

Presseseminar des AOK-Bundesverbands am 11./12. September 2008

# Am Vorabend des Gesundheitsfonds – Chancen und Risiken für eine Versorgerkasse

von **Fritz Schösser, AOK-Bundesverband**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie ganz herzlich im Namen des Verwaltungsrates sowie des Vorstands des AOK-Bundesverbandes in den schönen Kieferwäldern der Schorfheide begrüßen. Es freut mich sehr, dass Sie sich diese „Aus-Zeit“ – fernab Ihrer Redaktionen – nehmen, um mit uns über die AOK zu diskutieren und einen Blick in die Zukunft werfen. Es ist mittlerweile zu einer guten Tradition geworden, Sie an das Ufer des Werbellinsees einzuladen. Denn die Kultur soll neben den harten Facts der Gesundheitspolitik auch nicht zu kurz kommen. Dafür eignet sich dieses schöne Fleckchen Erde, das man auch als mit Fug und Recht „das Fontane-Land“ bezeichnen könnte, sehr gut. Denn genau hierhin führten vor mehr als einhundert Jahren den Dichter seine Wanderungen durch das Märkische. Aber Traditionen machen nur dann Spaß, wenn auch immer was Neues dazu kommt. Das sage ich Ihnen als echter Bayer und wir verstehen was von der Tradition. Deshalb haben wir uns für Sie einige Überraschungen ausgedacht, die den gewohnten Verlauf des Seminars variieren und Ihnen hoffentlich Freude bereiten werden. Sie dürfen gespannt sein.

Diese Veranstaltung steht unter dem Motto „Der Gesundheitsfond 2009: Was geht, was bleibt, was kommt“. Denn genau darüber möchten wir mit Ihnen ins Gespräch kommen: Wie startet Deutschlands größte Krankenkasse – und einzige Gesundheitskasse – in die Welt des Gesundheitsfonds? Welchen Chancen und Risiken sehen wir uns gegenüber? Wie muss der Fonds ausgestattet sein, dass Kassen erfolgreich in einen fairen Wettbewerb treten können?

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist seit dem 1. April 2007 in Kraft. Und mit ihm eine Reihe von Reformen, die die Finanzen, die Struktur und der Organisation der gesetzlichen Krankenkassen verändert haben und noch verändern werden. Doch die zentralen Elemente dieser jüngsten Reform greifen eben erst zum kommenden Jahr. Das Jahr 2009 wird das Jahr des Gesundheitsfonds, denn dann tritt dieses viel gescholtene Konstrukt in Kraft.

Wir haben diesen Fonds nicht gewollt, wir finden ihn auch heute noch überflüssig. Aber er ist politische Realität und damit basta!

Viele aus „unserer Branche“ haben ja geglaubt, dass der Fonds nicht kommen wird. Manche setzen heute noch – ein bisschen realitätsfern zugegeben – auf seine Verschiebung. Wir haben trotz vieler aufgeregter öffentlicher Diskussionen nicht daran gezweifelt, dass die große Koalition ihn umsetzen wird. Deshalb haben wir uns statt mit Abwehrgefechten zu beschäftigen, an die Aufgaben gemacht, die uns der Gesetzgeber aufgetragen hat.

Die grundlegende Voraussetzung für das Kommen des Fonds ist die vollständige Entschuldung der Kassen. Viele haben uns diese „Herkules-Tat“, nämlich rund 1,3 Mrd. Euro negativer Betriebsmittel abzubauen, nicht zugetraut. Einige davon saßen auch in ihren Reihen, wenn ich mich recht erinnere. Aber das AOK-System kann Vollzug melden, es startet schuldenfrei ins Jahr 2009. Das hat den AOK-Bundesverband und seine 15 AOKs viel Kraft gekostet und viel Gemeinschaftssinn erfordert. Letztlich hat es alle Beteiligten im AOK-System zusammenrücken lassen und ein neu belebtes Gefühl von gelebter Solidarität als AOK-Gemeinschaft entstehen lassen. Das ist ein Punkt, auf den ich Sie ganz besonders hinweisen möchte. Solidarität ist für die AOK nicht nur ein wohlfeiles Wort aus der Mottenkiste der Sozialpolitik. Wenn es darauf ankommt, dann steht diese starke Gemeinschaft der AOKs zusammen und beißt sich wie beim Entschuldungsprozess durch.

Das gilt auch für das Thema Insolvenzfähigkeit der Kassen und dem damit verbundenen Haftungsmanagement – Stichwort Pensionslasten der Dienstordnungsangestellten und Aufbau eines Kapitalstocks über einen Zeitraum von 40 Jahren.

Mit einer klaren Informationspolitik und mit einer guten Portion politischer Überzeugungsarbeit hat es die AOK erreicht, dass weder Versicherte noch Leistungserbringer durch die Insolvenzfähigkeit der GKV große Nachteile zu befürchten haben. Die GKV bleibt eine sichere Säule der sozialen Sicherheit in Deutschland. Dabei hat die AOK die Rolle eines Vorreiters des präventiven Haftungsmanagements übernommen.

Das Jahr 2009 wird auch das Jahr der neuen Organisationsstrukturen der Kassen werden. Vor wenigen Wochen haben die Vorsitzenden von Vorstand und Verwaltungsrat der 15 AOKs einen Gesellschaftsvertrag für einen neuen AOK-Bundesverband geschlossen. Auf der Grundlage einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts übernimmt der neue Bundesverband als leistungsstarker und innovativer Dienstleister und Interessensvertreter des AOK Systems seine veränderte Rolle für die AOK-Gemeinschaft und ihre 24 Mio. Versicherten. Zu seinen Kernaufgaben gehört die Interessensvertretung gegenüber der Bundespolitik, dem GKV-Spitzenverband und den Vertragspartnern der AOK auf Bundesebene. Das ist das Eine.

Aber wir wollen in Zukunft auch neue Produkte erarbeiten, die Marke „AOK – Die Gesundheitskasse“ mit dem Blick auf die neuen Möglichkeiten weiterentwickeln und das Finanzmanagement im Haftungsverbund der AOKs übernehmen.

Mit diesem Schritt, meine Damen und Herren, hat sich das AOK-System für den Wettbewerb in der Kassenwelt optimal aufgestellt, anders als andere Kassenverbände, die jetzt – mehr oder weniger – vor dem Aus stehen.

Die Delegierten haben sich auch für die „Köpfe“ entschieden, die zum Jahresbeginn 2009 die Geschicke dieser neu gegründeten GbR lenken sollen. Es sind dies – und damit verrate ich Ihnen nichts Neues: Als Vorsitzenden des geschäftsführenden Vorstands Dr. Herbert Reichelt, der Ihnen – Sie sehen es im Programm – am späteren Nachmittag einiges über die Bedingungen einer Wettbewerbsordnung vorstellen wird. Und Jürgen Graalman, der stellvertretende Vorstandsvorsitzende ab 2009. Er wird

morgen u. a. aufzeigen, „wie Versicherte ihre AOK sehen“ und wie wir uns neue Spielräume für kundenorientiertes Handeln eröffnen wollen.

Neben diesem zweiköpfigen geschäftsführenden Vorstand auf Hauptamtsseite wird ein erweiterter Vorstand, der sich aus den 15 Vorstandsvorsitzenden der AOKs zusammensetzt, die Zukunft des AOK-Systems gestalten. Dieses Gremium gewährleistet, dass alle wesentlichen Entscheidungen im Hinblick auf die Geschäftsführung von den Vorstandsvorsitzenden der AOKs gemeinsam getroffen werden.

Wie sieht's bei der Selbstverwaltung aus? Die Selbstverwaltung der AOKs bildet auf Bundesebene einen Aufsichtsrat. Dieser besteht aus jeweils einem Versicherten- und einem Arbeitgebervertreter aus den Verwaltungsräten der einzelnen AOKs. Grundsatzentscheidungen des neuen AOK-Bundesverbandes wird dann dieses Gremium entscheiden.

Neue Organisationsstruktur, neue Köpfe, neues Domizil: Mit etwas Verspätung wird der AOK-Bundesverband ab 15. Oktober 2008 seine Arbeit in Berlins Mitte an der Rosenthaler Straße aufnehmen. Was die Selbstverwaltung im Herbst 2002 beschlossen hat und was anfangs durchaus zwiespältig betrachtet wurde, hat sich als zukunftsweisend und richtig erwiesen. Eine Interessensvertretung, die für ihre Mitgliedskassen und Versicherte in der Politik gehört und wahrgenommen werden will, die für die Politik kompetenter Ansprechpartner in Fragen der Gesundheitsversorgung sein will, muss dort sein, wo das Parlament ist, wo Gesetze gemacht werden und wo die wichtigsten Gesprächs und Verhandlungspartner sitzen.

Wir werden auch in Zukunft das bleiben, was die AOK schon immer war: ein gesuchter und geschätzter Verhandlungs- und Gesprächspartner.

Natürlich werden wir Sie dann auch in das neue Haus mit dem schönen Namen Rosenthaler Hof einladen und den Einzug in aller Bescheidenheit feiern. Deshalb wird aus unserem gewohnten und bei vielen sehr beliebten Sommerfest zum Ende der Parlamentsferien auch eher ein Herbstfest werden, bei dem wir dann dem „gesundheitspolitischen Berlin“ unser neues Domizil zeigen werden.

Ich möchte an dieser Stelle noch einmal kurz auf das „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ eingehen, das in weiten Teilen ein äußerst widersprüchliches Werk geworden ist. Das ist sicherlich der politischen Gemengelage und dem Ziel geschuldet, dass man den Gesundheitsfonds entsprechend dem Wahlausgang im kommenden Jahr sowohl in eine Bürgerversicherung als auch in ein Gesundheitsprämiensystem überführen kann. Es sind an diesem Gesetz zwingend einige Nachjustierungen notwendig. Die Politik darf sich jetzt nicht zurücklehnen und dem Gesundheitsfonds seinen Lauf lassen. Wer über den Gesundheitsfonds spricht, kann über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich nicht schweigen. Wenn dieser zielgenau arbeiten und Fehlanreize vermieden werden sollen, dann muss daran dringend noch gearbeitet werden. Sonst wird es nicht gelingen, die Kranken in den Mittelpunkt des Wettbewerbs der Kassen zu stellen. Beim Thema Zuzahlungen und Härtefallregelung muss die Politik auch noch einmal ran. Auch hier kann sich der Wettbewerb unter den Kassen nicht so entfalten, dass der Versicherte und der Patient dabei gewinnen werden. Denn mit der jetzigen Konstruktion der Ein-Prozent-Überforderungsklausel sind gesunde Gutverdiener auch künftig für die Kassen Objekt der Begierde. Der beabsichtigte Wettbewerb um die beste medizinische Versorgung der Kranken wird auf diese Weise konterkariert.

Noch ein Wort zu den Ärzten: Sie hatten mir ihrer Honorarkampagne Erfolg. Chapeau – kann man da nur sagen, zu diesem Plus von bis zu 2,8 Mrd. Euro, das sie der Politik geschickt abgerungen haben. Und auch die Krankenhäuser sollen im kommenden Jahr mehr Geld bekommen. „Woher nehmen und nicht stehlen“, dieses alte Sprichwort bringt die Situation auf den Punkt. Denn die Zeche dieser politischen Zusage sollen die Beitragszahler übernehmen. Wir brauchen daher 2009 unbedingt eine 100-Prozent-Ausstattung des Fonds. Nur so können wir auch in Zukunft unseren Versicherten eine qualitativ hochwertige Versorgung anbieten.

Vergaberecht – noch so eine Baustelle, da muss der Gesetzgeber rasch für Klarheit sorgen, ob Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber anzusehen sind und wie dann rechtlich verfahren werden muss. Denn sonst bleibt der Wille neben dem Kollektivvertragssystem eine Fülle an individuellen Verträgen mit entsprechenden Kosteneinsparungspotenzialen zu etablieren, Wunschdenken im Phantasialand.

Es gibt weitere Baustellen am Gesetz beispielsweise die Integrierte Versorgung. Hier wurden sektorübergreifende Modelle entwickelt, die Vorbildcharakter haben und dem Versorgungswettbewerb echten „Drive“ geben. Doch jetzt droht das Auslaufen der Anschubfinanzierung und bis heute gibt es keine zuverlässige Möglichkeit, dann auf anderem Wege Gelder für die Integrierte Versorgung aus dem Gesamtbudget herauszulösen. Diese Hürden müssen weggeräumt werden, wenn es die Politik wirklich Ernst meint mit der Versorgungsvielfalt und dem Aus für das Sektorendenken im Gesundheitswesen.

Wichtig ist mir auch die Zukunft der Disease-Management-Programme: Es hat gedauert, bis die Politik unserem Drängen nachgab, dass wir uns als Kassen selbst für mehr Qualität in der Versorgung – speziell chronisch kranker Menschen – engagieren konnten und dies nicht mehr den Leistungserbringern überlassen mussten. Mit den DMPs haben wir dann Versorgungspakete geschnürt, die eine bessere Versorgung garantieren, den Versicherten mehr Lebensqualität und nachweislich mehr Lebenszeit ermöglichen. Und das alles bei besserer Wirtschaftlichkeit. Alles in allem ein wirkliches Erfolgsmodell, das – wie Sie sich vorstellen können – nicht zum Nulltarif zu haben ist. Ich bin wirklich froh, dass der GKV-Spitzenverband sich durchgerungen und die Kostenpauschale zur Durchführung und Weiterentwicklung der DMPs auf 180 Euro festgesetzt hat. Das ist zwar äußerst knapp kalkuliert, aber damit können wir diese Arbeit erstmal erfolgreich weiterführen. Wir hatten bereits im Vorfeld für das BMG eine Reihe von Vorschlägen entwickelt, wie die Kosten für die Durchführung der Programme gesenkt, der bürokratische Aufwand minimiert und der Aufwand für die Ärzte in vertretbarem Rahmen gehalten werden kann.

Der Krankenhausordnungsrahmen ab 2009 wäre in diesem Zusammenhang der „Nachbesserungen“ noch zu nennen. Hier sind es die Länder, die blockieren und sich ihren Einfluss – trotz immer spärlicherer Investitionen in ihre Kliniken – nicht einschränken lassen. Der AOK-Bundesverband hatte dazu eine Fülle innovativer Vorschläge gemacht.

Sie sehen, es wurden tief greifende Veränderungen in den vergangenen drei Jahren auf den Weg gebracht – Ärztehonorierung, Insolvenzgesetz, Krankenhaus-Ordnungsrahmen, Integrierte Versorgung und Gesundheitsfonds. Ob damit das Ziel: den Wettbewerb um eine qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung der Menschen an-

zukurbeln und damit die Finanzen der GKV in den Griff zu bekommen, erreicht werden kann, werden wir erst im Laufe des kommenden Jahres feststellen können.

Gestatten Sie mir nun noch einen kurzen Hinweis auf unser morgiges Programm. Rund ist eine Sache immer dann, wenn Theorie und Praxis in ein ausgewogenes Verhältnis gebracht werden. Deshalb darf das Praktische bei unserer Veranstaltung auch nicht fehlen. Wir möchten Ihnen morgen Vormittag an einem Beispiel aufzeigen, was eine Krankenkasse tun kann, um auch im hohen Alter die Lebensqualität ihrer Versicherten zu gewährleisten und im besten Fall auch wieder herzustellen. Mit der Sturzprophylaxe haben die AOKs ein Projekt mit ganz erstaunlichen Erfolgsquoten. „Wieder fest auf seinen Beinen stehen zu können, das macht das Leben wieder lebenswert“, so eine Teilnehmerin des Programm. Ich denke, das spricht für sich.

Zum Schluss möchte ich noch darauf hinweisen, dass mit diesem Seminar auch ein Abschied verbunden ist. Nach 14 Jahren ist dies für Dr. Hans Jürgen Ahrens das letzte Seminar, an dem er in seiner Funktion als Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes teilnehmen wird. Hubertusstock ist somit der Auftakt zu einer Reihe von „Abschieden“, die Dr. Ahrens in den kommenden Monaten vollzieht, bis er am 31.12.2008 in den Ruhestand gehen wird. Deshalb wollen wir den gemütlichen Teil der Veranstaltung heute Abend für ein kleines Abschiedsfest nutzen.

Ich freue mich auf Ihre Fragen und eine lebhaftige Diskussion.