



vdak Verband der
Angestellten-
Krankenkassen e.V.

AEV - Arbeiter-
Ersatzkassen-
Verband e.V.



KNAPPSCHAFT



Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen

Diskussionsveranstaltung

"Gesundheit nachhaltig gestalten"

Statement von:

Dr. Hans-Jürgen Ahrens

Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes

Mittwoch, 28. Juni 2006

im Hotel Aquino, Tagungszentrum, Katholische Akademie, Han-
noversche Straße 5b, 10115 Berlin

- Es gilt das gesprochene Wort -

Sehr geehrte Damen und Herren,

warum haben wir Sie zu dieser Veranstaltung eingeladen?

Weil wir gemeinsam mit Ihnen die Politik wachrütteln wollen!

Es ist jetzt dringend notwendig, dass wir uns laut und deutlich zu Wort melden und darauf hinweisen, dass bei den Beratungen zur Gesundheitsreform etwas schief läuft.

Hinter verschlossenen Türen werden Weichenstellungen für unser Gesundheitswesen getroffen, deren Wirkungen für kranke Menschen und die Beitragszahler in der öffentlichen Diskussion noch nicht gebührend beachtet werden.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben keine andere Möglichkeit, als sich an die Öffentlichkeit zu wenden, denn obwohl nahezu 90 v. H. der Menschen in Deutschland gesetzlich versichert sind, wird mit den gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände nicht gesprochen.

Wir werden nicht gehört!

Und es ist eine Farce, Vertreter der PKV in die Verhandlungsrunde der Kooperationsgruppe zur Gesundheitsreform einzuladen und die gesetzliche Krankenversicherung auf die Anhörungen im Deutschen Bundestag zu verweisen. Weiß doch jeder, dass diese Anhörungen so gut wie nichts mehr bewegen. Das hier angewandte Verfahren läuft oft genug auf ein „Bestellverfahren“ hinaus: Die einen bestellen sich die Fragen, die sie brauchen und die anderen bestellen sich die Antworten, die sie hören wollen, um ihre politischen Ziele zu verfolgen.

Deshalb gilt es jetzt, die anstehenden Entscheidungen zu beeinflussen. Wenn am kommenden Sonntag im Koalitionsausschuss die Eckpunkte einer Gesundheitsreform abschließend beschlossen werden und von den Regierungsfractionen anschließend am Dienstag abgesegnet werden, dann sind diese Eckpunkte in „Stein gemeißelt“. Wenn sich die Große Koalition in ihrem schwierigsten Reformvorhaben einmal auf einen Weg mit inhaltlichen Meilensteinen verständigt hat, wird sie diesen Weg nicht mehr verlassen können.

Diese Große Koalition hat die historische Chance, das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfest zu gestalten und die damit zusammenhängenden gesundheits- und gesellschaftspolitischen Probleme zumindest entscheidend zu entschärfen. Es darf deshalb am kommenden Sonntag kein Ergebnis herauskommen, dass diese Chance zu Gunsten eines politischen Kompromisses um des Kompromisses Willen verspielt wird.

Im Mittelpunkt der politischen und öffentlichen Diskussion steht die Finanzierungsreform des deutschen Gesundheitswesens. Die Zauberformel hierzu lautet: Zentraler Gesundheitsfonds.

Es gibt unterschiedliche Vorschläge zur Realisierung. Da ist zum einen das sogenannte „Kauder-Modell“, dann die Version der Bundesgesundheitsministerin und schließlich gibt es auch noch das sogenannte „Lauterbach-Modell“. Im Kern ist allen Modellen zu Eigen, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung, also die Beiträge, die Arbeitnehmer und Arbeitgeber bislang an die Krankenkassen abführen, unmittelbar – oder im „Lauterbach-Modell“ der Arbeitnehmerbeitrag mittelbar – an den Gesundheitsfonds abgeführt werden.

In einen solchen Gesundheitsfonds könnte auch die PKV vollständig integriert oder mit Sonderzahlungen einbezogen werden. Auch die derzeit diskutierten Steuerzuschüsse, z. B. zur Finanzierung der mitversicherten Kinder in Höhe von ca. 15 Milliarden € oder darüber hinausgehende höhere Steuerzuschüsse von bis 24 Milliarden € würden in diesen Gesundheitsfonds fließen.

Die aktuell öffentlich diskutierten Summen für eine Mitfinanzierung des Gesundheitswesens durch Steuern werden u. a. mit den familien- und gesamtgesellschaftspolitischen Leistungen, die Krankenkassen erbringen, begründet.

Alle Modelle, die auf dem Verhandlungstisch der Großen Koalitionäre liegen, sehen weiter vor, dass die Krankenkassen dann pro Versicherten monatlich eine Pauschale erhalten. Kassen, die damit nicht hinkommen, müssen von ihren Versicherten eine zusätzliche Prämie - die sogenannte kleine Prämie – verlangen. Im „Lauterbach-Modell“ würde sich der vom Versicherten zu tragende Beitragssatz erhöhen.

Wenn die Politik sich auf die Gestaltung eines Gesundheitsfonds einigt, dann haben die Krankenkassen und ihre Verbände konstruktive Lösungsvorschläge für die dann notwendigen Instrumente. Es kommt entscheidend auf die Ausgestaltung und vor allem auf die Wirkungen der Instrumente innerhalb eines Gesundheitsfondsmodells an.

Und die Wirkungen einer „kleinen Prämie“ sind verheerend!

Eine „kleine Prämie“ richtet sich vor allem gegen Kranke!

Eine „kleine Prämie“ richtet sich auch gegen Versicherte mit geringeren Einkommen!

Ein Finanzierungsmodell für das deutsche Gesundheitswesen, das sich gegen Kranke und gegen Versicherte mit geringeren Einkommen richtet, kann und darf kein Zukunftsmodell sein.

Im übrigen: Eine repräsentative Forsa-Umfrage vom April diesen Jahres zeigt, dass

87 % der Bürgerinnen und Bürger das bestehende, bewährte System der gesetzlichen Krankenversicherung wollen.

Die Menschen haben dabei ein feines Gespür für Gerechtigkeit, so lehnen

73 % der Befragten zusätzliche Prämien für die Versicherten ab.

Die Einführung einer „kleinen Prämie“ lässt befürchten, dass die „kleine Prämie“ schnell zu einer „großen Prämie“ wird - und sich verdoppeln und verdreifachen wird -, weil zukünftige Ausgabensteigerungen und der medizinische Fortschritt hierüber finanziert werden.

Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen würde endgültig fehlgeleitet, weil die Kassen sich nur noch um die gesündesten Versicherten bemühen, um die Prämie niedrig zu halten.

Und im übrigen: Kranke werden noch stärker belastet, weil die Erfahrung zeigt, dass fast ausschließlich Gesunde die Krankenkasse wechseln. Deutliche Prämienunterschiede werden diesen Kassenwechsel noch verstärken, da der „Preis“ noch transparenter wird. Versorgerkrankenkassen geraten weiter ins Hintertreffen und ihre (kranken) Versicherten müssen weiter steigende Prämien zahlen.

In der Koalitionsarbeitsgruppe diskutierten Pläne, eine solche „kleine Prämie“ z. B. durch Selbstbehalte zu kaschieren, werden fehlschlagen. Erstens, weil vor allem Gesunde und nicht Kranke einen Selbstbehalttarif wählen werden und zweitens, wenn überwiegend Gesunde einen Selbstbehalttarif wählen, die Einnahmen nach unten gehen, die Ausgaben aber nicht. Damit wird es noch teurer für Kranke.

Auch Sondertarife für besondere Versorgungsformen werden zumindest in der Startphase einer „kleinen Prämie“ Kranke nicht entlasten. Erstens

müssen die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erst einmal vorhanden und stimmig sein und zweitens

wird man gerade in der Startphase erst einmal investieren müssen, bevor die Millionen eingespart und so Prämienzahlungen verhindert werden.

Es ist zu befürchten, dass eher der gegenteilige Trend einsetzen wird: Ein Finanzierungsmodell mit „kleiner Prämie“ wird provozieren, dass Extras der Krankenkassen, wie etwa Leistungen zur Rehabilitation, die heute gezielt für Kranke angeboten und von diesen genutzt werden, gestrichen werden müssen, um die Prämie günstiger zu machen.

Anstelle eines Wettbewerbs um die beste Versorgung, der zudem Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen erschließt, richtet sich diese Art der Finanzierung über eine Prämie gegen Kranke und wird zudem zu einer Einheitskasse führen.

Die „kleine Prämie“ ist darüber hinaus sozial ungerecht, weil sie Geringverdienende höher und Höherverdienende geringer belastet.

Der Wettbewerb über den Preis muss bei den Krankenkassen wie bisher über einen prozentualen Beitragssatz gehen. In den aktuell diskutierten Modellen werden nach wie vor die Versicherten über einen prozentualen Beitragssatz einen großen Anteil des Finanzvolumens aufbringen, so dass hier der richtige Ansatz für einen Preiswettbewerb zu finden ist.

Ein weiteres Thema ist die Einbindung der PKV in die Finanzierungsreform des Gesundheitswesens. Der gesetzlichen Krankenversicherung gehen im Durchschnitt ca. 300.000 Tsd. gutverdienende, gesunde Versicherte durch Risikoselektion in Richtung PKV verloren, gleichzeitig kehren etwa 150.000 Versicherte jährlich von der PKV zur GKV zurück, nachdem sie dort als gesunde Risiken auch Altersrückstellungen für ihre Krankenversicherung im Alter aufgebaut haben. Vor diesem Hintergrund sind Vorschläge, wonach sich die PKV an der solidarischen Finanzierung des Gesundheitswesens beteiligt, sehr nachvollziehbar. Entscheidend wird sein, für welchen grundsätzlichen Weg sich die Große Koalition entscheiden wird. Einen Standardtarif in einem gemeinsamen Markt für GKV und PKV wäre überhaupt nur dann denkbar, wenn die gleichen Marktbedingungen für alle Marktteilnehmer gelten. Da dies nicht realistisch ist, z. B. wegen

nicht übertragbarer Altersrückstellungen in der PKV oder

Finanzdienstleistungs- und Zusatzversicherungsverbund in der PKV

stehen wir einem solchen Schritt sehr skeptisch gegenüber. Die PKV lehnt ein solches Modell ab.

Die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände unterstützen die Zielsetzung der Koalition, unnötige Bürokratie zu eliminieren. Wenn man Bürokratie wirklich abbauen will, passen die jetzt diskutierten Fondslösungen nicht. Heute machen die Krankenkassen den gemeinsamen Beitragseinzug für die Kranken- und Pflegeversicherung sowie für die Renten- und Arbeitslosenversicherung. Jährliche Zahlungsströme von rund 500 Milliarden € werden auf diesem Weg effizient, kostengünstig und reibungslos geregelt.

Ein zentraler Gesundheitsfonds wäre eine kostenträchtige „Mammutbehörde“, mit der völlig neue Geld- und Datenströme vereinbart werden müssten. Das wird zu einer erhöhten Fehleranfälligkeit führen. Aktuelle Beispiele hierzu können Sie derzeit im Ombudsbericht zu den Arbeitsmarktreformen nachlesen. Ich erinnere in diesem Zusammenhang auch an die Turbulenzen im Rahmen des Beitragsverfahrens mit der Bundesagentur für Arbeit.

Neben dieser „Mammutbehörde“ müssten gleichzeitig drei weitere Einzugsverfahren eingerichtet werden. Das wäre ein grandioser Schildbürgerstreich unter der Fahne des Bürokratieabbaus!

Im übrigen erfordert die Einziehung der „kleinen Prämie“ die Führung von 30 Millionen Einzelkonten. Der Verwaltungsaufwand erhöht sich hierdurch noch einmal sprunghaft. Geld-, Daten- und Meldeströme zwischen den beteiligten Stellen werden noch weiter erhöht. Hinzu kommt, dass das Beitragsausfallrisiko bei Einzelkonten erheblich sein wird.

Letztendlich passen staatlich eingezogene und verwaltete Finanzen einfach nicht zu einer wettbewerblichen gesetzlichen Krankenversicherung. Auch aus diesem Grund wird ein solches Modell zu einer Einheitskasse führen.

Wenn es im Sinne eines notwendigen Kompromisses innerhalb der Großen Koalition einen Gesundheitsfonds geben soll, dann

darf dieser Gesundheitsfonds keine „kleine Prämie“ enthalten und

es muss gewährleistet sein, dass dafür keine neue bürokratische Organisationsstruktur aufgebaut wird.

Vielmehr kann das heute bereits zwischen den Kassen bestehende Finanzausgleichsverfahren beim Bundesversicherungsamt (BVA) als „Gesundheitsfonds“ genutzt werden.

Hier könnte die Verteilung der Finanzmittel über einen wettbewerbsorientierten RSA ohne Mehraufwand erfolgen. Außerdem kann das BVA Annahmestelle für Steuermittel und etwaiger PKV-Beteiligung sein. Die Nutzung dieser bereits bestehende Kapazitäten und des Know how vermeidet den Aufbau einer kostenträchtigen neuen „Mammutbehörde“.

Arbeitgeberumfragen belegen, dass Sie für den Verbleib des Beitragseinzugs in der gesetzlichen Krankenversicherung plädieren, weil sie mit dem bisherigen Beitragseinzug positive Erfahrungen gemacht haben. Weitere Erleichterungen für Arbeitgeber können deshalb innerhalb des bestehenden Verfahrens erreicht werden.

Statt den Beitragseinzug durch eine neu zu gründende staatliche „Mammutbehörde“ zu verkomplizieren und zu verteuern können im bestehenden System Inkassostellen - ggf. auch kassenartenübergreifend - eingerichtet werden, so dass der Arbeitgeber nur noch mit einer Stelle für seine gesamte Belegschaft zu tun hat. Das stellt eine Vereinfachung unter Nutzung bestehender Kompetenzen und Kapazitäten dar.

Wenn sich die Große Koalition darauf verständigt, Steuergelder zur Finanzierung des Gesundheitswesens einzusetzen, z. B. zur Finanzierung der beitragsfrei mitversicherten Kinder und /oder zur Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Leistungen, dann darf dies nicht wieder alljährlich im Rahmen der Haushaltsberatungen des Deutschen Bundestag zur Disposition gestellt werden. Was wir jetzt brauchen ist Verlässlichkeit.

Es ist zu befürchten, dass der Hauptstreitpunkt der großen Koalition - also die Diskussion um einen Gesundheitsfonds - davon ablenkt, dass zunächst einmal geklärt werden muss, wofür und wie das eingesammelte Geld ausgegeben wird.

Milliarden Steuergelder in das Gesundheitswesen zu pumpen und zusätzliche Prämienzahlungen von Versicherten zu verlangen, ohne die Hausaufgaben einer echten Strukturreform gemacht zu haben, das wäre töricht.

Im deutschen Gesundheitswesen gibt es Unwirtschaftlichkeiten und Qualitätsdefizite. Wenn eine Finanzierungsreform Versicherte und/oder Steuerzahler finanziell belastet, dann muss sichergestellt sein, dass das Leistungsgeschehen

medizinisch effektiver

wirtschaftlich effizienter und

patientengerechter

gestaltet wird.

Wir brauchen deshalb mehr Vertragswettbewerb um die beste Versorgung der Patienten. Die Krankenkassen wollen – so wie im Koalitionsvertrag ja bereits festgehalten – mehr Einfluss auf Preise, Mengen, Qualität und Kapazitäten haben.

Wir bitten die Koalitionäre: Schafft die Voraussetzung für mehr Vertragswettbewerb und öffnet schrittweise das Kollektivvertragssystem. Nicht mit einer „Big-Bang-Strategie“, sondern mit einer Schrittstrategie, die gemeinsam von den Vertragspartnern, also Ärzten, Krankenhäuser und Co. sowie den Krankenkassen gegangen wird.

Wir brauchen mehr Transparenz über das was in der medizinischen Versorgung geschieht. Wir brauchen souveräne und gut informierte Patienten. Beispielhaft nenne ich hier den Krankenhausnavigator der AOK. Andere Krankenkassen haben ähnliche Informationssysteme. Das alles muss weiter vorangetrieben werden.

Das gleiche gilt für mehr Wahl- und Differenzierungsmöglichkeiten bei den Krankenkassen. Die Versicherten wollen mehr Wahlmöglichkeiten, auch über Tarife.

Dabei muss klar sein: Wettbewerb ist für das Gesundheitswesen nicht als Selbstzweck, sondern um seiner Ergebnisse Willen zu fordern. Einen Wettbewerb um medizinisch notwendige Leistungen darf es daher nicht geben.

Eines jedenfalls ist sicher: Eine Finanzierungsreform ohne echte Strukturreform auf der Ausgabenseite wird die gesetzliche Krankenversicherung in kürzester Zeit wieder zum Sorgenkind Nr. 1 der politisch Verantwortlichen machen.

Endlich beendet werden muss jetzt auch die Sorge der Versicherten - und vor allem der Kranken -, dass medizinisch notwendige Leistungen ausgegrenzt werden. Die

dauernde Verunsicherung der Menschen muss jetzt durch eine überzeugende Strukturreform und eine zukunftsfeste Finanzierungsreform ein Ende haben.

Aus Sicht der Versorgerkrankenkassen ist dabei unabdingbar, dass der Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen wettbewerbsorientiert weiterentwickelt wird. Und zwar als Grundlage von Finanz- und Strukturreform.

Wer Wettbewerb will, der muss Vielfalt zulassen. Noch weiter auf den Punkt gebracht: Wettbewerb setzt Vielfalt voraus. Statt dessen findet in der Großen Koalition eine Diskussion um

einen staatlichen zentralen Gesundheitsfonds und

einen Dachverband oder eine „Regulierungsbehörde“

statt.

Beides muss in seiner Gesamtwirkung gesehen werden. Das läuft auf einen Systemwechsel hinaus. Die Krankenkassen verlieren ihre Finanzautonomie und die selbstverwaltete staatsferne Steuerung wird durch staatliche Steuerung ersetzt.

Wir wollen und brauchen keine Auflösung der Verbändevielfalt zugunsten einer staatlichen zentralen Dachorganisation. Weder die Krankenkassen noch die Sozialpartner in Deutschland wollen das.

Voraussetzung für ein dauerhaft leistungsfähiges und finanzierbares Gesundheitswesen ist ein sowohl solidarisches als auch wettbewerblich ausgerichtetes Gesundheitssystem. Dazu gehört ein pluralistisches Verbändesystem.

Es entsteht der Eindruck, dass die Diskussion um einen Dachverband zum Selbstzweck mutiert ist.

Wenn durch die Bildung eines Dachverbandes

die Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland verbessert wird,

die Leistungen wirtschaftlicher erbracht werden oder

das Versorgungsgeschehen patientengerechter würde,

dann muss man ohne Zweifel über eine Neuorganisation nachdenken und etwas ändern.

Diese Ziele werden aber offensichtlich nicht erreicht oder gar angestrebt. Bislang jedenfalls kann der Mehrwert einer solchen Attacke auf ein pluralistisches und selbstverwaltetes Gesundheitssystem nicht nachgewiesen werden.

Es liegt vielmehr die Vermutung nahe, dass man unter dem Vorwand lähmender und lästiger Interessenkonflikte die Verbändestruktur zu Gunsten eines stromlinienförmigen Dachverbandes oder einer Regulierungsbehörde zerschlagen will.

Hierbei wird ausgeblendet, dass eine Verlagerung der Entscheidungen auf staatlich gelenkte Institutionen die im Gesundheitswesen aufeinander treffenden Interessengegensätze in keinsten Weise aufheben. Warum soll der Staat mit seinen Vermittlungsversuchen zu besseren Ergebnissen kommen? Das Gegenteil wird der Fall sein. Es ist zu befürchten, dass aus politischen Gründen dem stärksten Druck und dem größten Erpressungspotential nachgegeben wird.

Interessensunterschiede lassen sich nicht per Gesetz nivellieren oder beseitigen.

Beseitigt wird dagegen Vielfalt. Uniformiertheit zieht in das Gesundheitswesen ein. Statt die Voraussetzungen für Wettbewerb zu Gunsten der Kranken und der Beitragszahler zu schaffen, schafft man die Voraussetzungen für eine Einheitsversicherung.

Die Bürgerinnen und Bürger erwarten, dass die bestehenden Probleme gelöst werden und nicht, dass neue geschaffen werden. Dabei sollte sich die Große Koalition nicht selbst so unter Zeitdruck setzen. Bei dieser so wichtigen Weichenstellung für das Gesundheitswesen muss vielmehr das Motto gelten: Qualität geht vor Schnelligkeit.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.