

Presseseminar des AOK-Bundesverbands am 11./12. Juni 2009

Stabilitätsanker gesetzliche Krankenversicherung zukunftsfest machen

von **Dr. Herbert Reichelt,**
Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes

Sehr geehrte Damen und Herren,

die AOK hat jetzt Vorschläge zu weiteren Reformschritten nach der Bundestagswahl verabschiedet und in den „AOK-Positionen zur Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2009“ vorgelegt. Diese Positionierung ist die Grundlage meines Vortrages. Als roter Faden zieht sich eine Leitidee durch die AOK-Positionierung und durch meinen Vortrag:

Alle Vorschläge, alle Forderungen zielen auf bessere gesetzliche Rahmenbedingungen ab. Dazu gehören ganz wesentlich auch stabile und wettbewerbsgerechte Einnahmen. In einer solchen Art und Weise optimierte Rahmenbedingungen sollen es uns noch besser als heute ermöglichen, für unsere Versicherten und Beitragszahler gute Leistungen zu erbringen.

Zunächst werde ich vorstellen, welche gesetzgeberischen Maßnahmen nach Ansicht der AOK kurzfristig nach der Bundestagswahl erforderlich sein werden. Dann werde ich weitere, bei der nächsten Gesundheitsreform notwendige Schritte aufzeigen. Und abschließend – wie könnte es bei der AOK anders sein – werde ich über die guten Erfahrungen mit dem Morbi-RSA sprechen.

Die AOK steht für sichere Leistungen in bewegten Zeiten und gewinnt neue Mitglieder. Und die AOK nutzt engagiert und erfolgreich alle Möglichkeiten, die medizinische Versorgung ihrer Versicherten zu verbessern und wirtschaftlicher zu gestalten. So ist die AOK führend beim Abschluss von Hausarztverträgen. Damit bieten wir Versicherten interessante Wahlmöglichkeiten zur Verbesserung ihrer medizinischen Betreuung. Die AOK ist führend auch bei der Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Arzneimittelbereich. So hat die AOK jetzt neue Arzneimittelrabatte für 63 Generikawirkstoffe gegen erbitterten Widerstand der Pharmaindustrie durchgesetzt. AOK-Versicherte profitieren davon, weil Sie nach dem Wechsel der Hersteller ihrer aktuellen Medikation im Juni dann zwei Jahre immer ihre Dauermedikation vom gleichen Hersteller bekommen. Gerade damit verlieren die Kritiker aus der Pharmaindustrie ihr Complian-

ce-Argument gegen die Rabattverträge. Denn ohne die AOK-Rabattverträge müssten Patienten mit Dauermedikation häufige Herstellerwechsel mitmachen. Unsere Rabattverträge sind aber auch ein Signal an die Politik: Seht her, wenn ihr der AOK Handlungsspielraum gebt, Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben, dann nutzen wir diesen konsequent. Bei einem Jahresumsatz der jetzt rabattierten Arzneimittel von 2,3 Milliarden Euro werden wir jetzt daran gehen, eine möglichst hohe Umsetzungsquote in den Apotheken zu erreichen. Und wir haben dazu erfreuliche Nachrichten vom DAV und den AOKs: Die Einführung der Rabattverträge ist gut angelaufen. Damit werden wir über die Laufzeit von zwei Jahren bis zu eine Milliarde Euro einsparen können. Und wir bleiben dran. Die nächste Rabattvertragsausschreibung wird von uns derzeit vorbereitet. So werden wir das Einsparpotential im Generikamarkt vollständig heben. Diese erfolgreichen AOK-Aktivitäten sind Realität. Diesen erfolgreichen Kurs wollen wir fortsetzen und dringen dafür auf mehr Freiheit für unsere Aktivitäten zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Und wir dringen auf eine stabile Finanzbasis für die gesetzliche Krankenversicherung auch 2010 und darüber hinaus.

Sehr geehrte Damen und Herren,

Stabilität und Sicherheit einer großen und starken Krankenkasse werden gerade in der aktuellen Wirtschaftskrise von den Mitgliedern sehr geschätzt. Starke gesetzliche Krankenkassen sind ein wichtiger Stabilitätsanker. Und der erfolgreich angelaufene Gesundheitsfond hat dazu bisher einen wesentlichen Beitrag geleistet, weil er der GKV durch ein Zwischendarlehen die sonst durch die Wirtschaftskrise notwendigen starken Beitragssatzerhöhungen zunächst erspart. Das erkennen wir an.

Statt Beitragssatzerhöhungen durch die Wirtschaftskrise bietet der Fonds 2009 geborgte Stabilität, ja sogar zusätzlich eine steuerfinanzierte Beitragssatzsenkung zum 1. Juli auf 14,9 %.

Die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung muss aber über 2009 hinaus gesichert werden. Deshalb können wir der Politik nur dringend raten, die Vorschläge der AOK und des Spitzenverbandes aufzugreifen.

Auch in Wahlkampfzeiten muss hierüber eine sachliche, lösungsorientierte Diskussion möglich sein. Der Stabilitätsanker gesetzliche Krankenversicherung muss auch 2010 und darüber hinaus festen Halt haben. Die notwendigen Entscheidungen dafür müssen von der neuen Bundesregierung unverzüglich getroffen werden. Gerade Menschen, die um Ihren Arbeitsplatz bangen, müssen auf die Sicherheit einer leistungsfähigen und stabilen Gesundheitsversorgung vertrauen können. Dafür setzt sich die AOK ein.

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach einem guten Finanzergebnis im ersten Quartal 2009 wird die AOK in diesem Jahr insgesamt ein ausgeglichenes Finanzergebnis erreichen. Die gute Nachricht deshalb: Wir werden 2009 keine Zusatzbeiträge erheben.

Die positiven Effekte der konjunkturstützenden Beitragssenkung auf 14,9 % dürfen nun aber kein Strohfeuer sein, das am 31.12.2009 erlischt. Die neue Bundesregierung wird deshalb schnell Entscheidungen zu treffen haben, die eine nachhaltige Stabilisierung des Systems bewirken. Dazu müssen Regelungen der letzten Gesundheitsreform korrigiert werden, die sich in der Wirtschaftskrise als untauglich erwiesen haben.

So kann die Nachhaltigkeit der Stabilitätsfaktoren der gesetzlichen Krankenversicherung sofort gesichert werden. Die AOK empfiehlt daher, noch 2009 mit einem Vorschaltgesetz dafür zu sorgen, dass die gesetzliche Krankenversicherung auch 2010 und darüber hinaus Stabilitätsanker bleiben kann.

Das Vorschaltgesetz sollte drei Kernpunkte enthalten:

- Das für 2009 vorgesehene Darlehen an den Gesundheitsfonds wird in einen Steuerzuschuss umgewandelt.
- Wettbewerbsverzerrende gesetzliche Regelungen für Zusatzbeiträge werden korrigiert.
- Der gesetzliche Zwang zum Abschluss von Verträgen zwischen privatrechtlichen Hausärzte-Verbänden und gesetzlichen Krankenkassen wird abgeschafft.

Warum diese drei Punkte?

Die gesetzlichen Krankenkassen brauchen durch ein Vorschaltgesetz sichere Rahmenbedingungen für 2010 und darüber hinaus.

- Erstens: Die Tilgungsverpflichtung für das zinslose Darlehen, das der Bund dem Gesundheitsfonds gewährt, darf nicht wie ein Damoklesschwert über den Kassenmitgliedern hängen. Sowohl für 2009 wie für 2010 muss die von der Wirtschaftskrise verursachte Finanzlücke durch Steuerzuschüsse geschlossen werden. Jede andere Finanzierungsregelung wäre konjunkturföndlich.
- Zweitens: Zusätzlich müssen die gesetzlichen Regelungen für die Zusatzbeiträge geändert werden, weil sie ohne solche zielgerichteten Veränderungen zu ordnungspolitisch unsinnigen Konsequenzen führen. Denn die geltenden Regelungen würden den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen in eine kontraproduktive Risikoselektion treiben und bald vollständig ersticken durch einen Einheitsbeitrag auch beim Zusatzbeitrag. Die Gründe dafür werde ich Ihnen gleich noch etwas ausführlicher erläutern.
- Und schließlich drittens: Die Krankenkassen dürfen nicht länger gesetzlich zu Verträgen mit Hausärzteverbänden verpflichtet werden.

Selbstverständlich kann es nach unseren Vorstellungen nicht mit diesen drei Maßnahmen im Rahmen eines Vorschaltgesetzes getan sein. In der Perspektive fordern wir für die kommende Legislaturperiode eine durchgreifende Verstärkung der wettbewerblichen Elemente in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir benötigen mehr

Handlungs- und Gestaltungsspielräume in allen Versorgungsbereichen. Ich will darauf nachher noch intensiver eingehen.

Zunächst aber: Warum benötigen wir nach der Bundestagswahl schnell ein Vorschaltgesetz, wie ich es soeben skizziert habe?

Nun, die in 2009 aufgrund der Wirtschaftskrise sich ergebenden Beitragsausfälle in Höhe von einigen Milliarden Euro (gemäß Schätzerkreis im April 2009 bisher 2,9 Mrd.) müssen „erst“ im Jahre 2011 von den Krankenkassen zurückbezahlt werden. Das mag sich zunächst beruhigend anhören, denn bis dahin kann ja noch vieles passieren. Aber leider steht bereits heute fest: Die Dimension des Darlehens wird im Jahre 2011 so groß sein, dass die Finanzierung über Zusatzbeiträge mehr als problematisch wäre. Der GKV droht schon sehr bald eine enorme Finanzierungslücke. Es ist daher unausweichlich, dass die durch die Wirtschaftskrise verursachten Einnahmedefizite nicht als kurzfristiges Darlehen, sondern als Zuschuss ausgeglichen werden.

Für 2010 zeichnet sich nach unseren Schätzungen für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung bereits jetzt eine Finanzlücke von rund sieben Milliarden Euro ab. Dafür ist nicht der Gesundheitsfonds verantwortlich. Dafür ist auch nicht die Bundesregierung verantwortlich zu machen. Diese Entwicklung ist hauptsächlich der aktuellen Wirtschaftskrise geschuldet. Und wir hoffen natürlich alle, dass wir 2010 schon wieder auf gutem Weg aus der Krise sein werden. Entsprechend sind wir von durchaus optimistischen Annahmen für 2010 ausgegangen. Und wir würden uns natürlich freuen, wenn das Jahr 2010 sich tatsächlich noch besser entwickeln würde.

Die große Lücke erklärt sich vor allem dadurch, dass 2010 die Wirtschaftskrise voll auf die GKV durchschlägt. Dann treffen steigende Ausgaben auf eine um das Darlehen reduzierte und weiter sinkende Beitragsbasis.

Folgende Entwicklungen prognostizieren wir:

- Die Einnahmen je Versichertem steigen um 1% – und dies vor allem durch den steigenden Bundeszuschuss (Die Grundlohnsumme sinkt bei dieser Annahme um 0,6 %).
- Die Ausgaben je Versichertem steigen um 3,5 %.
- Der Gesundheitsfonds deckt somit nur noch 95 bis 96 % der anfallenden Ausgaben.
- Die Unterdeckung des Fonds beträgt damit rund sieben Mrd EUR.

Dies zeigt die dramatischen Folgen der Wirtschaftskrise für die GKV. Schon um im ersten Jahr nach Einführung des Gesundheitsfonds, also 2010, wird der durchschnittliche GKV-weite Zusatzbeitrag über 8 EUR liegen. Umso dringender ist daher der Handlungsbedarf im Zusammenhang mit der Überforderungsklausel.

Wir setzen darauf, dass die neue Bundesregierung diese Finanzlücke nicht durch Zusatzbeiträge schließen will, sondern die von der Wirtschaftskrise verursachten Ausfälle durch Steuermittel ausgleicht.

Was passiert, wenn die drohende Finanzlücke in der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch vollständig über Zusatzbeiträge gestopft werden muss? Dann hätten wir in kurzer Zeit neben dem heutigen einheitlichen Basisbeitragssatz auch einen einheitlichen Zusatzbeitrag bei allen gesetzlichen Krankenkassen. Wie hoch wäre der? Rund 1 %.

Warum ist das so? Schon im Jahre 2010 hätten wir im Durchschnitt aller Krankenkassen einen Zusatzbeitrag von 11,60 EUR. Dieser Betrag ergibt sich aus folgender Rechnung: Rd. sieben Milliarden Finanzlücke 2010, aufgeteilt auf rd. 50 Millionen GKV-Mitglieder, macht 140 EUR pro Mitglied und Jahr. Monatlich sind das also etwas über 11,60 EUR für den Zusatzbeitrag.

Schauen wir ein Jahr weiter: Dann sinkt die Fondsausstattung mit großer Sicherheit unter 95 %. Mit der Folge, dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag sogar deutlich über 17 EUR steigen würde. Prozentual ausgedrückt liegt der Zusatzbeitrag GKV-weit je Mitglied dann bei 1% ihrer beitragspflichtigen Einkommen. Mehr können die Kassen aufgrund der Härteregelung nicht erheben. Hinzu käme die Rückzahlung des Darlehens aus dem Jahre 2009 in Höhe von rd. 2,9 Mrd. EUR. Die Folge: Der Zusatzbeitrag müsste noch weiter steigen, was jedoch aufgrund der Härteregelung bei den meisten Kassen nicht möglich sein wird.

Nur wenige Krankenkassen mit einer guten Einkommensstruktur ihrer Mitglieder werden die erforderlichen Mittel über Zusatzbeiträge schöpfen können. Die Konsequenz dieser Entwicklung ist bizarr:

Die mit der Gesetzgebung intendierte Stärkung des Preiswettbewerbs über unterschiedliche Zusatzbeiträge würde zum Zusatz-Einheitsbeitragssatz für alle Versicherten führen. Zugleich sind nahezu 100 % aller GKV-Mitglieder plötzlich Härtefälle. Vorstellbar, dass die politisch Verantwortlichen dies wirklich wollen, ist das für uns nicht. Wie könnte der Weg aus dieser Sackgasse aussehen?

Das Wichtigste: Die unsinnige Kombination von Zusatzbeiträgen und Härtefallregelung muss aufgelöst werden. Wege dazu wurden der Bundesregierung bereits im Jahre 2006 von den eigens von ihr selbst bestellten Gutachtern Prof. Fiedler und Prof. Rürup aufgezeigt. Diese Beiden haben eine Finanzierung der Überforderungsklausel aus einem aufgestockten Gesundheitsfonds oder aus Steuermitteln als gangbaren Weg aufgezeigt.

Noch einfacher freilich wäre unser AOK-Vorschlag: Würde man eine prozentuale, also einkommensbezogene Einhebung des Zusatzbeitrags verpflichtend machen, so könnte man auf die Härtefallbegrenzung ohne jede soziale Benachteiligung vollständig verzichten.

Darüber hinaus hätte eine solche Lösung den Vorteil, dass sie sich in die bestehende Beitragssystematik einbetten ließe. Es würde sich ja dann um nichts anderes handeln, als eine kassenindividuell unterschiedliche Aufstockung des bereits heute nur von den Versicherten zu zahlenden Beitragsteils in Höhe von 0,9 %. Damit ließe sich der Zusatzbeitrag zugleich unaufwändig mit dem bereits bestehenden und bewährten Einzugs-Instrumentarium erheben. Und zugleich wäre er ohne Brüche in den Finanzkraftausgleich des Risikostrukturausgleichs einzubinden. Gerade letzteres wäre unter wettbewerblichen Gesichtspunkten dringend geboten.

Warum vertreten wir die Auffassung, dass auch die Finanzkraft, die den Zusatzbeiträgen zugrunde liegt, in den Risikostrukturausgleich eingebunden werden muss? Ganz einfach deshalb, weil ohne diese RSA-Einbindung Kassen mit einkommensschwacher Versichertenstruktur – unter ansonsten völlig identischen Bedingungen – ihren Versicherten einen höheren Anteil des Einkommens für die Zusatzbeiträge abfordern müssten als Kassen mit einkommensstarken Versicherten. Und das, obwohl sie gut gewirtschaftet haben. Unter den jetzigen Bedingungen trifft z.B. ein von AOK-Mitgliedern zu zahlender Zusatzbeitrag auf unterdurchschnittliche Einkommen: Das Grundlohniveau etwa der Techniker Krankenkasse liegt um 57 % höher als der AOK-Durchschnitt. Es ist sogar doppelt so hoch wie die Grundlöhne der AOK Mecklenburg-Vorpommern.

Findet der volle Grundlohn- oder Finanzkraftausgleich nicht statt, dann belastet die Techniker Krankenkasse bei gleichem Zusatzbeitrag ihre Versicherten nur halb so stark wie die AOK Mecklenburg-Vorpommern.

Es liegt also auf der Hand: Die Belastung der Versicherten mit Zusatzbeiträgen wird in durchaus relevantem Maße von der Verteilung der einkommensschwachen Versicherten geprägt, und leider nicht allein von der Effizienz des Wirtschaftens der jeweiligen Krankenkasse. Der Anreiz zur Risikoselektion und zur Ausgrenzung einkommensschwacher Versichertengruppen bleibt durch diese Regelung erhalten. Dabei war es ja das erklärte politische Ziel des Gesetzgebers, die Einkommensunterschiede der Versicherten als Element der Risikoselektion und als bisher bestimmendes Moment für die Beitragssatzhöhe zu neutralisieren.

Lassen Sie es mich noch einmal zusammenfassen: Wir halten es für dringend geboten, diese unsinnige Kombination von Zusatzbeiträgen und Überforderungsklausel aufzulösen.

Was schlagen wir vor? Am besten gelingt das mit einem prozentual erhobenen Zusatzbeitrag,

- der die Überforderungsklausel verzichtbar macht,
- der einfach, ohne aufwändige und teure Zusatzbürokratie, zu erheben wäre,
- und der ohne logische Brüche in die Beitragssystematik und in die Systematik des Risikostrukturausgleichs einzubinden wäre.

Gerade Letzteres würde das politische Ziel, faire Wettbewerbsbedingungen zu schaffen – unabhängig von den Einkommensstrukturen der Krankenkassen – nachhaltig unterstützen.

Ich komme zum dritten Element, das wir in einem Vorschaltgesetz gerne sehen würden: Die Beseitigung des Kontrahierungszwangs im § 73b des SGB V.

Warum sollen die Krankenkassen nicht mehr gesetzlich verpflichtet sein, mit Hausärzteverbänden Hausarztverträge abzuschließen?

Die AOK hat bundesweit bereits rund drei Millionen Versicherte für die Einschreibung in hausärztliche Versorgungsprogramme gewonnen. Sie wurden auf freiwilliger Basis

zwischen den AOKs und Hausärzte-Gemeinschaften vereinbart. Zum Teil wurde dies unter bewusstem Einbezug der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt. Freiwillige Vertragsabschlüsse sind der einzig richtige Weg, zu einer besseren hausärztlichen Versorgung zu kommen. Das haben die letzten Monate noch einmal ganz deutlich unterstrichen, auch weil Hausärzteorganisationen das Entgegenkommen des Gesetzgebers mancherorts gründlich missverstanden haben. Sie haben dies als Freibrief für unrealistische finanzielle Forderungen interpretiert.

Die AOK ist selbstverständlich bereit, eine bessere Versorgung ihrer Versicherten auch entsprechend zu honorieren. Hierzu zählen etwa das Angebot flexibler Abendsprechstunden, kurze Wartezeiten und mehr ärztliche Zuwendung gerade für Patienten, die sich im Dschungel des Gesundheitswesens nicht ohne qualifizierte Hilfe zurechtfinden. Entscheidend ist deshalb für uns, dass mit den Hausarztverträgen auch derartige Verbesserungen verknüpft werden, und dass Steuerungspotentiale zur gezielten Nutzung von Effizienzreserven bei den veranlassten Leistungen entfaltet werden können.

Vorschaltgesetz – nur ein erster Schritt

Das von der AOK vorgeschlagene Vorschaltgesetz kann nur ein erster Schritt sein. Weitere Reformschritte beanspruchen längere parlamentarische Beratungen und werden daher in der nächsten Gesundheitsreform – die so sicher wie das Amen in der Kirche kommt – zu regeln sein.

Sehr geehrte Damen und Herren,
die AOK-Positionen zur Gesundheitspolitik machen deutlich, dass trotz aller Reformbemühungen der letzten Jahre keine Lösung für eine nachhaltige finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung gelungen ist. Aber: Dieses Problem duldet keinen Aufschub, es muss jetzt dringend gelöst werden.

Die AOK spricht sich in ihrem Positionspapier auch nachdrücklich dafür aus, die Marktordnung der GKV weiter zu optimieren. So soll der Wettbewerb zur Stärkung einer qualitativ hochwertigen, wohnortnahen und wirtschaftlichen Versorgung weiter vorangetrieben werden. Dies setzt aber voraus, dass Leistungserbringer künftig nicht allein aufgrund ihrer Zulassung an der Versorgung der Versicherten teilnehmen können. Sondern wir als Kasse müssen selbst aussuchen können, mit wem wir Verträge machen und mit wem wir über Qualität, Preis und Menge der Versorgungsleistungen Vereinbarungen treffen wollen. Nur so schaffen wir mehr Anreiz-, Entscheidungs- und Handlungsspielräume, um eine hochwertige Versorgung zu erreichen.

Das AOK-Positionspapier unterbreitet darüber hinaus Vorschläge zu weiteren in den Versorgungsbereichen erforderlichen Reformschritten. Ich muss mich aus zeitlichen Gründen an dieser Stelle darauf beschränken, einige wichtige Punkte herauszugreifen.

Arzneimittel

Der Anteil der Ausgaben für – insbesondere innovative – Arzneimittel an den GKV-Ausgaben wächst kontinuierlich. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund dürfen Effizienzreserven nicht ungenutzt bleiben. Zur Erschließung der Potentiale leisten unter anderem unsere Rabattverträge einen wichtigen Beitrag. Damit können die Krankenkassen den generischen Preiswettbewerb – bei knapp der Hälfte des GKV-Arzneimittelum-

satzes in Höhe von 13 Milliarden Euro (AOK 2008: 5,4 Milliarden Euro) – nutzen. Der Markt der patentgeschützten Arzneimittel, der seit Jahren ansteigt und im Jahr 2008 GKV-weit knapp 37 Prozent des Bruttoumsatzes beinhaltet, ist jedoch nach wie vor nur wenig von Kassenseite beeinflussbar. Arzneimittelexperten, wie Prof. Schwabe in seinem Arzneiverordnungs-Report, gehen davon aus, dass bei gleichbleibender Versorgungsqualität der Patienten pro Jahr hierbei 1,3 Mrd. EUR einzusparen sind. In Deutschland gilt jedoch, dass jedes zugelassene Arzneimittel von uns – zu Preisen, die der pharmazeutische Hersteller von uns fordert – gezahlt werden muss. Aus diesem Grunde – so der AOK-Vorschlag – dürfen verschreibungspflichtige Arzneimittel künftig nicht mehr automatisch mit ihrer Zulassung in der GKV erstattungsfähig werden. Das bedeutet: Bei vergleichbaren, austauschbaren Arzneimitteln können Krankenkassen künftig ergänzend oder alternativ zu Rabattverträgen mit Herstellern Preisverhandlungen führen und Versorgungsverträge schließen. Dadurch entstehen am Bedarf der Versicherten ausgerichtete Arzneimittelsortimente, aus denen hervorgeht, welche Arzneimittel zu Lasten der jeweiligen Kasse abgerechnet werden können. Das ist die gute, kundengerecht flexible Alternative zu starren Positivlisten.

Bei nicht austauschbaren, innovativen Arzneimitteln (Verbesserung oder Neuerung) ist dieser Weg verschlossen. Die Erstattungsfähigkeit und ihre Höhe sollte hier bei verbesserten Arzneimitteln von einer Kosten-Nutzen-Bewertung und bei neuen Arzneimitteln von einer Nutzenbewertung abhängig gemacht werden. Beide Instrumente sind bereits heute grundsätzlich in den rechtlichen Vorgaben verankert. Sie gilt es, weiterzuentwickeln und konsequent umzusetzen.

Anstatt wie bisher die entsprechenden Bewertungsverfahren erst nach Eintritt in den GKV-Markt anzuwenden, sollte künftig vor dem Marktzugang eine schnelle, vorläufige Bewertung vorgenommen werden. So könnte dann ein einheitlicher, GKV-weiter Höchstpreis als Orientierungswert festgelegt werden. Für diese schnellen, vorläufigen Bewertungen stehen bereits von den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene entwickelte Instrumente (z.B. EVITA) zur Verfügung. Im direkten Anschluss an dieses Verfahren sollte eine weitere längerfristig angelegte Nutzen- bzw. Kosten-Nutzen-Bewertung folgen. Deren Ergebnisse könnten zur Überprüfung der Ausgangsergebnisse führen und gegebenenfalls eine Anpassung der Preise nach sich ziehen. Dies sollte in regelmäßigen Intervallen wiederholt werden.

Ambulante Versorgung: Wettbewerb zwischen Kollektiv- und Selektivverträgen

In der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung muss der Wettbewerb zwischen Kollektiv- und Selektivverträgen gefördert werden. Selektivverträge funktionieren nur, wenn zur Verhinderung einer Doppelfinanzierung die morbiditätsorientierte Vergütung in der kollektivvertraglichen Versorgung entsprechend bereinigt wird. Darüber hinaus können selektivvertragliche Optionen ihr volles Potential nur entfalten, wenn keine Kontrahierungszwänge bestehen, die über das Gebot der Sicherstellung der Versorgung hinausgehen.

Stationäre Behandlung

Sehr geehrte Damen und Herren,
auch für den stationären Sektor hat die AOK Optimierungsvorschläge vorgelegt. Künftige strukturelle Veränderungen in der stationären Versorgung sollten zwischen not-

fallähnlichen Leistungen, die in unmittelbarer Nähe zum Versicherten zur Verfügung stehen müssen, und planbaren Leistungen, bei denen ein Krankenhaus ausgewählt werden kann (sog. elektive Leistungen) unterscheiden.

Die Krankenkassen brauchen vom Gesetzgeber Handlungsspielraum, um über Verträge mit einzelnen Krankenhäusern eine qualitativ hochwertige Versorgung ihrer Versicherten mit elektiven Leistungen sicherzustellen. Der derzeitige faktische Kontrahierungszwang in der stationären Versorgung muss für den Bereich der elektiven Leistungen aufgehoben werden. Die gesetzliche Regelung bei DRGs für die selektiven Leistungen muss dann nur noch eine Leistungsdefinition enthalten und kann die Vereinbarung von Preisen und Mengen in den freien Wettbewerb entlassen. Das intensiviert zum Nutzen der Patienten wie der Beitragszahler den Leistungs- und Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenhäusern und hilft, Effizienzreserven zu heben.

Wir haben es immer gesagt: Der Morbi-RSA wirkt richtig.

Sehr geehrte Damen und Herren,
seit etwas mehr als fünf Monaten wirkt der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, kurz Morbi-RSA. Er sorgt dafür, dass das Geld der Beitragszahler deutlich zielgenauer dorthin gelangt, wo es zur Behandlung der Patienten gebraucht wird. Verbesserungsbedürftig sind noch die Transparenz der BVA-Zuweisungskalkulation und die Liquiditätssteuerung. Daran arbeitet das BVA bereits. Wir erwarten hier eine schrittweise Optimierung.

Der AOK-Gemeinschaft stehen durch den Morbi-RSA unter dem Strich 2009 gegenüber 2008 rund 650 Mio EUR mehr zur Versorgung ihrer Versicherten zur Verfügung als noch 2008. Das ist die gute Nachricht, über die wir uns freuen.

Doch es gibt auch neue Belastungen für die AOK, die der Morbi-RSA mit ausgleichen muss: Im Vergleich zu den anderen Kassen kostet die AOK die Punktwertangleichung in der ambulanten ärztlichen Versorgung rund 400 Mio. Euro. Das heißt, dass der „Netto-Effekt“ der stärkeren Berücksichtigung der Morbidität also zunächst gering bleibt. Deshalb will ich an dieser Stelle einmal mehr betonen: Mit dem Morbi-RSA wurden für alle Krankenkassen Anreize gesetzt, in innovative Versorgungskonzepte zu investieren. Auf Dauer reicht es unter den neuen Rahmenbedingungen nämlich nicht mehr aus, sich auf die Akquisition einkommensstarker und gesunder Versicherter zu konzentrieren.

Wesentlich dazu beigetragen hat im Übrigen – neben dem Morbi-RSA – der gleichzeitig durch den Gesundheitsfonds verwirklichte vollständige Grundlohn- oder Finanzkraftausgleich. Allein hierdurch hat sich die Finanzsituation der AOK um rd. 890 Mio. EUR verbessert.

Die genannten Zahlen kann man allerdings nur dann richtig einordnen, wenn man das Gesamtbudget der AOK von rund 65 Milliarden Euro in 2009 berücksichtigt. Darauf bezogen, kommt man auf die saldierte Besserstellung der AOK von unter zwei Prozent.

Gerade deshalb betone ich immer wieder: Es geht darum, die richtigen wirtschaftlichen Anreize für die Krankenkassen zu setzen. Das macht den Morbi-RSA für das gesamte Gesundheitswesen so außerordentlich wichtig.

Der RSA alter Prägung hatte einen wesentlichen Konstruktionsfehler: Er machte keinen Unterschied zwischen kranken und gesunden Versicherten. Für einen chronisch kranken 40-Jährigen erhielten die Krankenkassen die gleiche Zuweisung wie für einen Gesunden gleichen Alters – und das, obwohl diese beiden Versicherten völlig unterschiedliche Kosten verursachten. Es lohnte sich also für eine Krankenkasse, möglichst viele Gesunde zu versichern – damit begann die Jagd nach den „guten Risiken“. Der Beitragssatz war somit kein eindeutiges Signal für die Qualität oder das wirtschaftliche Handeln einer Krankenkasse, sondern das Ergebnis eines verzerrten Wettbewerbs.

Die Politik hat dieses Problem erkannt und sich für die Einführung des Morbi-RSA entschieden, um einen möglichst fairen Wettbewerb unter den Krankenkassen zu etablieren.

Die Morbidität der Versicherten wird nun anhand von Krankenhausdiagnosen sowie – anders als von den vom Gesundheitsministerium beauftragten Gutachtern ursprünglich vorgeschlagen – ambulanten Diagnosen bestimmt. Diese Diagnosen müssen jedoch mindestens in zwei Quartalen vom Arzt kodiert sein. Bei einem Teil der Diagnosen muss zusätzlich die Verordnung einer Mindestmenge bestimmter Medikamente vorliegen. Rund 70 Prozent der Morbiditätszuschläge werden den Versicherten auf Basis ambulanter Diagnosen zugeordnet. Diese ambulanten Diagnosen erhalten somit eine große Bedeutung für die Zielgenauigkeit der Zuweisungen aus dem Morbi-RSA. Warum? Weil diese wiederum Voraussetzung für die bedarfsgerechte Versorgung vor allem kranker Versicherter sind.

Es liegen bis dato für den ambulanten Bereich, anders als für den stationären Bereich, keine offiziellen Kodierrichtlinien vor. So ist es nicht verwunderlich, dass die Kodierqualität der ambulanten Diagnosen sowohl regional als auch zwischen den Arztgruppen variiert. Im Zusammenhang mit der Kodierqualität der ambulanten Diagnosen gab es in den letzten Monaten eine breite Diskussion, ob der Schritt in Richtung einer stärkeren Morbiditätsorientierung richtig war. Die derzeit noch verbesserungsbedürftige Qualität dieser Diagnosen wird hierbei vor allem von den Gegnern des Morbi-RSA herangezogen, um das gesamte System der Morbiditätsorientierung zu diskreditieren. Dabei ist es nicht erstaunlich, dass es sich bei diesen Gegnern häufig um die Profiteure des ehemaligen Systems handelt.

Lassen sich mich daher noch einmal in aller Deutlichkeit feststellen: Kodierung ist für die AOK kein Wettbewerbsfeld. Die AOK hält die Kodierqualität für verbesserungsbedürftig und setzt auf bundesweit verbindliche, einheitliche Kodierrichtlinien.

Kritiker des Morbi-RSA behaupten immer wieder, dass nun nur noch ein kranker Versicherter ein gutes Risiko für die Krankenkassen darstelle. Richtig ist, dass der Morbi-RSA die Mittel zielgenauer verteilt und daher für Gesunde nicht mehr soviel Geld bereitstellt wie der alte RSA. Die Zuweisungen für Gesunde liegen jedoch noch immer deutlich höher als deren tatsächliche Kosten. Für die Versorgung von Kranken werden durch den Morbi-RSA mehr Mittel zur Verfügung gestellt. Die durchschnittlichen Zuweisungen liegen jedoch weiterhin – wenn auch in einem erheblich geringeren Umfang als beim alten RSA – unterhalb ihrer durchschnittlichen Kosten.

Gesunde bleiben somit weiterhin die besten Risiken. Allerdings ist unter den neuen Bedingungen des Morbi-RSA die Jagd auf die „guten Risiken“ deutlich schwieriger geworden. Dies gilt umso mehr, da die Krankheitsauswahl jährlich neu festgelegt wird und damit auch das Klassifikationssystem entsprechend modifiziert wird. Für eine Kasse ist es daher sinnvoller, ihre Anstrengungen auf eine wirtschaftliche, qualitativ gute und effiziente Versorgung zu fokussieren, wenn sie denn ihre Position im Wettbewerb verbessern will. Da auf die chronisch und schwer Kranken 80 Prozent der GKV-Ausgaben entfallen, lassen sich gerade hier durch eine bessere Versorgung Ausgaben einsparen.

Wie kann dies gelingen?

Indem eine Kasse durch gezieltes Versorgungsmanagement den Verlauf einer Erkrankung positiv beeinflusst, so dass die Erkrankungskosten längere Zeit unterhalb der GKV-durchschnittlichen Ausgaben für diese Erkrankung liegen. So erzielt sie unter Morbi-RSA-Bedingungen positive finanzielle Effekte. Der Morbi-RSA ist somit Triebfeder und Voraussetzung für ein effektives Versorgungsmanagement, wodurch Gesundheitszustand und Lebensqualität der Versicherten verbessert werden können.

Sehr geehrte Damen und Herren,
der jetzt geltende Morbi-RSA macht es für alle Krankenkassen wichtig, gutes Versorgungsmanagement zu haben. Unwirtschaftlichkeiten durch schlechtes Versorgungsmanagement waren bisher vor allem bei Kassen verdeckt, die deutlich mehr Geld erhielten, als sie tatsächlich zur Behandlung ihrer Patienten benötigten.

Im Bereich des guten und effektiven Versorgungsmanagements hat die AOK viel Know-how, das andere Kassen jetzt erst aufzubauen beginnen. Das zeigt, der Morbi-RSA beginnt im Sinne des Gesetzgebers zu wirken: Gute medizinische Versorgung zu günstigen Kosten ist jetzt für alle Kassen im Wettbewerb von zentraler Bedeutung. Wenn die Politik durch weitere Reformen in der nächsten Legislaturperiode den Kassen endlich mehr Handlungsspielraum gibt, können wir die medizinische Versorgung weiter verbessern. Das nützt den Patienten und auch dem Beitragszahler.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!