



Fototermin im AOK-Bundesverband:
Dr. Volker Hansen (links) und Knut
Lambertin stehen jetzt gemeinsam
an der Spitze des Aufsichtsrates.

„Wir müssen als AOK Vorreiter bleiben“

Weniger Konflikte mit anderen Kassenarten, eine bessere medizinische Versorgung in Stadt und Land und mehr Tempo bei der Digitalisierung – **Volker Hansen** und **Knut Lambertin** haben sich für die neue Wahlperiode der sozialen Selbstverwaltung viel vorgenommen. Wie die Aufsichtsratsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes ihre Ziele erreichen wollen, schildern sie im G+G-Interview.

Herr Lambertin, als frisch gewählter Aufsichtsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes – was verbinden Sie als Gewerkschafter, Sozialdemokrat und Versichertenvertreter mit dem Amt?

Knut Lambertin: Ich bin über den Deutschen Gewerkschaftsbund als Vertreter der Versicherten gewählt, um ihre Versorgungs- und Beitragsinteressen zu wahren. Da gibt es eine Menge zu tun. Zunächst ist vordringlich, die medizinische und pflegerische Versorgung in der Fläche sicherzustellen. Da die Beiträge zur Krankenversicherung in absoluten Beträgen steigen, ist – zweitens – wichtig, eine entsprechend verbesserte Versorgung zu entwickeln. Hier müssen wir um die Qualitätsfortschritte kämpfen, die uns die Politik in der vergangenen Legislaturperiode zum Beispiel bei der stationären Versorgung versprochen hat, die aber bislang auf sich warten lassen. Und drittens müssen wir konsequent die Perspektive der Versicherten als Solidarge-

meinschaft einnehmen. Die erkennbare politische Spaltung der Versichertengemeinschaft in Beitragszahler einerseits und Patientinnen und Patienten andererseits darf sich nicht fortsetzen. Wir brauchen eine klare Versichertenorientierung, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gleichermaßen im Blick hat. Und um ihre Frage vollständig zu beantworten: Meine Parteizugehörigkeit spielt für mein Mandat in der sozialen Selbstverwaltung keine Rolle.

Herr Dr. Hansen, die finanzielle Lage der Kassen ist bestens. Sind das gute oder schlechte Zeiten für Reformer?

Volker Hansen: Es sollten gute sein. Aber in der Realität ist es meistens so, dass Reformen erst dann stattfinden, wenn es nicht mehr anders geht. In guten Zeiten will man sich die Mühen, die Torturen, die Anfeindungen nicht zumuten. Leider ist es so.

Das heißt, in den nächsten vier Jahren wird nicht viel passieren.

Hansen: Ich befürchte, ja. Die Konjunkturaussichten sind gut, der Zwang, etwas zu tun, ist nicht sehr groß. Das lässt sich auch an den Themen erkennen, die derzeit diskutiert werden. Die sind eher ideologischer Art, wie die Debatten um die Bürgerversicherung und die Höhe des Arbeitgeberbeitrages zeigen.

Herr Lambertin, die SPD will einen weiteren Anlauf in Sachen Bürgerversicherung machen. Was halten Sie davon?

Lambertin: Die Bürgerversicherung gehört auf die gesundheitspolitische Tagesordnung, denn die Parallelität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist ein Anachronismus. Die Folge sind Ungerechtigkeiten bei der Beitragsbelastung zwischen

„Den Medizinischen Dienst zu privatisieren, wäre eine Schwächung der sozialen Selbstverwaltung.“

Knut Lambertin

gesetzlich und privat Versicherten, denn gesunde Gutverdiener können sich letztlich der Solidarität mit älteren und kranken Versicherten entziehen. Das Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung beruht nun einmal auf Rosinenpickerei. Zugleich sind durch Leistungslücken in einzelnen Tarifen längst nicht alle PKV-Versicherten besser gestellt als gesetzlich Krankenversicherte. Um solche Ungerechtigkeiten insgesamt zu beseitigen, bedarf es der Bürgerversicherung. Ein erster Schritt dorthin wäre, die Beitragssatzparität wiederherzustellen. Versicherte zahlen heute im Durchschnitt etwa 400 Euro mehr pro Jahr als Arbeitgeber. Das ist der Wert eines Fernsehers.

Herr Hansen, wir vermuten ein doppeltes Nein dazu. Richtig?

Hansen: Wir haben doch schon eine Bürgerversicherung. Jeder Bürger hat schließlich die rechtliche Pflicht, sich zu versichern, ob gesetzlich oder privat, und keiner kann von seiner Versicherung, seiner Krankenkasse rausgeschmissen werden. Beide Systeme haben ihre Stärken und Probleme. Die Probleme sollte man nicht lösen wollen, indem man die Systeme zusammenlegt, sondern indem jedes System seine Probleme selbst angeht. Wenn ich Karl Lauterbach höre, dann sagt er: An die Rücklagen der Privatversicherten, über 200 Milliarden Euro, könne und wolle er nicht ran. Auch die Beitragsbemessungsgrenze solle bleiben. Und er wolle die PKV nicht auflösen, sondern nur mehr Menschen ein Wahlrecht vor allem zurück zur GKV einräumen. Schließlich sollen die Ärzte keine Honorareinbußen haben und die GKV-Beitragszahler nicht zusätzlich belastet werden. Da frage ich mich: Was soll das? Das ist reine total verstaubte Ideologie.

Lambertin: Herr Dr. Hansen, Sie bewerten ein sehr spezielles Modell von Bürgerversicherung. Es gibt verschiedene Modelle. Der originäre Gedanke der Bürgerversicherung ist, alle in ein System zu bringen.

Stichwort elektronische Gesundheitskarte, kurz eGK: Die gemeinsame Selbstverwaltung hat hier bisher kein glückliches Bild abgegeben. Viele Kassenmanager befürchten, dass die Krankenkassen bei der Digitalisierung den Anschluss verpassen und setzen auf eigene Lösungen. Ist das der richtige Weg?



Hansen: Ja. Angesichts des langwierigen und bislang wenig erfolgreichen, aber extrem teuren Prozesses finde ich es richtig, wenn sich Krankenkassen oder Kassenverbände überlegen, wie sie schneller zum Ziel kommen. Die AOK ist hier zum Glück Vorreiter. Die AOK Nordost zum Beispiel startet für das AOK-System Pilotprojekte. Die Betreibergesellschaft für die eGK, die gematik, kommt nun mal einfach nicht zu Potte.

Warum nicht?

Hansen: Die gematik ist gesetzgeberisch so gestaltet worden, dass sie gar nicht richtig funktionieren kann. Krankenkassen und Ärzte blockieren sich gegenseitig in den Gremien der gematik, weil die Interessenlagen so unterschiedlich sind. Wobei die gematik ausschließlich von den Beitragszahlern beziehungsweise Kassen finanziert wird! Das hätte die Politik von Anfang an wissen können und eine andere Konstruktion mit besseren Konfliktlösungsmechanismen wählen müssen.

Lambertin: Das ist richtig. Wie wir den Scherbenhaufen bei der gematik am Ende zusammenkehren, wird eine große Herausforderung für das gesamte GKV-System.

Wenn viele verschiedene digitale Lösungen entstehen, wie stellen Sie sicher, dass am Ende nicht nur Insellösungen herauskommen, die nicht miteinander kompatibel sind?

Lambertin: Es werden zum Schluss einige wenige Lösungen übrigbleiben und dann wird man sich ansehen, welche für die Versicherten die meisten Vorteile bietet.

Hansen: Das sehe ich ähnlich. Die Techniker Krankenkasse hat

rund zehn Millionen Versicherte. Die AOKs in Summe etwa 26 Millionen. Das sind rund 50 Prozent aller Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Wenn die TK und AOK elektronische Netzwerke für ihre Versicherten entwickeln und andere Kassenarten vielleicht auch noch das eine oder andere, dann gibt es am Ende eben einen Systemwettbewerb. Was soll daran schlecht sein? Hauptsache wir haben im Ergebnis endlich einen wirklichen Mehrwert. Und wenn dann noch diese Systeme kompatibel bzw. integrierbar sind, was will man mehr?

Wie kompatibel sind denn AOK-Bundesverband und GKV-Spitzenverband?

Hansen: Wenn wir das Verhältnis auf die Ebene der Selbstverwal-

Knut Lambertin (47) ist seit 2005 Referatsleiter Gesundheitspolitik beim DGB-Bundesvorstand. Zuvor war er im Bundestag als Referent für die SPD-Fraktion tätig. Der gebürtige Kölner ist seit Herbst 2017 Verwaltungsratsvorsitzender der AOK Nordost und zugleich Aufsichtsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Knut Lambertin ist ledig, Vater eines Kindes und lebt heute in Berlin-Pankow. Dort ist er auch SPD-Kreisvorsitzender.



lung herunterbrechen, dann könnte man die Schulnote „Gut“ geben. Probleme gab es immer wieder einmal, weil das „Kassenartendenken“ einfach nicht totzukriegen ist. Mit Blick auf 2017 kann man teilweise leider sogar von einem AOK-Bashing sprechen.

Inwiefern?

Hansen: Die Leistungsausgaben der AOK steigen in einem viel geringeren Maß an als bei anderen Kassen. Teil des Erfolges ist das unternehmerische Handeln der AOK, denn wir schließen – etwa bei Medikamenten – bessere Verträge ab als die Wettbewerber. Unsere Einnahmen sprudeln zudem kräftiger, weil wir viele Versicherte neu gewinnen, wohlgermerkt nicht über Fusionen, sondern aufgrund unserer guten Angebote. Andere Kassenarten behaupten nun, die AOK-Gemeinschaft profitiere vor allem vom morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Das ist falsch! Ich spreche von der berühmten halben Milliarde Euro, die laut unbewiesener und unbeweisbarer Behauptung des Ersatzkassenverbandes den AOKs zu viel zufließen. Unser hart erarbeiteter Erfolg führt zu Neid, statt vor der eigenen Haustüre zu kehren und Versäumtes endlich nachzuholen.

Woran machen Sie das fest?

Hansen: Im Jahr 2017 hatten wir drei Fälle im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes, die das illustrieren. Das fing im Frühjahr 2017 beim gesundheitspolitischen Positionspapier des Spitzenverbandes für die Bundestagswahl an. Da hatten die anderen Kassenarten es geschafft, folgende Formulierung in das Papier zu bringen: Der Morbi-RSA müsse vor allem auch zum

Ziel haben, die Anbietervielfalt zu sichern. Das habe ich noch nie gehört, dass ein Finanzausgleich die Zahl der Krankenkassen zementieren muss. Der Morbi-RSA soll einen fairen Wettbewerb ermöglichen, und Wettbewerb führt halt zwangsläufig auch zu Marktvereinigungen!

Was haben Sie gemacht?

Hansen: Die AOK-Bank, also Versicherten- und Arbeitgebervertreter, hat dagegen unisono Protest erhoben. Der Satz blieb zwar stehen, wurde aber durch die AOK-Position ergänzt. Dasselbe Ende August beim Thema Notfallversorgung. Da hatte der GKV-Spitzenverband ein Konzept erstellt, der AOK-Bundesverband war aber noch nicht ganz so weit. Deshalb wurde verabredet, das Ganze um drei Monate zu vertagen. Dann hieß es: Die AOK will das nur vertagen, weil sie mit ihrem Modell als erstes auf den Markt kommen will. Ergebnis: Es wurde gegen die Stimmen der AOK das Notfallkonzept des GKV-Spitzenverbandes verabschiedet. Dritter Punkt waren die Angriffe anderer Kassenarten auf den Vorstandsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes, der, vereinfacht gesprochen, angedacht hatte, gegebenenfalls die Aufgaben der gematik auf eine „Bundesnetzagentur“ zu übertragen, eben weil es bei der gematik oft nicht vorangeht. Die Angriffe waren, milde gesagt, sehr, sehr unschön. Schließlich sollten wir im GKV-Spitzenverband gemeinsam Ziele verfolgen – im Interesse der Versicherten und Beitragszahler. Und stark kann der Verband nur sein, wenn er einig auftritt. Sonst ist das Auseinanderdividieren der Kassen durch Politik und Leistungserbringer ein Kinderspiel. Das muss künftig



reden. Was sollen Versicherte denken, wenn sich Kassenverwaltungen und Kassenvorstände öffentlich gegenseitig der Trickserei beschuldigen?

Und wie ist hier die Haltung des AOK-Bundesverbandes?

Lambertin: Zurückhaltend, glücklicherweise. Ich bin nicht dafür, diesen Streit weiter zu eskalieren. Die Gefahr ist, dass die Politik irgendwann sagt: Schluss damit. In diesem Fall wird nicht mit dem OP-Besteck operiert werden, sondern mit dem Säbel. Deshalb wäre es sehr wünschenswert, wenn alle wieder zu einem pfleglicheren Ton finden.

Herr Dr. Hansen, Sie haben als Verwaltungsvorsitzender im GKV-Spitzenverband ein besonderes Gewicht. Was ist die

Dr. Volker Hansen (62) ist promovierter Volkswirt und arbeitet seit über 30 Jahren hauptberuflich für die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA). Er leitet dort die Abteilung „Soziale Sicherung“. Volker Hansen ist gebürtiger Rheinländer. Er ist Mitglied im Verwaltungsrat der AOK Nordost, alternierender Vorsitzender des Aufsichtsrats des AOK-Bundesverbandes und seit 2007 auch alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes. Volker Hansen ist verheiratet und lebt heute in Stahnsdorf bei Berlin.

wieder besser werden, auch wenn mein Optimismus in dieser Hinsicht noch etwas gedämpft ist.

Warum?

Hansen: Weil das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates beim Bundesversicherungsamt bestätigt hat: Der Morbi-RSA funktioniert und er wirkt. Ich zitiere: Die Höhe und Struktur der Zusatzbeitragssätze ist keine Folge des Morbi-RSA, sondern – ich ergänze – des Handelns der Entscheidungsgremien in den Kassen und Kassenarten. Wenn Vorstandschefs anderer Kassen sagen, demnächst stünden wegen des Morbi-RSA sechs große Kassen außerhalb des AOK-Bereichs vor dem Ruin, dann ist das pure Panikmache, auch um die eigenen Unzulänglichkeiten zu verschleiern.

Lambertin: Der GKV-Spitzenverband ist derzeit geprägt von Verteilungskonflikten zwischen den Kassenarten, die immer offener ausgetragen werden. Da darf man auch nichts schönreden. In diese Verteilungskonflikte hat aber der Gesetzgeber die Kassen getrieben.

Wie meinen Sie das?

Lambertin: Der Gesetzgeber wollte mehr Wettbewerb. Wir wollten alle, dass dieser Wettbewerb durch einen Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen fair funktionieren kann. Nichts anderes regelt der Morbi-RSA. Was bleibt, ist der Verteilungskonflikt, etwa um die Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds. Die Art und Weise, wie er ausgetragen wird, birgt die Gefahr, das System der gesetzlichen Krankenkassen kaputt zu

Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes, um die Wogen zu glätten?

Hansen: Ich bin seit zehn Jahren, also von Anfang an, alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrats des Spitzenverbandes und lebe einen Spagat. Ich vertrete im Spitzenverband die Interessen aller Arbeitgebervertreter, nicht nur die der AOK. Mein Vorschlag lautet daher: Wir müssen einfach noch mehr miteinander reden, auch weil wir im Verwaltungsrat nach den Sozialwahlen zugleich einen Generationenwechsel haben. Viele sind ausgeschieden, dafür andere neu dabei. Und: Es gab und gibt immer eine Vielzahl von wichtigen Themen, bei denen wir Konsens hinbekommen haben und hinbekommen können: bei der Digitalisierung, bei der flächendeckenden ärztlichen Versorgung, beim Umbau der Krankenhauslandschaft. Hierauf müssen wir uns konzentrieren.

Gibt es denn ein positives Beispiel dafür?

Hansen: Ja, die gemeinsame Positionierung gegen das Selbstverwaltungsstärkungsgesetz. Hier haben wir die kruden Ideen aus dem Bundesgesundheitsministerium erfolgreich abgewehrt, die letztlich zur Folge gehabt hätten, selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts wie den GKV-Spitzenverband zu entmündigen. Das Zusammenstehen gegen die Politik war ein gutes Gefühl.

Die Jamaika-Sondierer hatten Einigkeit darüber erzielt, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) unabhängiger werden soll, dass keine Vertreter der Kranken- und Pflegekassen mehr in den Verwaltungsräten des MDK sitzen sollen. Ist das

Thema mit dem Scheitern von Jamaika politisch vom Tisch?

Lambertin: Ich hoffe das. Es hätte eine Schwächung der sozialen Selbstverwaltung in der Krankenversicherung bedeutet.

Sehen Sie keine Interessensverquickung zwischen Kassen und MDK zulasten der Versicherten?

Lambertin: Die sehe ich nur dann, wenn soziale Selbstverwaltung durch die Entsendung von Hauptamtlichen in die Verwaltungsräte der MDKs noch stärker als bisher verwässert würde. Wenn es eine Reform des MDK geben sollte, dann sollte der Einfluss des hauptamtlichen Kassenmanagements auf den MDK begrenzt werden. Das wäre ein Reformfortschritt.



Hansen: Nur zur Ergänzung: Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ist ein Dienst(-leister) der Krankenversicherung und wird ausschließlich von den Beitragszahlern beziehungsweise Krankenkassen finanziert! Und per Gesetz sind die Gutachter der MDKs unabhängig, nicht weisungsgebunden!

Lambertin: Die Frage ist doch, welche Alternative gäbe es? Würden die MDKs privatisiert, und das wäre die Konsequenz, hätten wir neue größere Schnittstellen und damit neue Unübersichtlichkeiten. Wem soll das dienen? Letztlich würde sich sogar die Intransparenz der Interessenlagen erhöhen.

Stichwort Reform der Sozialwahl: Die Politik hat in der vergangenen Legislatur eigentlich dafür sorgen wollen, dass mehr Urwahlen stattfinden, sich der Frauenanteil in der Selbstverwaltung erhöht und es bessere Weiterbildungsmöglichkeiten für das Ehrenamt gibt. Sogar über Online-Wahlen wurde nachgedacht. Was muss da passieren?

Lambertin: Ich möchte vorausschicken, dass die Gewerkschaften bei den letzten Sozialversicherungswahlen erfolgreich waren und sich unsere Seite verjüngt hat. Zudem haben wir erneut einen relativ hohen Frauenanteil. Zum Punkt Reform der Sozialversicherungswahl: Die Bundesregierung sollte die Organisationen, die bei Urwahlen Kandidaten ins Rennen schicken, konsequenter als bisher auf ihre Eigenschaft als Arbeitnehmerorganisationen überprüfen. Es handelt sich nach journalistischen Recherchen vielfach um sozialpolitisch untätige Wahlvereine ohne aktives Vereinsleben: Wem sind deren Vertreter gegenüber Rechenschaft schuldig? Unabhängig davon müssen wir uns als

Gewerkschaften die Frage stellen, wie der interne Prozess der Kandidatenfindung transparenter wird.

Herr Hansen, teilen Sie die Ansichten?

Hansen: Im Wesentlichen. Sicher sind die Gewerkschaften in punkto Transparenz und Abstimmung mehr gefordert als die Arbeitgeber. Aber auch bei uns wird lange gestritten und diskutiert: Wer wird aufgestellt und warum? Werden Beschäftigtenzahlen zur Grundlage genommen oder Umsätze oder Marktanteile, um die Arbeitgebervielfalt bei der Listenaufstellung auch abzubilden? Das ist bei maximal 15 Personen, die arbeitgeberseitig für den Verwaltungsrat einer Kasse zu benennen sind, nicht einfach, wird aber fair ausgehandelt und folgt einem demokratischen Willensbildungsprozess.

„Die AOK schließt bessere Verträge ab als andere Kassen. Daher rührt ein Teil unseres Erfolges.“

Dr. Volker Hansen

Zum Schluss eine Frage an Sie beide: Welche Pläne haben Sie für die kommenden sechs Jahre Ihrer Amtszeit in der sozialen Selbstverwaltung?

Lambertin: Ich möchte für die Versicherten Leistungsverbesserungen erreichen. Wir sind gefordert, die Versorgung in strukturschwachen Gebieten – auf dem Land und in Städten – sicherzustellen. Darüber hinaus müssen wir vor dem Hintergrund des demografischen Wandels das System der Pflegeversicherung neu ausbalancieren. Für mich heißt das nicht nur, für mehr gut ausgebildetes Personal in der Pflege zu sorgen, sondern vor allem auch, den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen noch besser als heute gerecht zu werden. Konkret: Das AOK-System muss seine Beratungsangebote in der Pflege ausbauen – bis hin zu einem Fallmanagement. Hier können wir als Vertreter der Versicherten innerhalb der AOK-Gemeinschaft entsprechende Konzepte fördern.

Hansen: Ich möchte das Gefühl der Zusammengehörigkeit im AOK-System mindestens so stabil halten, wie es mittlerweile erreicht wurde. Gemeinsam sind wir einfach stärker. Dann können wir auch leichter Angriffe von Wettbewerbern und aus der Politik parieren. Zudem möchte ich, dass wir als Gesundheitskasse weiterhin aufgrund von guten Verträgen und gutem Management – und nicht etwa aufgrund von Leistungseinschränkungen – auf der Ausgabenseite besser dastehen als unsere Wettbewerber. Um es auf den Punkt zu bringen: Wir müssen als AOK weiter Vorreiter bleiben. ■

Das Interview führten Robin Halm und Hans-Bernhard Henkel-Hoving