

## „Technischer Fortschritt führt nicht zwangsläufig zu höheren Kosten“

Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf die Systeme der sozialen Sicherung? Bei dieser Diskussion steht regelmäßig die Rente im Fokus. Doch auch die gesetzliche Krankenversicherung ist ein überwiegend paritätisch und einkommensbezogen finanziertes System. Immer weniger Beitragszahler, steigende Lebenserwartung und damit längere Dauer des Leistungsbezugs: Solche Faktoren wirken sich in einem paritätisch finanzierten Umlagesystem unmittelbar auf die zukünftige Finanzierbarkeit aus. Und sie bergen das Risiko, dass gleichzeitig die Leistungen sinken und die Kostenbelastung der Beitragszahler, Unternehmen wie Versicherter, steigt. Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, spricht darüber, wie die gesetzliche Krankenversicherung demografiefest gemacht werden kann.

? Herr Dr. Hermann, welche Folgen sehen Sie aufgrund des demografischen Wandels auf die gesetzliche Krankenversicherung zukommen?

! Wir leben in der „Gesellschaft des langen Lebens“. Dies ist zunächst einmal ein Segen und eine große zivilisatorische Errungenschaft. Die Lebenserwartung bei Geburt beträgt in Deutschland für heute geborene Mädchen 83 Jahre und für Jungen 78 Jahre. Bis 2060 wird sie Prognosen zufolge um weitere fünf bis sieben Jahre steigen. Jeder dritte Mensch in Deutschland wird dann 65 Jahre und älter sein, heute ist es noch jeder fünfte. In der Gesellschaft des langen Lebens werden wir aber nicht nur älter, sondern sind auch länger gesund.

Gleichwohl stellt der steigende Anteil älterer Menschen eine gewaltige Herausforderung auch für die Krankenversicherung dar. Vor allem gilt es, einen noch viel stärkeren Fokus



**Dr. Christopher Hermann** ist seit Mitte 2000 im Vorstand der AOK Baden-Württemberg tätig. Von 1987 bis 1990 war Hermann im Wissenschaftlichen Dienst des Deutschen Bundestages tätig; von dort wechselte er ins Sozialministerium des Landes Nordrhein-Westfalen, wo er als Referatsleiter für die gesetzliche Krankenversicherung

und die Aufsicht über Krankenkassen und Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen zuständig war. Vor seinem Wechsel zur AOK Baden-Württemberg bekleidete er den Posten des Gruppenleiters „Krankenversicherung, Heilberufe, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Arzneimittelsicherheit und Umweltmedizin“ im NRW-Gesundheitsministerium.

darauf zu legen, die Versorgung älterer Menschen ganzheitlich zu organisieren und ins-

besondere die Vernetzung von Prävention, Rehabilitation und Pflege deutlich weiter voranzubringen.

Neben einer Stärkung der Rehabilitation in der Pflege kommt vor allem der Prävention eine Schlüsselfunktion zu. Hier versucht die AOK Baden-Württemberg proaktiv unterwegs zu sein und bietet mit vielfältigen Gesundheitsangeboten einen niedrighschwelligem Zugang zu umfangreichen Präventionsmaßnahmen für jedes Alter.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung schaffen wir mit maßgeschneiderten Angeboten gemeinsam mit den Unternehmen im Land Grundlagen dafür, dass die Menschen in der Arbeitswelt möglichst gesund bleiben und im Ruhestand auch gesund alt werden können.

? Wie muss eine Krankenkasse reagieren (können)? Oder muss generell der Gesetzgeber (auch hier) handeln?

! Damit eine Krankenkasse erfolgreich für eine qualitativ hochwertige Versorgung ihrer Versicherten handeln kann, benötigt sie durch den Gesetzgeber entsprechenden Gestaltungsspielraum. Diesen sollte sie dann mit einer klugen und innovativen Vertragsgestaltung weit ausfüllen. Wir verfolgen hier seit Jahren den konsequenten Weg mit direkten Verträgen mit Leistungserbringern, den sogenannten Selektivverträgen, und sind bundesweit Vorreiter. Die wissenschaftliche Evaluation belegt, dass etwa mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) und den darauf aufbauenden Facharztverträgen nicht nur die Versorgungsqualität für die Versicherten verbessert wird, sondern auch Kosten



Nicht nur im Büro: Betriebliche Gesundheitsförderung hat gerade auch in der Produktion einen hohen Stellenwert.



Der technische Fortschritt in der Medizin hat auch rasant steigende Kosten zur Folge.

eingespart werden. Beispielsweise gibt es in der HZV 40 Prozent weniger unkoordinierte Facharztkontakte als in der Regelversorgung und einen um fast 7 Prozent geringeren Anteil an vermeidbaren Krankenhauseinweisungen. Die jährlichen Kosten für die Versorgung der an den Selektivverträgen teilnehmenden Versicherten lagen schon 2015 um 35 Millionen Euro niedriger als für die entsprechende Vergleichsgruppe in der Regelversorgung.

Der Gesetzgeber sollte daher in der neuen Legislaturperiode nicht mehr primär auf den Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen fokussiert sein, sondern den Wettbewerb um die beste Qualität der Versorgung für die Versicherten prägnant in den Vordergrund rücken. Hier gibt es erheblichen Handlungsbedarf, namentlich auch in der Versorgung mit Krankenhausleistungen.

? Muss der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angepasst werden, d. h. GKV ggf. nur noch als Basissicherung?

! Die Leistungen der GKV müssen schon heute ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht werden. Wird diesen Grundsätzen konsequent gefolgt, bildet dies einen Leistungskatalog, der sich an wissenschaftlicher Evidenz orientiert und das gesellschaftlich gewünschte Maß an Absicherung bietet, ohne die Beitragszahler zu stark zu belasten.

Die Wirtschaftlichkeit lässt sich mit kluger wettbewerblicher Vertragsgestaltung nachhaltig stärken, wie nicht zuletzt die von uns maßgeblich gesteuerten Arzneimittelrabattverträge unter Beweis stellen. Allein im Jahr

2016 konnten dadurch GKV-weit bei gleicher Versorgungsqualität fast vier Milliarden Euro eingespart werden. „Luft nach oben“ gibt es weiterhin im Bereich der Kosten für neue Medikamente. Hier hat die Politik mit der jüngsten Arzneimittelreform eine Gelegenheit verpasst: Nach wie vor unterliegen die Preise für neue Medikamente im ersten Jahr nach Zulassung keiner Preisvereinbarung. Auch in anderen Bereichen, wie der Koordination über die Sektorengrenzen der ambulanten und stationären Versorgung hinweg, besteht weiterhin viel Optimierungspotenzial.

? Können wir uns technischen Fortschritt in der Medizin insbesondere im Hinblick auf immer mehr ältere Versicherte künftig noch leisten?

! Der technische Fortschritt in der Medizin ist für die Krankenversicherung fraglos eine Herausforderung; er stellt aber auch eine große Chance dar: Einerseits steigen mit dem medizinischen Fortschritt die Kosten der Behandlung. Andererseits sind Menschen auch dank der modernen Medizin länger vergleichsweise gesund.

Technischer Fortschritt muss nicht zwangsläufig mit höheren Kosten verbunden sein. Dies gilt insbesondere für die Digitalisierung des Gesundheitswesens. Diese verändert die Medizin heute schon nachhaltig und bietet ein riesiges Potenzial – sowohl was die Qualität der Versorgung anbelangt als auch deren Effizienz. Beispiel: durch digitale Vernetzung Vermeidung von Doppel-



Der Versandhandel von Arzneimitteln ist umstritten.

---

## “DEN VERSANDHANDEL ZU VERBIETEN, IST VERSORGUNGSPOLITISCH UNSINNIG“

---

und Mehrfachuntersuchungen. Außerdem können mittels Telemedizin etwaige Versorgungslücken beispielsweise in ländlichen Gebieten zu vertretbaren Kosten kompensiert werden.

Das gilt auch für die Versorgung mit Arzneimitteln. Den Versandhandel verbieten zu wollen, wie aktuell diskutiert, ist daher nicht nur versorgungspolitisch unsinnig, sondern kommt im Zeitalter der Digitalisierung einer Rolle rückwärts gleich.

? Welchen gesetzlichen Rahmen müsste man langfristig schaffen, um die GKV möglichst dauerhaft auf gesunde Füße zu stellen?

! Ein wesentlicher Baustein muss darin bestehen, an den richtigen Stellen deutlich auf mehr Wettbewerb zu setzen. Dazu gehört auch ein integrierter Krankenversicherungsmarkt, der die überkommene und in Europa einzigartige Struktur des dualen Systems schrittweise überwindet und die Grundlage für einen fairen Wettbewerb für alle Anbieter schafft. Auch dabei wünsche ich mir von der Politik zukünftig mehr Mut, den Kassen neue Gestaltungsspielräume zu eröffnen.

In ihrem jüngsten Gutachten spricht sich auch die Monopolkommission für eine Ausweitung des selektivvertraglichen Wettbewerbs zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern aus. Eine solche Ausweitung bietet die Chance, die Versorgung mittel- und langfristig effizienter zu organisieren und die Versorgungsqualität weiter zu verbessern. Deshalb muss der tradierte Grundsatz des einheitlichen und gemeinsamen Handelns aller Akteure an möglichst vielen Stellen beendet werden. Der Kontrahierungszwang behindert echten Qualitätswettbewerb – und zwar sowohl unter den Kassen als auch zwischen Leistungserbringern.