

„Vieles wird nur



Zur Person

Der designierte Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes **Martin Litsch** (58) studierte Soziologie und Ökonomie in Trier. Dort war er bei der Caritas und an der Universität tätig. 1989 startete Martin Litsch seine Karriere bei der Gesundheitskasse – zunächst beim Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO), dessen Leitung er später übernahm. Als Projektleiter „Change Management“ des AOK-Bundesverbandes und Geschäftsführer der AOK Consult GmbH trug er Verantwortung für verschiedene Aufgabenbereiche. 2002 wechselte Litsch zur AOK Westfalen-Lippe, die ihn 2006 zunächst zum stellvertretenden und 2008 zum Vorstandsvorsitzenden wählte. Unter seiner Führung fusionierten die AOK Westfalen-Lippe und die AOK Schleswig-Holstein zur AOK NordWest. Martin Litsch ist verheiratet und hat zwei Kinder.

teurer gemacht“

Die Gesetzesmaschine arbeitet fleißig. Doch kommt am Ende auch mehr Gesundheit für die Patienten raus? **Martin Litsch** hat Zweifel. Der künftige Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes warnt im G+G-Interview vor Rundum-Sorglos-Paketen für Ärzte und Kliniken – und freut sich auf seine neue Aufgabe in Berlin.

Herr Litsch, haben Sie schon ein Lieblingscafé in Berlin gefunden? Wir hätten da einen Tipp für Sie.

Martin Litsch (*lacht*): Sie machen mich neugierig.

Kennen Sie das Café Einstein Unter den Linden? Dort treffen sich viele Abgeordnete des Bundestages und andere Entscheidungsträger zu Hintergrundgesprächen – bei Kaffee und frisch gepresstem Orangensaft.

Litsch: Das Café kenne ich. Auch als Vorstandsvorsitzender einer Landes-AOK hat man ja gelegentlich das Bedürfnis, sich mit dem einen oder anderen Menschen auf Bundesebene auszutauschen. Insofern ist nicht alles neu für mich in Berlin.

Was hat Sie bewogen, zum 1. Januar 2016 den Vorstandsposten im AOK-Bundesverband zu übernehmen?

Litsch: Es ist ein ganzer Blumenstrauß an inhaltlichen Gründen. Als ich im Bundesverband im vergangenen Juli die Arbeit als Interimsvorstand aufnahm, war zunächst etwas anderes geplant. Aber wie das Leben so spielt: Neue Orte verändern die Perspektive. Die Arbeit im AOK-Bundesverband hat mir von Anfang an großen Spaß gemacht. Die Aufgaben hier sind sehr reizvoll. Deshalb freue ich mich auf die Herausforderung.

Und welche Aufgaben sind das?

Litsch: Schlüsselaufgabe ist es, die Interessen von rund 25 Millionen AOK-Versicherten glaubwürdig, wahrnehmbar und

wirksam in Berlin zu vertreten. Hier lässt sich viel bewegen – und der Bundesverband hält hier die Klammer für das AOK-System.

Was verstehen Sie unter Klammer?

Litsch: Regionalität ist und bleibt maßgeblich für die Versorgung. Überall gibt es eine andere Struktur an Ärzten und Kliniken, an Dichte und Qualität von Leistungen. Darauf antworten die AOKs mit regionalen Lösungen. Die eine Antwort auf alles gibt es im Gesundheitswesen eben nicht. Die Klammerfunktion des AOK-Bundesverbandes besteht darin, dass er unterschiedliche Positionen und Lösungsansätze im AOK-System zu einer Argumentation gegenüber Politik und Selbstverwaltung formt, die für alle Versicherten der Gesundheitskasse positiv spürbar wird.

Und wie fällt die Positionierung zur Gesundheitspolitik nach einer Halbzeit der Großen Koalition im Bund aus?

Litsch: Kaum ein Gesundheitsminister war so freigiebig und hat mehr Gesetze in so kurzer Zeit verabschiedet wie Hermann Gröhe. Bis zur nächsten Bundestagswahl in zwei Jahren muss der Minister aber zeigen, ob damit echte Strukturreformen angestoßen worden sind oder ob es sich am Ende um Rundum-Sorglos-Pakete für Ärzte und Kliniken handelt.

Befürchten Sie denn Letzteres?

Litsch: Es kommt jetzt auf die Umsetzung an. Nehmen Sie die Krankenhausreform. Wenn zig Milliarden Euro mehr in die

stationäre Versorgung fließen, dann muss das auch zu mehr Qualität in der Versorgung führen. Alles andere wäre Etikettenschwindel.

Die Krankenhäuser müssen sich stärker an Qualität ausrichten und daran auch messen lassen. Wer es nicht tut, muss Abschlüsse hinnehmen. Klingt das für Sie nach Etikettenschwindel?

Litsch: Ganz so simpel ist die Sache mit den Abschlüssen nicht. Schlechte Leistungen sollten gar nicht mehr vergütet werden. Ein Patient, der ins Krankenhaus geht, hat das Recht, von den Ärzten und Pflegekräften dort gut versorgt zu werden. Das ist die Qualitätshürde. Kliniken, die diese Hürde reißen, müssen entweder vom Netz oder brauchen zumindest ein neues Management. Im Übrigen funktioniert die Idee mit den Qualitätszuschlägen und Abschlüssen nicht überall.

Warum?

Litsch: Im Ruhrgebiet ist es relativ einfach, Kliniken zu selektieren und als Krankenkasse vielleicht auch mit einzelnen



Häusern Verträge zu planbaren Leistungen zu schließen, weil es dort ein Überangebot an Leistungserbringern gibt. Das geht in Regionen mit einer sehr viel dünneren Krankenhausstruktur nicht. Da müssen wir dafür sorgen, dass zumindest eine Grundversorgung sichergestellt ist. Und da ist niemandem gedient damit, nach einem bestimmten Algorithmus irgendwelche Abschlüsse zu errechnen. Es geht um eine gute Versorgung der Menschen. Dafür brauchen wir Lösungen.

Wie sehen diese Lösungen aus?

Litsch: Die Krankenhäuser sollten ihre Zusammenarbeit intensivieren. Nicht jedes Krankenhaus muss alles machen. Es sollte sich vielmehr auf das spezialisieren, was es gut kann. Das schafft mehr Qualität in der Versorgung, macht die Bereitstellung der Leistungen preisgünstiger und erhöht letztlich auch die Wirtschaftlichkeit der Häuser. Strukturveränderung heißt aber auch, dass Krankenhäuser ganz vom Netz verschwinden können.

Mit Blick auf die Arzneimittelversorgung drängt die AOK weiter auf faire Preise. Sind Sie unzufrieden mit der letzten Arzneimittelreform von 2011, dem AMNOG?

Litsch: Das AMNOG ist gut. Das Gesetz gibt uns die Chance, den Nutzen einer Arzneimitteltherapie zu bewerten. Dadurch erzielen wir mehr Transparenz über echte Innovationen. Es ist uns aber nicht gelungen, den Ausgabenanstieg zu bremsen. Ursprünglich standen ja zwei Milliarden Euro jährlich im Raum. De facto sind die Arzneimittelausgaben seit 2011 von rund 29 Milliarden auf satte 33 Milliarden Euro im letzten Jahr gestiegen. Dieser Trend ist ungebrochen, er verschärft sich sogar noch.

Warum dreht sich die Kostenspirale ungebremst weiter?

Litsch: Wir haben bislang leider kein Instrument zur Hand, das uns bei der Preisfestsetzung bei innovativen Arzneimitteln hilft. Ein Jahr lang nach Markteinführung kann der betreffende Hersteller nach wie vor Mondpreise verlangen. Das Beispiel des Hepatitis-C-Präparates Sovaldi ist ein Beleg dafür.

Also brauchen wir ein AMNOG zwei?

Litsch: Auf jeden Fall müssen wir in den nächsten Monaten den Boden dafür bereiten, dass wir auch in der Preisfestsetzung innovativer Medikamente neue Instrumente bekommen. Bisherige Ansätze wie Preisermäßigung und Herstellerrabatt dürfen nicht

„Wenn zig Milliarden an die Kliniken fließen, muss das auch zu mehr Qualität führen.“

aufgeweicht werden. Mit Blick auf Hepatitis-C-Präparate, neue Krebsmedikamente, aber auch mit Blick auf angekündigte Innovationen zur dringend benötigten Behandlung der Demenz stünden wir ansonsten vor Kostendimensionen, die systemsprengende Wirkung hätten. Wir brauchen eine adäquate Antwort auf den Sovaldi-Effekt, also auf die Frage nach fairen Arzneimittelpreisen. Bleibt die Antwort aus, laufen uns die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung davon.

Bundesgesundheitsminister Gröhe hat kürzlich dazu aufgerufen, in der Debatte über Beitragssteigerungen in der gesetzlichen Krankenversicherung Verhältnismäßigkeit zu wahren. Bei einem Monatsverdienst von 3.000 Euro bedeute ein Beitragsanstieg um 0,2 Prozentpunkte sechs Euro, so der Minister. Das entspreche gerade mal einer halben Pizza.

Litsch: Natürlich besteht kein Grund, zu dramatisieren. Das sehe ich auch so. Aber es ist eine sehr ernste Debatte, die nicht verniedlicht werden darf. Sie finden immer irgendeinen Bezugspunkt, um irgendetwas so kleinzurechnen, dass es dann pro Tag nur noch einen Cent kostet, was ja dann keine Aufregung mehr

„Der Alarmismus mancher Kassen beim Morbi-RSA ist nicht nachzuvollziehen.“



wert ist. Aber 0,2 Prozentpunkte im Schnitt mehr Beitragssatz sind für manche viel Geld – vor allem dann, wenn nicht gut begründet ist, was es dafür gibt. Anders sehe ich das bei der Pflegeversicherung, wo die Beiträge ja auch steigen. Mit dem neuen Pflegebegriff ist hier zumindest ein Durchbruch gelungen.

Aber der Gegenwert ist doch auch sonst beachtlich: neue Strukturen in der stationären und – siehe Versorgungsstrukturgesetz II – ebenso in der ambulanten ärztlichen Versorgung, mehr Hospiz- und Palliativmedizin. Reicht das nicht?

Litsch: Die Gesetzesmaschine ist fleißig. Aber die Begründung fällt oft schwach aus. Nehmen Sie die Konvergenzregelung bei der Vergütung der Kliniken. Die Politik gleicht die Preise an den Bundesdurchschnitt an, weil man sagt, der Blinddarm in der einen Region darf nicht weniger kosten als in der anderen. Aber es macht keinen Sinn, Preise anzuheben, ohne die Frage nach Strukturen und Qualität zu stellen. Bei den Ärzten stehen wir vor dem gleichen Dilemma: Ab 2017 werden auch hier orientiert am Bundesdurchschnitt Preise angehoben, ohne dass sich etwas in der Leistungserbringerstruktur oder bei der Qualität der Leistungen ändert. Vieles wird nur teurer gemacht.

Der halben Pizza, um im Bild zu bleiben, fehlt also der Belag?

Litsch: Wenn Sie so wollen, ja. Ich bin jetzt viel in Berlin unterwegs und stelle fest, dass es hier sehr preiswerte Pizzen gibt im Vergleich zu Köln oder Dortmund. Die Pizza-Anbieter in Berlin würden es wahrscheinlich gut finden, wenn es bundesdurchschnittliche Preise für Pizzen gäbe. Die in Köln würden es wahrscheinlich nicht so gut finden, weil sie ihre Preise absenken müssten, was in der Regel aber nie passiert.

Sie sprachen die ambulante ärztliche Versorgung an. Auch die gleicht einer Baustelle: Wartezeiten, Engpässe in einigen länd-

lichen Regionen und obendrein eine tief zerstrittene Kassenärzte-Lobby. Treibt Ihnen das Sorgenfalten auf die Stirn?

Litsch: Sorgenfalten nicht unbedingt. Aber es ist nicht gut, dass die organisierte Ärzteschaft derzeit ein so schwaches Bild in der Öffentlichkeit abgibt. Wir brauchen verlässliche Partner, um die Herausforderungen zu meistern – seien es nun lange Wartezeiten oder der Mangel an Hausärzten in der Fläche. Jeder gegen jeden ist da keine gute Medizin.

Was ist in der Gesundheitspolitik in der laufenden Legislaturperiode noch anzupacken – oder ist alles getan?

Litsch: Getan ist nie alles. Aber eine Atempause würde uns gut tun. Aus dem einfachen Grund, dass wir all die Reformen, die verabschiedet worden sind oder in Kürze die parlamentarischen Hürden nehmen, erst einmal mit Leben füllen müssen. Was wir auf keinen Fall aus dem Auge verlieren dürfen, ist die Frage der Versorgung der nach Deutschland kommenden Flüchtlinge. Die AOK sieht in der elektronischen Gesundheitskarte nach wie vor die unkomplizierteste und auch wirtschaftlichste Lösung, um den Zugang der Menschen zu unserem Gesundheitssystem sicherzustellen. Einen föderalen Flickenteppich aus unterschiedlichen Regelungen sollten wir tunlichst vermeiden.

Und der Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Kassen – der Morbi-RSA? Einige Kassenarten fordern rasche Änderungen.

Litsch: Dieser Alarmismus ist nicht nachzuvollziehen. Experten bestätigen, dass der Finanzausgleich noch nie so zielgenau und verteilungsgerecht gearbeitet hat wie heute. Und die Aussage, der Morbi-RSA sei schuld an finanziellen Schieflagen und drohenden höheren Zusatzbeiträgen, wird auch dadurch nicht richtiger, dass man ihn gebetsmühlenartig wiederholt. ■

Die Fragen stellten Thomas Hommel und Hans-Bernhard Henkel-Hoving.