

**Worüber zu reden ist  
von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt**

Seit dem 12. Juli 2006 ist der Weg klar: Die Bundesregierung hat die Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2006 beschlossen. Dass dies heftige Reaktionen der Lobbyisten im Gesundheitswesen hervorruft – insbesondere der Krankenkassen –, ist wenig überraschend. Organisierte Demonstrationen an vielen Orten der Republik, Unterschriftenlisten, Kritik aus Vorstandsetagen und Verbandsspitzen – und dabei gerät das Wichtigste aus dem Blick.

Wer spricht in diesen Tagen eigentlich von den Patientinnen und Patienten? Wer spricht eigentlich darüber, dass gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten auf die fachärztliche Behandlung warten müssen, obwohl sie ein Behandlungsbedürfnis empfinden? Wer fragt, ob die Patientinnen und Patienten tatsächlich die Medikamente bekommen, die sie brauchen? Interessensgeleitete Besitzstandskämpfe sind für diese Menschen nicht Thema. Für sie zählt nur ihre Gesundheit und die notwendige Versorgung - zu recht. Wer spricht eigentlich in diesen Tagen über die Qualität in der medizinischen Versorgung und wie wir diese verbessern können?

**Lücken in der medizinischen Versorgung werden geschlossen.**

Das Versprechen unserer Krankenversicherung ist es, dass jemand, der krank ist, die notwendige medizinische Hilfe erhält. Darum geht es. Und deshalb verdienen die Eckpunkte der Regierung eine besondere Betrachtung: Denn das ist die erste Gesundheitsreform seit vielen Jahren, die den Patientinnen und Patienten keine neuen Lasten aufbürdet. Es gibt keine Zuzahlungserhöhung. Es gibt keine Ausgrenzung von Leistungsbereichen. Im Gegenteil: Da wo es notwendig ist, werden Leistungen ausgebaut: beispielsweise bei der Versorgung von Menschen mit seltenen Krankheiten, bei der Versorgung Sterbender und bei der Rehabilitation älterer Menschen.

Auch sorgen wir dafür, dass Kassen künftig notwendige Mutter- oder Vater-Kind-Kuren erstatten und empfohlene Impfungen bezahlen. Darüber hinaus verbessern wir die gezielte Vorsorge in dem hierfür entscheidenden Lebensabschnitt zwischen 45 und 55 Jahren.

Wir wollen die Gleichbehandlung der Versicherten im Warte- und im Sprechzimmer. Für vergleichbare ärztliche Leistungen wird es in Zukunft vergleichbare Vergütungen geben; und zwar unabhängig davon, wo man versichert ist, ob privat oder gesetzlich.

Darüber hinaus bekommt zukünftig jeder Versicherte direkten Zugang zu den besten Ärzten des Landes. Deshalb öffnen wir die Krankenhäuser und ermöglichen Zentrenbildung für die ambulante Behandlung von Schwersterkrankten oder Menschen mit seltenen Erkrankungen und fördern diese Öffnung mit einer Anschubfinanzierung.

Wir sorgen dafür, dass es überall in Deutschland gute medizinische Angebote gibt. Deshalb ersetzen wir schrittweise die wenig effektive Bedarfsplanung für Ärzte durch bessere finanzielle Anreize für eine Niederlassung in unterversorgten Gebieten. Das kommt besonders den Menschen in den Neuen Ländern zugute.

### **Die neue Gesundheitsversicherung - Niemand wird mehr ohne Schutz im Krankheitsfall sein müssen**

Bildung, Wissen und Gesundheit sind die Schlüssel für ein gutes Leben im 21. Jahrhundert. In unserer heutigen Welt mit den vielen neuen Beanspruchungen und Anforderungen wie räumliche und berufliche Mobilität und lebenslanges Lernen, fit sein bis ins hohe Alter wird die Gesundheit zum wahrhaft unersetzlich kostbaren Gut. Gesundheit ist Voraussetzung für persönliches Wohlergehen, für Freiheit und Glück. Deshalb sorgen wir dafür, dass zukünftig in unserem Land, niemand ohne Krankenversicherung sein muss. Viele Menschen rufen uns dazu an oder schreiben mir. An diesen Reaktionen sehe ich, was es bedeuten kann, wieder krankenversichert sein zu können. Und klar ist auch, dieses Problem kann nicht allein von der gesetzlichen Krankenversicherung geschultert werden, sondern die private Krankenversicherung muss auch ihren Anteil leisten. Deshalb gilt zukünftig: Wer seinen Krankenversicherungsschutz verloren hat, darf in die Versicherung zurückkehren, bei der er zuletzt versichert war.

## **Mut zum Wandel**

Wer aber die Entscheidung fällt, dass die Patientinnen und Patienten nicht durch höhere Zuzahlungen oder Leistungskürzungen belastet werden, muss sich die Frage stellen, wo sonst gespart werden kann. Unsere Antwort: in den Strukturen des Gesundheitssystems – und damit auch in der Organisation der Krankenkassen.

Es wird beispielsweise niemand schlüssig begründen können, warum wir in der gesetzlichen Krankenversicherung noch immer rund 250 Krankenkassen benötigen. Zudem stellen sich Fragen, wie: Brauchen wir wirklich sieben Spitzenverbände? Und noch einmal eine Vielzahl von Landesverbänden? Ich sage nein. Wir brauchen leistungsfähige Kassen, die professionell, flexibel und kundenorientiert arbeiten, und die vor allem in der Lage sind, ihren Versicherten überall höchste Qualität zum günstigen Preis und gute Dienstleistungen anzubieten.

Die historisch begründete Zersplitterung der Kassenlandschaft mag in früheren Zeiten ihre Berechtigung gehabt haben, den veränderten Rahmenbedingungen wird die heutige Kassenlandschaft nicht mehr gerecht. Deshalb sollen Krankenkassen zukünftig leichter fusionieren können, und zwar auch kassenartenübergreifend. Warum soll eine Betriebskrankenkasse nicht mit einer AOK, eine Innungskrankenkasse nicht mit einer Angestelltenkrankenkasse zusammengehen? Wenn sich solche Veränderungen geordnet und nach festen Regeln vollziehen – und das wird sichergestellt – wird es am Ende genau die richtigen Gewinner geben: die Versicherten, Patientinnen und Patienten.

Dieser Prozess wird einhergehen mit einem deutlichen Abbau unnötiger, bürokratischer Strukturen. Auf der Bundesebene wird es zukünftig nur noch einen statt sieben Spitzenverbände geben. Dieser soll die gemeinsamen Interessen der untereinander im Wettbewerb stehenden Kassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung aus Krankenkassen, Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäusern vertreten. Und es reicht auch, dass es künftig auf der Landesebene nur noch einen gemeinsamen Verband gibt, der für die kollektiven Vertragsbeziehungen mit der anderen Seite, den Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern, zuständig ist. Diese Straffung heutiger Organisationsstrukturen bringt mehr Effizienz in die Abläufe und hilft, Verwaltungsausgaben zu sparen. Hier besteht Handlungsbedarf. Das zeigt ein Blick auf die Verwaltungskosten. Lagen diese im Jahr 1995 bei rund 6,1 Milliarden Euro, lagen sie im Jahr 2005 bereits bei rund 8,2 Milliarden Euro.

## **Mehr Effizienz durch mehr Qualitätswettbewerb**

Wir müssen den Weg, den wir bereits mit der Gesundheitsreform 2004 eingeschlagen haben, fortsetzen. Wir haben einen Qualitätswettbewerb initiiert, um Effizienzreserven zu erschließen. Daran knüpfen wir an und verstärken diesen notwendigen Strukturwandel.

Deshalb werden Krankenkassen künftig verpflichtet, einen Hausarzttarif anzubieten. Denn es hat sich nach der Reform des Jahres 2004 gezeigt: Hausarzttarife werden von den Patienten und Versicherten angenommen. Die Teilnahme bleibt für Versicherte und Ärzte freiwillig. Wir wollen, dass alle Kassen diesen Weg einschlagen. Zudem werden die Möglichkeiten der Kassen und der Ärzte deutlich erweitert, Verträge über Leistungen miteinander abzuschließen. Damit kann unser Gesundheitssystem endlich im Vertragsbereich zeigen, was in ihm steckt. Sehr gute Qualität hat künftig auch die besseren Chancen auf gute wirtschaftliche Ergebnisse.

Die Kassen erhalten ein ganzes Bündel von Instrumenten, wie beispielsweise mit einzelnen Ärzten oder Apotheken Verträge zu schließen, über Ausschreibungen günstige Arznei- und Hilfsmittel einzukaufen, Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen zu schließen und das ganze in Form besonderer Tarife preisgünstig den Versicherten anzubieten. Die Krankenkassenmanager müssen sie nur anwenden, und endlich handeln.

## **Der Gesundheitsfonds – klar in der Sache**

Schon mit der Gesundheitsreform 2004 haben wir dafür gesorgt, dass die Vorstandsgehälter von Kassen und Funktionären offen gelegt werden müssen. Das hat zwar für Unmut bei den Betroffenen gesorgt. Das ist eigentlich aber eine Selbstverständlichkeit. Die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler haben ein Recht darauf zu erfahren, was mit ihren Beiträgen passiert. Dafür steht auch der Gesundheitsfonds. Er wird den Beitragszahlern mehr Klarheit bringen, wohin ihre Gelder fließen.

Die Krankenkasse ist für uns eine Selbstverständlichkeit: Kassenkarte, Arztbesuch, Behandlung, Überweisung, Medikamente. Viele werfen eben mal einen Blick auf die eigene Gehaltsabrechnung mit dem Kassenbeitrag. Mehr nicht. Dahinter steckt aber in Deutschland ein hochgradig kompliziertes Abrechnungs- und Meldesystem für immer

noch rund 250 Kassen und Millionen erwerbstätige Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung in hunderttausenden von Betrieben. Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenkassen sind mit den Beiträgen beschäftigt. Eine unbekannte Zahl von Beschäftigten in den Betrieben ebenfalls. Es gibt Betriebe, in denen die Lohnbuchhaltung über 100 unterschiedliche Kassen zu bedienen hat.

Die Beiträge auf Lohn und Gehalt fließen künftig in den Gesundheitsfonds. Dabei wird auf das Know-how des einschlägig qualifizierten Personals zurückgegriffen. Wer behauptet, der Gesundheitsfonds und die Beitragseinzugsstellen "vernichten 30.000 Arbeitsplätze", malt wider besseren Wissens Gespenster an die Wand. Funktionierende Strukturen werden nicht "ohne Sinn und Verstand zerschlagen" und "unsichere neue Bürokratien" schon gar nicht geschaffen. Vielmehr wird ein unbürokratischer, Kosten sparender neuer Weg eingeschlagen. Betriebe werden künftig keine hundertfach unterschiedlichen Beiträge mehr an viele verschiedene Krankenkassen senden, sondern sie werden nur noch einen einheitlichen, prozentualen Beitrag pro Mitglied an eine Einzugsstelle überweisen. An der Beteiligung des Einzelnen nach seiner Leistungskraft wird also nicht gerüttelt. Der bürokratische Irrgarten wird gleichwohl dadurch kräftig gerodet.

Der Arbeitgeber wird für seinen Teil ebenfalls einen prozentualen Beitrag an eine dieser wenigen Einzugsstellen abführen. Die geben diese Mittel an den Fonds weiter. Dorthin fließen auch die Steuergelder, die künftig für die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben in die Krankenversicherung gelenkt werden. Klare Vorgaben und Datenverarbeitung machen es möglich, diese Bündelung der Gelder im Fonds effizient zu erledigen.

Dann beginnt der zweite Teil der Arbeit des Fonds. Er teilt die eingesammelten Gelder auf und überweist Pauschalen an die Kassen: Für jeden Versicherten eine Pauschale. Zugleich führt der Gesundheitsfonds einen zielgenauen Einkommens- und Belastungsausgleich durch. Wir wissen: Die Einkommen der Mitglieder und die Krankheitsrisiken sind in den Kassen sehr ungleich verteilt. Die eine weist mehr Ältere und Kränkere – und damit teurere Versicherte auf als eine andere Kasse, die vor allem Jüngere und Gesundere oder Versicherte mit höheren Einkommen angezogen hat. Diesen unverschuldeten Nachteil der einen gegenüber der anderen Kasse gleicht der Fonds präzise, unbürokratisch und auf einer sicheren Grundlage aus. Die Kassen haben damit nichts mehr zu tun.

Damit wird der bisherige, aufwendige Risikostrukturausgleich, der einen umfangreichen, nachträglichen Ausgleich zwischen den verschiedenen Kassen erforderlich gemacht hat, fortentwickelt – einfacher und effektiver zugleich.

Durch den Gesundheitsfonds wird zudem endlich unübersehbar, dass die Gesetzliche Krankenversicherung eine solidarische Versichertengemeinschaft ist. Die Beitragseinnahmen der Millionen zumeist Pflichtversicherten stehen nicht im Eigentum der einzelnen Kasse, sondern ist der gesamten Versichertengemeinschaft zuzuordnen. Für die Kassenchefs steht nicht mehr die Frage des eigenen Beitragssatzes im Mittelpunkt. Sie können sich um das eigentliche kümmern – um den Wettbewerb, um den besten Service, um die beste Betreuung, um die besten Leistungen für ihre Versicherten. Auf diese Weise erhalten die Kassen-Mitglieder zum ersten Mal einen klaren Blick auf die wirklichen Vorteile oder Nachteile, auf Leistungen, auf spezielle Angebote der Kassen. Auf das, was die Kassen wirklich leisten und leisten könnten. Die Versicherten können sich leichter und vor allem sicher entscheiden, wo sie sich versichern wollen. Jeder kann jetzt die Kasse finden, die zu ihm passt. Wettbewerb setzt nämlich voraus, dass der Kunde, der Versicherte, gut informiert vergleichen kann.

Einen Wettbewerb ohne Regeln soll es freilich nicht geben. Was bedeutet das? Der medizinisch notwendige Leistungskatalog bleibt für alle Kassen gleich. Steigen in einer Kasse die Ausgaben so an, dass sie mit dem Geld aus dem Fonds nicht auskommt, dann müsste eine solche Krankenkasse rasch einen Weg finden, die Ausgaben beispielsweise für Arzneimittel zu verringern. Oder sie müsste einen Weg anbieten, der zuerst immer zum Hausarzt führt, statt teures "Springen" von Facharzt zu Facharzt zu erlauben. Wenn sie dennoch ihre Ausgaben nicht in den Griff bekommen sollte, dann kann sie von ihren Mitgliedern einen Zuschlag, einen kleinen zusätzlichen Beitrag, fordern. Diesen Weg allerdings werden Kassen im Leistungswettbewerb vermeiden wollen, denn damit wäre für alle offenkundig: Diese Kasse arbeitet nicht so erfolgreich wie andere. Andere Kassen könnten hingegen in die glänzende Lage kommen, ihren Mitgliedern sogar Beiträge zurückerstatten zu können. Gute Arbeit zahlt sich für die Mitglieder solcher Kassen aus. Und die Versicherten können und werden sehr genau beobachten, was ihnen ihre Kasse bietet.

## **Die neue Gesundheitsversicherung – darauf ist Verlass**

Die Gesundheitsreform wird der Startschuss für einen Qualitätswettbewerb sein, wie er bis dato nicht bekannt ist. Es wird mehr Wettbewerb um die beste Qualität beim Arzt, um das wirksamste Medikament, um den besten Kassen-Service und die aufmerksamste Betreuung geben. Und ich erwarte, dass die Vorstände der Kassen endlich die Gestaltungschancen ergreifen und sich nicht in Besitzstandskämpfen verlieren – ihren Versicherten zu liebe.

Gesundheitspolitik kann nicht heißen, für die Patientinnen und Patienten die Zuzahlungen zu erhöhen oder gar Leistungen auszugrenzen. Verantwortungsvolle Gesundheitspolitik verlangt zwingend eine Antwort auf die Frage, wie man Strukturen transparenter und effizienter gestalten kann. Denn unnötige Kosten sind nicht nur unwirtschaftlich. Jeder Euro, der unnötig ausgegeben wird, fehlt an anderer Stelle. Das birgt die Gefahr unethischer Diskussionen über eine Rationierung medizinischer Leistungen. Deshalb geht es in aller erster Linie darum, dass auch zukünftig das Versprechen unserer Krankenversicherung gilt, dass jemand, der krank ist, die notwendige medizinische Hilfe erhält – auf der Höhe des medizinischen Fortschritts und unabhängig von Alter und Einkommen. Darüber ist zu reden – zu aller erst.

*(Langfassung eines Namensbeitrags von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt im Handelsblatt vom 7. August 2006)*