV-Niveau zur Grundlage gemacht würde, die Beiträge und die Mittel herkommen sollen, um genau dieses Niveau zu finanzieren. Wir müssen insoweit ehrlich miteinander umgehen.

Die folgende klare Aussage ist wohl unumstritten: Wir brauchen ein verlässliches System für die Ärzteschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Ärzte müssen für ihre Leistungen einen angemessenen Preis erhalten. Sie müssen wissen, was sie für eine fest vereinbarte Menge bekommen. Das Mengenproblem spielt schließlich auch eine Rolle. Ähnlich wie im Krankenhaus müssen wir dann, wenn die vereinbarte Menge überschritten wird, zu Abstufungen kommen, denn mit Erreichung der vereinbarten Mengen sind die Fixkosten einer Praxis gedeckt. Es geht dann also um Zusatzeinkommen, das durchaus anders behandelt werden kann. Wir wollen die Regelung so einfach wie möglich gestalten. Es darf nicht mehr so sein, dass das Morbiditätsrisiko von der Ärzteschaft getragen wird, obwohl es eigentlich die Gemeinschaft tragen muss. Das sind die Grundprinzipien dessen, was wir in den Koalitionsvertrag geschrieben haben.

**Wir können uns die Budgetierung nicht weiter leisten, weil die Ärzte sonst ins Ausland gehen oder ihre Praxen schließen, da die Menschen die Leistungen nicht zu dem Zeitpunkt bekommen, zu dem andere Versicherte sie vermeintlich bekommen.**

Wir haben bei den Koalitionsverhandlungen natürlich auch noch über einen zweiten Bereich gesprochen, nämlich darüber, dass es im Zuge der Entwicklung der wirtschaftlichen Situation der Bevölkerung immer mehr Menschen gibt, die in der privaten Krankenversicherung in den Standardtarif wechseln, weil sie sich den teureren Tarif nicht mehr leisten können. Es darf aus unserer Sicht natürlich nicht so sein, dass jemand, der über Jahre und Jahrzehnte hinweg ein guter PKV-Kunde war und immer erhöhte Sätze gezahlt hat, dann, wenn er in den Standardtarif wechselt, vom Arzt auf einmal gesagt bekommt: Ich behandle dich nicht mehr. Wir müssen diesbezüglich mit der Ärzteschaft und den privaten Versicherungen ins Gespräch kommen. Wir wollen, dass die hier angesprochenen Menschen dann auch zu den Sätzen, die vereinbart werden, behandelt werden. Da diese wiederum über viele Jahre in der privaten Gebührenordnung nicht angepasst wurden, wird man auch die Gebührenordnung im privatärztlichen Bereich verändern und anpassen müssen. Insofern wird es zu Veränderungen in beiden Systemen kommen.

Man wird auch darüber nachdenken, ob manches, was in der privaten Gebührenordnung steht, auch für den gesetzlichen Bereich gar nicht so schlecht wäre. Die Frau Ministerin hat die Erwägung angesprochen, Steigerungsfaktoren vorzusehen, damit Leistung sich lohnt. Man kann ganz unverkrampft an das Thema herangehen, wenn klar ist, dass das private System nicht zu einem staatlichen System umgewandelt wird, dass es also weiterhin eine klare Unterscheidung zwischen beiden Bereichen gibt und dass auch die private Vollversicherung nicht abgeschafft wird. Letzteres wird es zumindest nach meiner Vorstellung mit meiner Fraktion nicht geben können. Es geht in diesem Zusammenhang nicht nur darum, was jemand in Zukunft noch tun darf. Wir müssen vielmehr auch auf diejenigen schauen, die Vollversicherungstarife abgeschlossen haben und die, wenn solche Möglichkeiten in Zukunft verwehrt würden, am Schluss ihre Gesundheitskosten gänzlich selbst tragen müssten. Es sind aber viele Schattierungen dazwischen denkbar.

Das niederländische System – es gibt eine unterschiedliche Betrachtungsweise in der Frage, ob es ein privates System oder ein Bürgerversicherungssystem ist – zeigt, wie groß die Bandbreite ist. Auch die Bedürfnisse, die von der privaten Versicherungswirtschaft angeführt werden, sind durchaus auf mehr vertragliche Möglichkeiten ausgerichtet. Manches, was die gesetzliche Krankenversicherung sich unter Wettbewerb vorstellt, hat eigentlich nichts mehr mit einer Anstalt des öffentlichen Rechts zu tun, sondern nähert sich Unternehmen an, wie sie die Europäische Union im Modell vorgibt. Ich will damit nur einmal die Bandbreite deutlich machen, damit Sie die Problemlagen erkennen, die mit all dem verbunden sind. Wenn wir über Finanzierungsreform und Strukturreformen sprechen, zeigt sich, dass noch vieles an sumpfigem und unwegsamem Gelände zu durchschreiten ist. Bei solchen Reformen ist vieles mit zu bedenken.

**Moderatorin Katrin Brand:** Trotzdem haben wir ja das Phänomen, das jeder Kassenpatient kennt: Am Ende des Quartals will er einen Termin haben, und dann sagt ihm sein Arzt, dass er mit ihm in diesem Quartal kein Geld mehr verdienen kann. Irgendwo steckt da doch ein Problem. Herr Dr. Wodarg, haben Sie eine Idee?

**Dr. Wolfgang Wodarg:** Da war doch der Sicherstellungsauftrag, nicht? Da war doch was? Wir haben es ja eigentlich ganz einfach. Die Krankenkassen müssen sich jetzt um all das nicht kümmern, sie müssen sich um die einzelnen Rechnungen beim Arzt nicht kümmern, sie brauchen den ganzen Verwaltungsapparat nicht, um im Einzelnen nachzuschauen, was Ärzte für welche Leistungen bekommen, sondern es ist „outgesourct“, sie haben einen Vertragspartner, die Kassenärztliche Vereinigung, und die muss sich damit herumärgern, die muss das alles regeln. Da gibt es einen Vertrag: Ihr habt diese Leistungen sicherzustellen. – So arbeiten wir bisher.

Wenn jetzt das umgesetzt wird, was diskutiert wird, das heißt, dass es keine Budgets mehr gibt, sondern die Leistung im Einzelnen kontrolliert wird und

es dafür einen Preis gibt, dann bedarf das spiegelbildlich erheblicher administrativer Aufwendungen. Dann muss sowohl bei den Ärzten als auch bei den Kassen administrativ im Detail nachgeprüft werden, ob man nicht übers Ohr gehauen wird. Das wird viel Geld kosten. Die Leute, die das wollen, die es komplizierter haben wollen, haben wahrscheinlich durchweg Aktien bei SAP oder ähnlichen Unternehmen. Wenn wir uns einmal anschauen, welchen Verwaltungsaufwand es bei der privaten Versicherung gibt, was diese Unternehmen für Verwaltung ausgeben müssen, können wir schon ein bisschen ahnen, worauf das hinausläuft.

Nun gibt es nicht so viele private Versicherungen, die groß auf dem Markt sind, aber es gibt sehr viele gesetzliche Krankenkassen. Wir haben das große Problem, dass wir da nicht nur die vielen Leistungserbringer haben, sondern auch noch die Krankenkasse, die das dann wieder machen muss. Ich weiß nicht, ob das alles so erstrebenswert ist. Die Skandinavier lachen sich über uns und über das, was wir so anstellen, kaputt. Wir werden das spätestens dann merken, wenn wir in den europäischen Vergleich kommen. Der wird ja organisiert; es wird jetzt nachgesehen, wer es am besten macht. Die offene Methode der Koordinierung ist in Vorbereitung, und es wird, genau wie wir bei PISA gemessen werden, ermittelt werden, was wir wofür ausgeben und wie der Outcome ist.

Was ist denn bei uns in Deutschland mit der Palliativversorgung? Jeder weiß, es muss gemacht werden, aber keiner nimmt es in die Hand, weil es sich nicht lohnt, weil die Wettbewerber eben denken: Na ja, wer als Erster das anpackt, dort gehen alle hin, und hinzukommt, dass die letzten sechs Monate im Leben, die teuersten Monate sind. Deswegen gibt es bei uns keine vernünftige Palliativmedizin. Auch wenn wir ein tolles System haben, ist das einfach so. Also müssen wir wirklich einmal ganz genau hingucken.

Es gibt auch andere Bereiche. Natürlich haben wir einige Disease-Management-Programme, mit denen für chronisch Kranke etwas getan wird. Ich bin

Präsident der Rheuma-Liga in Schleswig-Holstein geworden, weil ich da am besten merke, was dort noch nicht getan worden ist.

**Moderatorin Katrin Brand:** Jetzt möchte ich von den so genannten kleinen Parteien noch wissen, was sie zur Ärztehonorierung meinen. Wie soll es mit der Ärztehonorierung weitergehen? Die Reformen sind auf dem Weg. Wie bekommt man sie so auf den Weg, dass man sich als Kasse dabei nicht finanziell ruiniert?

**Daniel Bahr:** Ich möchte das aufgreifen, was Herr Wodarg gesagt hat, ihm aber widersprechen. Der Sicherstellungsauftrag hat damit ja nichts zu tun. Es ist doch nicht so, dass dort, wo eine Behandlung tatsächlich stattfinden muss, sie nicht stattfindet. Es geht vielmehr darum, dass Behandlungen von den Ärzten zeitlich ins nächste Quartal geschoben werden können, und die Ursache dafür ist nicht die unterschiedliche Honorierung, sondern natürlich das Budget. Hinzu kommt die Unsicherheit des Arztes, der gar nicht weiß, was er für seine Leistung bekommt. Bei einem privat Versicherten weiß er: Dafür bekomme ich etwas, das ist für mich sicher. Bei einem gesetzlich Krankenversicherten ist es das eben nicht. Da können Sie sich vorstellen, wie es am Ende eines Quartals aussieht: Wenn ich für eine Leistung etwas bekomme, mache ich sie gerne, und wenn ich für eine andere Leistung nichts bekomme, werde ich sie nicht so gerne machen und sie möglicherweise aufschieben. Das ist doch die Ursache für diese unterschiedliche Behandlung. Das heißt, eine Angleichung ist nicht die Lösung.

Spannend fand ich das, was Frau Schmidt gesagt hat. Sie sagte, die Honorarverteilung soll jetzt besser – das hat sie etwas nebulös gelassen – ein Institut regeln, möglicherweise eine staatliche Stelle, was auch immer, nicht mehr die Kassenärztliche Vereinigung. Bisher habe ich aus den Kassenärztlichen Vereinigungen immer gehört, dass die Honorarverteilung nicht gerade eine Vergnügensveranstaltung war. Da geht es richtig zur Sache, und die Krankenkassen sind daran ja auch beteiligt. Wenn das beiden weggenommen würde,

hielte ich das nicht unbedingt für einen Fortschritt. Bei den DRGs ist das anders gewesen, und man kann darüber streiten, ob das gut gelungen ist oder nicht. Da hat man es anders gemacht. Ich warne also davor, dass man möglicherweise eine staatliche Stelle damit beauftragt und es nicht mehr in den Händen von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen lässt, denn an sich ist das Instrument der Selbstverwaltung hier viel, viel besser.

Ich will also sagen: Es ist richtig, dass man sich über feste Preise für Leistungen Gedanken macht. Ich bin gespannt, was dabei wirklich herauskommt, aber das Ziel unterstütze ich. Ich kann allerdings nur empfehlen, in der Zeitung einmal das Interview nachzulesen, das Frau Schmidt dazu gegeben hat. Es ist ja nicht so, dass ihr das herausgerutscht ist. In diesem Interview am Ende der Koalitionsverhandlungen hat sie gesagt, das stehe so in der Koalitionsvereinbarung drin. Natürlich habe auch ich gehört, dass sie im Bundestag etwas anderes gesagt hat, aber möglicherweise steckt doch eine Denke dahinter.

Wir sollten also abwarten, was dabei wirklich herauskommt. Im Moment bin ich, wenn ich die Ministerin höre, sehr, sehr skeptisch. Ich glaube nicht, dass das, was sie sich vorstellt, uns insgesamt weiterbringt. Zur GOÄ beziehungsweise zur Honorierung bei privat Versicherten bin ich auch der Meinung, da muss man nicht ran. Für die Verbesserung der ärztlichen Versorgung bringt es nichts, wenn nachher alles auf einem Niveau ist.

**Moderatorin Katrin Brand:** Frau Bender, Sie haben schon miterlebt, was es bedeutet, wenn man einer Regierungspartei angehört, wenn man in der Regierung sitzt und dann die Forderung „weg mit den Budgets“ aufkommt. Ist es eine schlaue Idee, die wieder abzuschaffen?

Birgitt Bender: Wir hatten uns ja bereits 2003 mit der Union auf eine Reform der ärztlichen Vergütung geeinigt, und zwar in Bezug auf die – wie heißen sie so schön? – morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina. Ich muss gestehen, dass ich schon damals nicht ganz genau verstanden habe, wie das wohl

gehen soll. Aber da es sich um einen Vorschlag der KBV gehandelt hat, den sich die Union zu Eigen gemacht hat, und die davon überzeugt waren, dass das umsetzbar sei, habe ich mir gedacht, dann harre ich einmal der Dinge, die da kommen sollen.

Interessant finde ich jetzt, dass die Union bisher via Blockade dafür gesorgt hat, dass es keinen Morbi-RSA gibt. Ich kann mir nicht vorstellen, wie man zu einer morbiditätsorientierten Vergütung für die Ärzte kommen will, wenn man nicht die entsprechenden Parameter im RSA entwickelt und sie dort auch einspeist. Da gibt es einen Zusammenhang, und deswegen wird sich die Union bewegen müssen. Das ist unter dem Aspekt, dass das Geld den Krankheiten folgt, sachlich sowieso gerechtfertigt, aber es ist auch im Interesse der Ärzte, damit zu festen Preisen zu kommen.

**Moderatorin Katrin Brand:** Herr Spieth, was sind uns die ärztlichen Leistungen wert, und wo sind Sie bereit, sich zu bewegen?

**Frank Spieth:** Nun, wir werden uns da weniger bewegen müssen als die beiden großen Parteien, die die große Koalition tragen. Die müssen zunächst einmal Vorschläge machen, aber wir haben dazu dann natürlich eine Meinung.

Die Vergütung der Ärzte muss in der Tat angepackt werden, das wird auch von niemandem ernsthaft bestritten. Wir haben eine bestimmte Sympathie für eine Vergütung auch nach Fallpauschalen, wobei allerdings die Diskussion über den Morbi-RSA mit einbezogen werden muss, denn ohne den ist das nach unserer Auffassung nicht zu machen. Am Ende muss man sehen, wie man hinkommt. Da gibt es sehr viele Auseinandersetzungen und auch sehr viel Klärungsbedarf.

Gerade kürzlich habe ich bei einer Kassenärztlichen Vereinigung in Thüringen gesessen und über die Vergütung diskutiert. Dabei habe ich im Wesentlichen festgestellt, dass die in der Kunst des Jammerns ganz groß sind, wenn es darum

geht, Forderungen zu stellen und auf besondere Problemlagen hinzuweisen. Dass sie allerdings in den letzten 15 Jahren, jedenfalls in den neuen Bundesländern, auch einen gehörigen Anteil Verantwortung für Fehlentwicklungen gerade bei der Vergütung von Ärzten tragen, das wird gern verschwiegen.

Ich finde also schon, dass wir eine sehr umfassende Aufklärung darüber brauchen, wie sich das in den letzten Jahren entwickelt hat und wie das auch mit der Zunahme der Zahl der Ärzte zusammenhängt, die sich letztlich um den Kuchen streiten. Dann muss das im Zusammenhang mit solchen neuen Versorgungsformen zu einer Lösung geführt werden.

**Moderatorin Katrin Brand:** Jetzt hat Herr Dr. Ahrens Gelegenheit, die Diskussion noch einmal zusammenzufassen.

**Dr. Hans Jürgen Ahrens:** Ich danke allen Teilnehmern unserer Podiumsdiskussion, auch der Ministerin, dafür, dass sie zu unserer Veranstaltung gekommen sind. Wir wollten Ihnen einen Eindruck davon vermitteln, was auf uns zukommt, welche Chancen wir für ein neues Denken haben und wo wir diese Chancen sehen. Ein neues Denken in der Gesundheitspolitik ist notwendig; Sie haben gemerkt, dass daran gar kein Weg vorbeiführen wird. Das war heute eine Premiere: Nach der Regierungsbildung war es das erste Mal, dass Sie alle gemeinsam mit uns hier saßen. Wir haben die Thematik ein erstes Mal diskutiert, wir wollten uns gegenseitig einen Eindruck davon vermitteln, wie gedacht wird, und wir wollten auch die Stimmung erfühlen. Aufgrund der heutigen Diskussion glaube ich, dass wir schon etwas hinbekommen werden. Diese Vorstellung habe ich einfach deshalb, weil der Eindruck zweifellos richtig ist: Wir sind zum Handeln und zum Erfolg verdammt, weil wir nicht so furchtbar viele Chancen haben. Daran können wir alle mitwirken. Wir können mit dafür sorgen, dass das Paket, das jetzt geschnürt wird, die Bestandteile enthält, an denen wir nachher, wenn wir es auspacken, unsere Freude haben.



# Die Referenten / Moderation

**Dr. Hans Jürgen Ahrens**, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes  
Kortrijker Str. 1 · 53177 Bonn

**Daniel Bahr**, Gesundheitspolitischer Sprecher der FDP  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1 · 11011 Berlin

**Birgitt Bender**, Gesundheitspolitische Sprecherin des Bündnis 90/Die Grünen  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1 · 11011 Berlin

**Ulla Schmidt**, Bundesgesundheitsministerin  
Wilhelmstr. 49 · 11017 Berlin

**Frank Spieth**, Gesundheitspolitischer Sprecher, Die Linke  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1 · 11011 Berlin

**Annette Widmann-Mauz**, Gesundheitspolitische Sprecherin  
der CDU/CSU-Bundestagsfraktion  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1 · 11011 Berlin

**Dr. Wolfgang Wodarg**, SPD  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1 · 11011 Berlin

**Moderation: Katrin Brand**  
WDR-Hörfunk  
50670 Köln



AOK-Bundesverband  
Postfach 20 03 44  
53170 Bonn  
Kortrijker Straße 1  
53177 Bonn

Telefon: 0228 843-299  
Telefax: 0228 843-322  
E-Mail: [politik@bv.aok.de](mailto:politik@bv.aok.de)  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)

