

27 – 20

Inhaltsverzeichnis

2. Juli 2020

Verlagsmitteilung:

„dfg Award® 2020“: Nur die Originale ausfüllen und pünktlich in die Post

Seite 2

Gesundheits- und Sozialpolitik:

UPD: Hört das „Große Greinen“ auf, wenn BRH-Vorschlag umgesetzt wird?

Seite 3

Grundrente: Fauler Kompromiß in letzter Minute – BRH feuert nächste Diskussion an

Seite 5

Gesetzliche Krankenversicherung:

Brisante Analyse: Zusatzbeiträge steigen uferlos – „Juliustürme“ leer gefegt

Seite 7

Personalia / Berliner Szene:

Seite 9

Dokumentation:

BündnisGRÜNE: Beim Thema Gesundheit denkt man vornehmlich an „Staat“

Seite 11

Verlagsmitteilung:

Dieser dfg-Ausgabe liegt eine Beilage des Münchener digitalen Krankenversicherers ottonova bei.
Verlag und dfg-Redaktion bitten um Beachtung.

Verlagsmitteilung:

„dfg Award® 2020“: Nur die Originale ausfüllen und pünktlich in die Post

(dfg 27 – 20) In wenigen Wochen ist es soweit. Das 12. Verfahren zur Vergabe der „dfg Awards®“ geht in diesen Tagen in die entscheidende Runde. Die dfg-Leser*innen sowie die des gesundheitspolitischen Hintergrunddienstes „A+S aktuell – Ambulant und Stationär aktuell“ erhalten in den **traditionellen, rot bedruckten Umschlägen** ihre **nummerierten Abstimmungsbögen**. Nur diese allein entscheiden bis zum 23. Juli 2020, wer die begehrten Trophäen des „Branchenpreises des Gesundheitswesens“ erhält. Am 24. Juli 2020 werden die bis dahin beim beauftragten Notar eingegangenen Abstimmungsbögen für die „dfg Awards® 2020“ ausgezählt. Bis dahin fiebern die 16 Nominie(-Gruppen) in den fünf Kategorien den Ergebnissen entgegen, die der Notar nach der Auszählung dokumentieren und in versiegelten Umschlägen verwahren wird. Angesichts der noch unsicheren Corona-Lage steht allerdings noch nicht fest, wann und auf welche Art die Nominees, vor allem aber die Sieger 2020 geehrt werden. Die dfg-Redaktion wird alle interessierten dfg-Leser*innen zeitnah auf dem Laufenden halten

Aus gegebenem Anlaß und auf Grund diverser Anfragen erinnern die MC.B Verlag GmbH und die dfg-Redaktion daran: **Einsendeschluß** für die Original-Abstimmungsbögen (keine Kopien, Scans o.ä.) ist Donnerstag, der **23. Juli 2020, 15.00 Uhr** (Posteingang beim Notar/Ausschlußfrist). Alle nach diesem Termin eingehenden Abstimmungsbögen werden bei der Auszählung am 24. Juli 2020 nicht mehr berücksichtigt. Die Ergebnisse bleiben bis zur offiziellen Verkündung geheim. Nur ausgefüllte, durchnummerierte Original-Abstimmungsbögen werden vom Notar berücksichtigt. In jeder der fünf Kategorien haben die dfg-Leser*innen nur eine Stimme.

Die **Original-Abstimmungsbögen** (keine Kopien) sind bitte **nur an den beauftragten Notar** für den „dfg Award® 2020“ einzusenden:

Notar Patrick Heidemann
Rechtsanwälte und Notare Heidemann & Dr. Nast
Kurfürstendamm 188 * 10707 Berlin

Die Träger des Branchenpreises für das Gesundheitswesen sind außerordentlich dankbar, daß 2020 unter den widrigen Umständen - bis auf einen - alle bisherigen Sponsoren das weitere Vergabeverfahren begleiten und damit unterstützen werden. Die Vergabe der „dfg Awards® 2020“ wird demnach nachhaltig unterstützt von der CompuGroup Medical Deutschland AG (Koblenz), der BITMARCK Holding GmbH (Essen), der Cisco Systems GmbH (Garching bei München) und der HMM Deutschland GmbH (Moers). Die vier Unternehmen fördern damit jeweils weiterhin eine Kategorie. Die fünfte unterstützt die Redaktion von „A+S aktuell – Ambulant und Stationär aktuell“. Sie tritt an die Stelle der leider ausgeschiedenen spectrumK GmbH (Berlin). An der Seite der Träger des Vergabeverfahrens verbleiben zudem die DAVASO Gruppe (Leipzig), die AOK Systems GmbH (Bonn), die ottonova Holding AG (München), die HBSN AG (Hornburg) und die vitagroup AG (Mannheim).

Gesundheits- und Sozialpolitik:

UPD: Hört das „Große Greinen“ auf, wenn BRH-Vorschlag umgesetzt wird?

(dfg 27 – 20) Die Idee einer „Unabhängigen Patientenberatung Deutschland“ (UPD) hat eigentlich etwas für sich. Doch seit gut 20 Jahren kommt die ursprünglich als Modellverfahren gestartete und 2011 in der Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gelandete Idee nicht aus den negativen Schlagzeilen. Vor allem, seit sich beim letzten europaweiten Ausschreibungsverfahren mit der Duisburger Sanvartis GmbH ein privater Anbieter durchsetzte. Das „Große Greinen“ über den Verlust der Einflußsphäre und der üppigen Versorgungsmöglichkeiten verdienter Mitstreiter*innen bestimmter sozialer Interessenverbände wurde politisch begleitet und unterstützt von den Oppositionsfraktionen im Bundestag. Und führte letztendlich dazu, daß sich auch der Bundesrechnungshof (BRH) mit der UPD beschäftigte. Im Gegensatz zum Verhalten des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) sind die Potsdamer Prüfer bekanntlich in der Lage vermittelnde Vorschläge zu entwickeln. Eines dieser Voten scheint nun Aussicht auf Erfolg und Umsetzung zu haben. Das geht aus Politikerwortspenden vor und nach dem 17. Juni 2020 hervor. An diesem Tag fand eine von der Fraktion DIE LINKE initiierte Anhörung zur UPD vor dem Bundestagsausschuß für Gesundheit statt.

Offiziell – nach dem Auslaufen der Modellphase – nahm die erste UPD-Organisation am 30. Januar 2007 ihre Arbeit auf. Träger des Modellverbunds und Gesellschafter der im Jahr 2006 gegründeten Unabhängigen Patientenberatung Deutschland UPD gGmbH waren der Sozialverband VdK Deutschland, der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) und der Verbund unabhängige Patientenberatung (VuP). Deren führenden Funktionäre stehen in der Regel den BündnisGrünen bzw. sozialdemokratischen oder sozialistischen Kreisen nahe. Daher konnte man bis Ende 2015 vom üppigen Geldsegen aus den Töpfen der Krankenkassen in zweistelliger Mill.-€-Höhe nicht nur eigene Mitstreiter*innen, sondern auch viele eigene nachgeordnete Funktionär*innen beruflich „versorgen“. Die Basis dankte es und die so „beratenden Versicherten“ merkten es nicht. Denn finanziert wird die UPD gemäß § 65 b SGB V vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV). Über eine Umlage der Verbandsmitglieder – also je nach der Höhe der jeweiligen Kassenmitglieder einer Körperschaft – wandern so Gelder der Beitragszahler in die Beratungstätigkeit.

Da der Förderzeitraum Ende 2015 auslief, schrieb der GKV-SV den neuen, auf sieben Jahre ausgelegten Förderzeitraum aus. Das Vergabeverfahren hat gem. § 65 b Abs. 1 Satz 4 SGB V dabei im „Einvernehmen“ mit der/dem jeweiligen Patientenbeauftragten der Bundesregierung zu erfolgen. Damals hatte diese Staatssekretärs-Funktion im Bundesgesundheitsministerium (BMG) der heutige CDU-Landesgesundheitsminister von NRW, Karl-Josef Laumann (62), inne. Die kurzen Wege zwischen der Berliner Friedrich- und der Reinhardtstraße führten zu dem bekannten Ergebnis. Seit dem 1. Januar 2016 „beraten“ die Mitarbeiter der Sanvartis GmbH via ausgegliederter Berliner Gesellschaft die Bürger*innen. Und die sich als „schlechte Verlierer“ gebenden VdK, vzbv, VUP sowie ihre politischen Unterstützer wie GRÜNE, LINKE und Teile der SPD hören nicht auf, die jetzige UPD verbal an den Pranger zu stellen und teilweise öffentlich madig zu machen (vgl. zuletzt dfg 29 – 15, S. 6ff.). Man stichelt und meckert, daß es eine Freude ist und unbeteiligte Beobachter mittlerweile regelrecht nervt. Und das Thema „UPD“ taucht mit einer gewissen Regelmäßigkeit in

Bundestagsdrucksachen oder auf der Tagesordnung des Plenums des Hohen Hauses an der Spree auf.

Öffentliches Greinen kommt stets auch bei der zuständigen Potsdamer Außenstelle des BRH an. Die Prüfer machten sich daher über die UPD her. Das dürfen sie, weil über den Bundeszuschuß zum Gesundheitsfonds schließlich Staatsgelder bei den Krankenkassen landen. Dann dürfen sie „ran“ und sich über das Gebaren und die Ausgabenpolitik der so geprüften Institutionen und Unternehmen hermachen. Im Juni 2020 ploppte der wohl vorläufige Prüfungsbericht bei den Medien auf. Der BRH stellte fest, daß sich das auf sieben Jahre befristete Vergabeverfahren „nicht bewährt“ habe. Das bisher praktizierte Vergabeverfahren führe zu einem „unwirtschaftlichen Einsatz“ von Fördermitteln. Außerdem kritisierten die Prüfer, daß bei dem jetzigen UPD-Modell die personelle Fluktuation zu hoch sei. Allerdings: Sie sahen die gesetzlich geforderte Unabhängigkeit der jetzigen UPD jedoch als gegeben an.

Und wie es beim BRH so üblich ist, die Beamten sannen auf Abhilfe. Statt wie das BAS aktuell in seinen behördlichen Forderungen apodiktisch zu werden. Beim BRH möchte man – wenn die Politik an einer unabhängigen Patientenberatung festhalten will – die Trägerschaft der Einrichtung „verstetigen“, wie zu lesen war. Dadurch ließen sich auch die Fluktuationsprobleme in einem Aufwasch beseitigen. Wenn es nach dem BRH geht, dann könnte man die UPD bei einer Institution der Gemeinsamen Selbstverwaltung ansiedeln. Sie nennen als Beispiel das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Oder aber die Aufgabe bei einer Bundesbehörde ansiedeln wie der Kölner Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Als weitere Alternative griffen sie das von GRÜNEN und LINKEN seit längerem propagierte „Stiftungsmodell“ auf.

Eigentlich wollte das CDU-geführte BMG und damit die Bundesregierung am bisher praktizierten Vergabeverfahren festhalten. Auch der GKV-SV dürfte bisher keinen Anlaß gesehen haben, das eigentlich erfolgreiche Verfahren aufzugeben. Aber die Idee einer „neu zu errichtenden Stiftung“, die hat auch etwas für sich. Zum einen würde das Greinen aus einer bestimmten gesellschaftlichen wie politischen Ecke aufhören. Auf der anderen Seite wären viele, viele Kuratoriums-, Vorstands- und wissenschaftliche Beiratsmandate zu vergeben. Die dann die auf gewisse Ehren erpichteten Mitbürger*innen befriedigen würden. Aus der Einflußsphäre von bestimmten Wissenschaftlern bzw. Interessengruppen wäre die Einrichtung als Stiftung aber auch heraus. Ergo: Es wäre Ruhe an der UPD-Front.

Das dürfte man auch in der Union so gesehen haben. Am 23. Juni 2020 las man in der online-Ausgabe des „Deutschen Ärzteblattes“ (DÄBl.), daß sich der CDU-Vorsitzende des Bundestagsausschusses für Gesundheit, Erwin Rüddel MdB (65), für ein Stiftungsmodell stark gemacht habe. Auch wenn die UPD derzeit unabhängig arbeite, so müsse man eine Trägerstruktur finden, die „jeglichen Verdacht“ auf eine Beeinflussung ausschließe. Das sei für die Glaubwürdigkeit einer Patientenberatung „ausgesprochen wichtig“. Einfluß von außen – sei es von Patientenvertretern oder den Kassen – wie auch eine Ansiedlung bei den Institutionen der Gemeinsamen Selbstverwaltung müsse man ausschließen. Seine Erkenntnis war: Eine unabhängige Stiftung sei die „beste Entscheidung“. Allerdings müsse die dann den GKV-SV als Träger ablösen. Das operative Geschäft

solle weiter ausgeschrieben werden, die Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds erfolgen. Kaum war diese Wortspende in der Welt, meldeten sich in Berlin die Gesundheitspolitiker aller Fraktionen zu Wort. Zum Teil kritisch, aber im Großen und Ganzen zustimmend. Wenn sich also fraktionsübergreifend alle über die Richtung einig sein, dann dürfte ab 2023 – nach einer entsprechenden Änderung der SGB V-Normen – das Greinen über die UPD endlich aufhören.

Grundrente: Fauler Kompromiß in letzter Minute – BRH feuert nächste Diskussion an

(dfg 27 – 20) Am 3. Juli 2020 verabschiedet sich der 19. Deutsche Bundestag in die parlamentarische Sommerpause. Bis zum 7. September 2020 ruht das politische Geschäft weitgehend. Es sei denn, in einer teuren Rückholaktion holt man die Mandatsträger*innen zu einer Sondersitzung zurück. Kein Wunder, wenn sich angesichts dieser gewissen Zeitnot erst am Abend des 29. Juni 2020 vier führende Akteure der Großen Koalition (GroKo) über einen Kompromiß über die seit langem geplante Realisierung der SPD-Idee einer „Grundrente“ einigten. Jetzt soll das nur geringfügig veränderte Gesetzespaket am 2. Juli 2020 noch auf die Tagesordnung des Hohen Hauses an der Spree platziert werden, um in 2. und 3. Lesung diese parlamentarische Hürde zu nehmen. Einen Tag später soll der Bundesrat seinen Segen dazu geben.

Wenn auf dem Altar der Politik ein Kompromiß erzielt wird, dann verfügt er meist über einen gewissen „fauligen“ Geruch. So auch dieses Mal. Der Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Ralph Brinkhaus MdB (52) handelte den SPD-Emissären – Bundesarbeitsminister Hubertus Heil MdB (47), Bundesfinanzminister Olaf Scholz (61) und seinem sozialdemokratischen Pendant Rolf Mützenich MdB (61) – die Zusage ab, daß sich die GroKo im Herbst 2020 mit „Verbesserungen“ bei der Riester-Rente beschäftigen wird. Vorher dürften wohl die Fachpolitiker der GroKo noch einmal über dem Gesetzentwurf gebrütet haben, um den Entscheidungsträgern zuzuarbeiten. Der Riester-Deal der Großen Koalition sieht dem Vernehmen nach vor, daß die Einkommensgrenze für die steuerliche Förderung einer Betriebsrente von monatlich 2.200 € auf knapp 2.600 € steigen soll. Dadurch könnten potenziell zwei Millionen weitere Beschäftigte eine staatliche Unterstützung bekommen, wenn sie in der betrieblichen Riester-Säule für das Alter sparen. Es ist schon erstaunlich, daß mittlerweile die Union an eigentlich kaum imageträchtigen früheren Ideen der SPD festhält und diese ausbauen will.

Der aktuelle Kompromiß war möglich geworden, nachdem Brinkhaus eine Woche zuvor den Widerstand seiner Fraktion gegen den Heil'schen Grundrenten-Entwurf aufgegeben hatte. Die Union verzichtet damit auf ihre ursprüngliche Bedingung, die Grundrente mit einer neu einzuführenden Finanztransaktionssteuer zu bezahlen. Das fiel ihr umso leichter, als diese Idee auch EU-weit kaum durchzusetzen war. Nun sollen die Mittel für die Grundrente, die im Einführungsjahr 2021 mehr als 1,3 Mrd. € teuer wird, ohne Gegenfinanzierung aus dem Staatshaushalt kommen. Auf ein paar Mrd. € mehr oder weniger, so dürfte die Einschätzung im Berliner Regierungsviertel sein, kommt es jetzt auch nicht an. Bisher noch offene Streitthemen des Grundrenten-Gesetzentwurfs dürfte die Union ebenfalls nicht mehr weiterverfolgen wollen. Das betrifft vor allem, wie die umstrittene Einkommensprüfung ausgestaltet wird, mit der bei künftigen und heutigen Rentnern ein Anspruch auf die neue Leistung festgestellt werden soll. Ob diese technisch klappen wird, daß

interessiert die Sozialdemokraten keinen Deut. Da können Experten – unter anderem die der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) – noch so warnen, wie sie wollen.

So dürften z.B. die ersten Auszahlungen erst ab Juli 2021 fließen und dies lediglich an Neurentner. Wer bereits im Ruhestand ist und Anspruch auf die Grundrente hat, wird sich voraussichtlich bis Ende 2022 gedulden müssen. Darauf machte am 24. Juni 2020 das zuständige Mitglied des Direktoriums der DRV Bund, Dr. rer. pol. Stephan Faßhauer (47), bei der letzten Vertreterversammlung seiner Behörde aufmerksam. Für eine SPD-positive Wahlentscheidung von Millionen von Bürger*innen bei den kommenden Bundestagswahlen bringt also die teure Grundrenten-Entscheidung vermutlich wenig. Denn für die Bestandsrentner*innen – die auch sonst finanziell nicht auf Rosen gebettet sind – dürfte es nur ein schwacher Trost sein, daß die Rentenzahlung dann rückwirkend mit Wirkung zum 1. Januar 2021 erfolgt.

Kaum ist das Problem „Einführung der Grundrente“ politisch vom Tisch geräumt, so deuten sich am Horizont bereits weitere heftige sozialpolitische Debatten an. Wieder einmal geht es um Geld, viel Geld. Losgetreten hatte am 29. Juni 2020 die Debatte ausgerechnet der Bundesrechnungshof (BRH), heftig akklamiert von der rentenpolitischen Sprecherin der AfD-Fraktion Ulrike Schielke-Ziesing MdB (51). Bei der Anhörung des Haushaltsausschusses des Bundestages zum 2. Nachtragshaushalt für 2020 und dessen Begleitgesetze kritisierte die Bonner Behörde außerordentlich intensiv die letzten sozialpolitischen Beschlüsse der Koalition wie auch der Ministerpräsident*innen der Länder (vgl. zuletzt dfg 26 – 20, S. 4f.). Der BRH erkannte zu recht, daß durch die „Sozialgarantie“ und der damit verbundenen höheren Bundeszuschüsse zu den sozialen Sicherungssystemen der Bundeshaushalt erheblich belastet werde. Der BRH konstatierte mit Nachdruck: „Jetzt rächt es sich, daß insbesondere die Rentenfinanzen in den letzten Jahren durch eine Reihe versicherungsfremder Leistungen nachhaltig belastet worden sind.“ Das vorwurfsvolle Verb „rächen“ dürfte im Sprachgebrauch der Behörde wohl selten genutzt werden. Vor allem im Zusammenhang mit freizügig von der Berliner Politik verteilten „Zuckerle“. Nach Ansicht des BRH gehören zu den Leistungen, die eigentlich mit einem Rentensystem wenig bis gar nichts zu tun haben u.a.:

- die so genannten Mütterrenten I und II,
- die Rente ab 63,
- die Angleichung der Ostrenten
- die doppelte Haltelinie in Bezug auf Rentenniveau und Beitragssatz
- sowie die Grundrente

Wer als gesundheitspolitisch Aktiver so klare BRH-Zeilen liest, der hofft weiterhin inständig, daß irgendwann einmal ein/e Akteur*in im Gesundheitswesen die Traute hat, genauso detailliert aufzulisten, welche versicherungsfremden „Zuckerle“ in den letzten Jahren verteilt wurden und was sie die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mittlerweile kosten bzw. 2021 und später kosten werden. Vielleicht tut es ja wieder der BRH?

Gesetzliche Krankenversicherung:

Brisante Analyse: Zusatzbeiträge steigen uferlos – „Juliustürme“ leer gefegt

(dfg 27 – 20) Schon im I. Quartal 2020 produzierten die 105 noch existierenden Krankenkassen ein erhebliches Defizit in Mrd.-€-Höhe (vgl. dfg 26 – 20, S. 6ff.). Doch dabei wird es im weiteren Verlauf des Jahres nicht bleiben. Auch wenn der BKK Dachverband (BKK DV) wie auch die AOK Bundesverband GbR zumindest aus dem stationären Sektor erste relative Entwarnung abgaben, dürften nicht nur die Corona-Auswirkungen in 2020 die Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erheblich belasten. Und die kassenindividuellen Zusatzbeiträge ohne den geplanten Bundeszuschuß ins Uferlose steigen lassen bzw. die Kassen zum rigorosen Rücklagenabbau, für wenige bis nahe an die Insolvenz, zwingen. Rein kalkulatorisch gerechnet müßte letztendlich Ende 2020 sogar die reichste Kasse Deutschlands, die AOK Sachsen-Anhalt, einen üppigen Zusatzbeitrag von 0,7 Prozent erheben. Bisher kamen die Magdeburger ohne einen aus. Das und anderes geht aus der jüngsten gesellschafterinternen „Wettbewerbsanalyse“ vom 22. Juni 2020 hervor, die das Corona-Expertenteam der Essener BITMARCK Holding GmbH erstellte und die der dfg-Redaktion vorliegt. Im Ruhrgebiet schrieb man auf sieben Seiten, die es in sich haben, damit bisherige Ausarbeitungen fort (vgl. dfg 23+24 – 20, S. 2ff.).

Auch wenn es die Brisanz der Analyse etwas mindern mag, eine Bemerkung der BITMARCK-Autoren muß man vorausschicken. Die negativen Corona-Auswirkungen wie auch der der politisch veranlaßten „Zückerle“ wurden gleichmäßig für jede der 105 Körperschaften unterstellt. Es fand also „keine Prognose der jeweils kassenindividuell gestiegenen Ausgaben statt“. Sprich: Im Detail wurde nicht jede Körperschaft genau durchleuchtet. Das dürfte auch der Tatsache geschuldet sein, daß nicht alle 105 BITMARCK-Kunden sind – also interne Zahlen fehlen. In Essen empfindet man die Analysen als „Dienstleistung“, mit dem man ein worst-case-Szenario entwickelt, um gezielt auf die möglichen Corona- und „Zückerle“-Folgen auf die Kassenfinanzen aufmerksam zu machen. Nicht eingerechnet wurde z.B. auch der bisher in Berlin beschlossene neue Bundeszuschuß in Höhe von 3,5 Mrd. €. Sollte CDU-Bundesgesundheitsminister Jens Spahn MdB (40) bei den weiteren Beratungen des so genannten Corona-Kabinettes SPD-Bundesfinanzminister Olaf Scholz (61) unter Hinweis auf die ebenfalls beschlossene „Sozialgarantie“ weitere „Staatsknete“ ablutschen, so dürften die Essener Berechnungen Makulatur sein. Aber das mindert keineswegs ihre Wichtigkeit für die weiteren politischen Beratungen in der Hauptstadt.

Was haben die Autoren in ihre Berechnungen einfließen lassen? Die Entwicklung „der kalkulatorisch notwendigen Zusatzbeiträge 2020“ – sie gehen von individuellen Sätzen von 0,5 Prozent bis zu 2,8 Prozent (!) aus - beruhe auf der steigenden Ausgabenentwicklung, die durch die Corona Pandemie verursacht wurde. Aufgrund einer rückläufigen wirtschaftlichen Entwicklung und einer steigenden Entwicklung der Arbeitslosenzahlen wird von ihnen eine negative Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV erwartet. Durch die aktualisierten RSA-Eckdaten ergäben sich daher im Vergleich zu der letzten Ausarbeitung Veränderungen „beispielsweise in Bezug auf die Fondsunterdeckung und den beitragspflichtigen Einnahmen“. Wobei die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen erst in 2021 Effekte zeigen werde.

Welche Zusatzbeiträge würden also die Kassen benötigen, um für 2020 ein „ausgeglichenes Finanzergebnis“ zu erzielen? Bekanntlich liegt aktuell der gesetzlich normierte Durchschnitt bei 1,1 Prozent. Dabei bliebe es laut der Autoren noch nicht einmal im so genannten „grünen Lager“ der Ortskrankenkassen. Der AOK-Durchschnitt würde auf 1,2 Prozent steigen. Wobei sogar die Magdeburger AOK Sachsen-Anhalt einen individuellen Zusatzbeitrag von 0,7 Prozent erheben müsste. Die ebenfalls nicht unvermögende AOK PLUS müsste immerhin 1,0 Prozent erheben. Die AOK Bayern wäre hingegen mit überdurchschnittlichen 1,6 Prozent dabei, die AOK Nordost mit 1,4 Prozent und sogar die „reiche“ AOK-Schwester in Hannover würde nur noch Durchschnitt sein. Neben der Magdeburger AOK tauchen in den Auswertungen aus Essen nur noch vier BKKen auf, die es sich leisten könnten, mit einem Zusatzbeitrag von weniger als 0,8 Prozent aufzuwarten. Der Durchschnitt aller anderen Kassenarten läge über dem neuen Durchschnittssatz:

- Knappschaft (KBS) 1,5 Prozent
- das „blaue Lager“ des vdek 1,6 Prozent
- das „gelbe Lager“ der BKKen 1,6 Prozent
- die IKKen 1,6 Prozent

Nicht auszumalen ist, was mit den sechs Kassen passieren würde, die gemäß den Berechnungen einen Zusatzbeitrag von 2,0 und mehr Prozent erheben müssten, um ihre Ausgaben zu decken. Da die Hälfte des Jahres bei Erscheinen dieser dfg-Ausgabe schon längst verstrichen ist, dürften die wahrscheinlichen Zusatzbeiträge noch höher ausfallen als berechnet.

Um horrenden Steigerungen bei den Zusatzbeiträgen zu vermeiden, muß man nolens volens in die Rücklagen greifen. Wenn man sie denn noch an irgendeiner Stelle im eigenen „Juli Sturm“ verbudgelt hat. Sprich: „Wie viele Krankenkassen verfügen über ausreichend Vermögen, um die Lücke zwischen aktuell erhobenem Zusatzbeitragssatz und dem neu ermittelten kalkulatorischen Zusatzbeitragssatz schließen zu können?“ Auch hierfür gibt die Analyse eine Antwort. Man hat immerhin eine kleine Gruppe von acht Kassen identifizieren können, die weiterhin Vermögen aufbauen können. Der Rest muß sehen, wie er die benötigten Mittel zusammenkratzt. Zudem existierten drei Krankenkassen, deren Einnahmen aus dem Zusatzbeitragssatz und deren Vermögen aktuell nicht ausreichen, um ihre prognostizierten Ausgaben zu decken und gleichzeitig die Mindestreserve zu behalten. Dieser Zustand macht sie automatisch zu Fusionsopfern oder Insolvenz-Kandidaten. Oder anders ausgedrückt: Diese drei Körperschaften dürften schon längst unter der besonderen finanziellen Aufsicht von Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und ihren Aufsichten stehen.

Der teilweise erhebliche Vermögensabbau dürfte zwar Wasser auf die Mühlen von Minister Spahn („Krankenkassen sind keine Sparkassen“) sein. Aber: Die Spannweite des Vermögens, das eingesetzt zur Finanzierung des aktuell erhobenen Zusatzbeitragssatzes 2020 werden müsste, liegt zwischen - 162 Prozent und + 40 Prozent (ein Ausreißer liegt sogar bei + 177 Prozent). Sprich: Kommen keine Corona-Bundeszuschüsse, dann sind die meisten „Juli Stürme“ leer gefegt. Nach den Berechnungen stiege der Anteil der Krankenkassen mit einem Vermögen von unter 200 € je Mitglied von 19 Prozent auf knapp 36 Prozent (mit 48 Prozent, also fast der Hälfte der GKV-Versicherten), während der Anteil der Krankenkassen mit einem Vermögen von über 400 € je Mitglied auf 27 Pro-

zent sinke. Ihr Fazit: „So bleibt für ein gutes Drittel der Krankenkassen nur wenig bis kein Spielraum mehr für weiteren Vermögenseinsatz.“ Sogar dem AOK-Lager ginge 18 Prozent ihrer Vermögen flöten. Der bayerischen Schwester sogar über die Hälfte, eine Tatsache, die bei der CSU-geführten Münchener Staatsregierung gar nicht gut ankommen dürfte. Den sechs Ersatzkassen schwindet ebenfalls die Hälfte, die damit besonders hart getroffen würden. Im GKV-Durchschnitt würden 31 Prozent der bisher noch vorhandenen Vermögen perdú sein. Noch ist die BIT-MARCK-Auswertung nicht Realität, sondern nur ein aufgezeigtes Szenario. Aber es dürfte davon auszugehen sein, daß es spätestens im Herbst 2020 auf breiter Front zu einer Erhöhungswelle bei den Zusatzbeiträgen kommt. Dann wird man die politischen Entscheidungsträger nicht nur in der Friedrichstraße fragen müssen, „wie war das mit der Sozialgarantie?“.

Personalia / Berliner Szene:

BARMER-Selbstverwaltung mit Kommunikationsproblemen, aber klarem Ergebnis

(dfg 27 – 20) Die führenden Selbstverwalter im Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) wie auch bei den Einzelkassen haben es in den letzten Jahrzehnten immer noch nicht gelernt (oder lernen wollen), wie man offensiv und transparent mit der Öffentlichkeit kommuniziert. Man gräbt sich – teilweise ängstlich zitternd – tief in seinen Gremien ein und scheut das Licht „da draussen“ fast wie dafür prädestinierte Tiere. Anstatt offensichtliche Wahrheiten und Tatsachen als eigenen Sieg imagefördernd zu „verkaufen“. Die Verwaltungsratsspitze der zweitgrößten Krankenkasse Deutschlands, der BARMER, macht da keine Ausnahme.

Daher wunderte sich die dfg-Redaktion auch wenig, als am 29. Juni 2020 eine schmallippige gehaltene Mail aus der Pressestelle der Körperschaft bei ihr aufplopte. Die dfg-Redaktion hatte u.a. nach dem Ausgang der Abstimmungen zu Punkt 2 der Tagungsordnung des Kontrollgremiums am 26. Juni 2020 bei der letzten Sitzung in Mainz gefragt. Bekanntlich wollten die Selbstverwalter über die Amtsenthörung und dessen sofortigen Vollzug des ehemaligen Fraktionsvorsitzenden der BARMER VersichertenGemeinschaft (VG) und seines Stellvertreters, also der Spitze der immer noch stärksten Fraktion im Gremium, abstimmen (vgl. dfg 26 – 20, S. 9ff.). Doch offiziell blieb das ehrenamtliche Schicksal des Mitarbeiters des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV), Ronald Krüger (47), und des Bonner Rechtsanwaltes Karl Werner Lohre (67) im Dunklen. Der Verwaltungsrat hatte den Medienschaffenden seiner Körperschaft einen veritablen Maulkorb verpaßt. Man las den entschuldigenden Satz, daß „wir hierzu keine Auskünfte erteilen dürfen“. Andererseits hatte der Verwaltungsrat noch am 26. Juni 2020 die Pressestelle genutzt, um zwei relativ inhaltsleere Presseausendungen abzusondern.

Im BARMER-Umfeld war man gesprächiger und auskunftsbereiter. Dem Vernehmen nach wurden die beiden Juristen Krüger und Lohre in geheimer Abstimmung mit 21:9 Stimmen amtsenthoben. Der beantragte sofortige Vollzug wurde in offener Abstimmung mit 21:8 Stimmen beschlossen. Da die VG-Fraktion offiziell über 10 Mandatsträger*innen in dem 30-köpfigen Gremium verfügt, dürfte es in den eigenen VG-Reihen Dissidenten gegeben haben. Im weiteren Verlauf der Sitzung entband man darüber hinaus als so genanntes „Bauernopfer“ – wie geplant – den VG-Mandatar Andre

Beier von den Pflichten als Verwaltungsratsmitglied. Für ihn rückte Klaus-Peter Dehde nach, der nach den vorliegenden Informationen sogleich den VG-Fraktionsvorsitz übernahm.

BKK LV NORDWEST: Generationswechsel eingeleitet

(dfg 27 – 20) Beim BKK Landesverband NORDWEST steht im kommenden Jahr ein Führungswechsel an. Am 30. April 2021 verabschiedet sich der seit 2010 amtierende Vorstandsvorsitzende Manfred Puppel (64) nach fast fünfzig Berufsjahren im Dienste der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den Ruhestand. Der Verwaltungsrat des BKK-LV befaßte sich frühzeitig mit der Nachfolge und entschied sich für eine vollständige In-House-Lösung. Mit Wirkung zum 1. Mai 2021 rückt der bisherige Stellvertreter Puppels, Dr. rer. pol. Dirk Janssen (51), auf den Chefsessel nach. Neue stellvertretende Vorständin wird zum gleichen Zeitpunkt Gaby Erdmann (52), die aktuell den Geschäftsbereich Verbandspolitik des Landesverbandes leitet.

AKG mit neuem Geschäftsführer

(dfg 27 – 20) Knapp 15 Monate nach ihrem Wechsel in die Hauptstadt hat sich die Arbeitsgemeinschaft Kommunaler Großkrankenhäuser (AKG) strukturell und personell neu positioniert. Aus der lockeren Arbeitsgemeinschaft (AG) wurde der Lobbyverband Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser (AKG), der nun für 24 Maximalversorger im Besitz von Kommunen spricht. Den seit Mai 2018 amtierenden Geschäftsführer Helmut Schüttig (68) verabschiedete man darüber hinaus in den Ruhestand. Als sein Nachfolger rückte der bisherige Geschäftsstellenleiter Nils Dehne (36) nach.

Universitätsmedizin Rostock: Vorstandsvorsitzender rehabilitiert

(dfg 27 – 20) Rund zwei lange Jahre hatte Prof. Dr. med. Christian Schmidt MPH (65) auf seine juristische Rehabilitierung warten müssen. Nachdem die Staatsanwaltschaft Rostock nach quälenden Monaten ihre Ermittlungen wegen angeblich „zweifelhafter Geschäftspraktiken“ eingestellt hatte, wurde er am 29. Juni 2020 vom Aufsichtsrat der Universitätsmedizin Rostock wieder als Vorstandsvorsitzender in Amt und Würden eingesetzt. Das gleiche Gremium – allerdings in anderer Besetzung – hatte ihn einst nach heftigen internen wie öffentlichen Vorwürfen freigestellt. Immerhin durfte der Internist weiterhin als Ärztlicher Vorstand wirken. Schmidt war 2014, von der Kliniken Köln GmbH kommend, an die Ostsee gewechselt.

MP Medical Park mit prominentem Verwaltungsratsmitglied

(dfg 27 – 20) Der langjährige Vorstandsvorsitzende der Berliner Charité (2008 – 2019), Prof. Dr. med. Dr. med. h.c. Karl Max Einhäupl (73), zog am 23. Juni 2020 in den Verwaltungsrat der MP Medical Park Holding SE ein. Der Neurologe und ehemalige Vorsitzende des Wissenschaftsrates beriet das im Familienbesitz befindliche oberbayerische Rehabilitations-Unternehmen bereits seit 2005. In diesem Jahr übernahm er den Vorsitz des Wissenschaftlichen Beirates. Diesen soll er nach dem Willen der Freiburger-Familie auch weiterhin innehaben.

Dokumentation:

BündnisGRÜNE: Beim Thema Gesundheit denkt man vornehmlich an „Staat“

(dfg 27 – 20) Die Bundestagswahlen 2021 werfen ihre Schatten voraus. Als erste der im Bundestag vertretenen Parteien haben sich die BündnisGRÜNEN am 26. Juni 2020 mit einem Entwurf für ein „neues“ Grundsatzprogramm vorgewagt. Es soll das aktuelle aus dem Jahr 2002 ersetzen. Mit dem 58-seitigen Oeuvre will man zudem Führungsfähigkeit demonstrieren. In den drei Seiten, die man der Gesundheitspolitik dabei widmet, dürfte das aber gewaltig schief gegangen sein. In diesem Sektor scheinen nur so genannte Fundis am Redigieren gewesen zu sein. Denn für die frühere Ökopartei ist „Gesundheitsversorgung eine öffentliche Aufgabe“. Und die Begriffe „Wettbewerb“ und „Markt“ scheinen immer noch Teufelszeug zu sein. Wie sozialistisch denkende Parteien verteufelt man auch jegliche Privatisierungen (z.B. im stationären Sektor). Mit dem Bekenntnis zur Einheitsversicherung der Marke „Bürgerversicherung“ bleibt die Partei weiterhin auf rot-rot-grünen Kurs – eine bereits jetzt rechnerisch bundesweit neue schwarz-grüne Konstellation scheint damit in weite Ferne zu rücken. Große politische Schnittmengen wie in Baden-Württemberg oder Hessen kämen so in Berlin nicht zustande. Ob die für den Herbst 2020 geplante, entscheidende Bundesdelegiertenkonferenz an den Textinhalten noch etwas ändert, das darf bezweifelt werden.

Wir dokumentieren den gesundheitspolitischen Teil im vollen Wortlaut:

**„ ...zu achten und zu schützen ...
VERÄNDERUNG SCHAFFT HALT.
Grundsatzprogrammentwurf**

Gesundheit und Pflege

(201) Oberste Aufgabe jeder Gesundheitspolitik ist es, die Würde der und des Einzelnen auch in Krankheitsfällen, Notfällen und Ausnahmesituationen zu wahren und gleichzeitig Krankheiten und Gesundheitsrisiken vorzubeugen. Gesundheit und Pflege sind zentrale Pfeiler der Daseinsvorsorge. Es ist öffentliche Aufgabe, jedem Menschen, unabhängig von Alter, Einkommen, Geschlecht, Herkunft, sozialer Lage oder etwaiger Behinderung sowie vom Wohnort, Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu garantieren. Die Versorgung muss dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen, den medizinischen Fortschritt berücksichtigen und auch den Bedarfen von besonders verletzlichen Personengruppen gerecht werden.

(202) In der global vernetzten Welt des 21. Jahrhunderts ist spätestens seit der Corona-Krise klar, dass moderne Gesundheitssysteme für alle unverzichtbar sind. Gesundheit ist ein globales Gemeingut. Internationale und solidarische Kooperation bei Gesundheitsforschung und dem Aufbau guter Gesundheitssysteme ist eine gemeinsame Aufgabe der Weltgemeinschaft. Es braucht weltweit eine Versorgungssicherheit mit zentralen Arzneimitteln und Materialien. Sie müssen auch in Europa produziert werden.

(203) Gesundheitsversorgung ist öffentliche Aufgabe. Sie muss dem Menschen und der Allgemeinheit zugutekommen und dient nicht dem Zweck, hohe Renditen zu erzielen. Öffentliches und beitragsfinanziertes Geld muss im System bleiben. Der Trend zur Privatisierung im Krankenhausbereich muss gestoppt werden. Bei privaten Kliniken und Pflegeheimen sollen Gewinnausschüttungen gesetzlich beschränkt werden. Gesundheitssysteme, die sich auf den Markt verlassen, sind teuer und ineffizient.

(204) Gleichwertige Lebensverhältnisse bedeuten eine gute Gesundheitsversorgung in der Stadt und auf dem Land. Jeder Mensch muss Zugang zu medizinischer Hilfe haben, egal wo er lebt. Dafür müssen aber nicht alle Kliniken dieselbe Leistung anbieten. Durch ein Stufenmodell von der Basisversorgung bis hin zu Spezialkliniken kann die Versorgung im ländlichen Raum gestärkt und zeitgleich eine gute Qualität bei allen Behandlungen sichergestellt werden.

(205) Nur ein gut finanziertes Gesundheitssystem kann die Würde der Patient*innen und die Rechte der Beschäftigten gleichermaßen schützen. Die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens hat zu Fehlanreizen, erzwungener Kostenersparnis zulasten der Versorgungssicherheit und zu einer falschen Verteilung von Geldern geführt. Die Krankenhausfinanzierung muss neu gedacht und im Sinne der Versorgungssicherheit und -qualität auf die Fläche, auf eine gute Bezahlung für Beschäftigte, auf Vorsorge und auf Krisenresilienz ausgerichtet werden. Kliniken sollen nicht nur nach erbrachter Leistung, sondern nach ihrem gesellschaftlichen Auftrag finanziert werden. Dafür müssen die Fallpauschalen reformiert und um eine strukturelle Finanzierung ergänzt werden. Die Planung im Gesundheitssystem soll gestärkt werden und sektorenübergreifend erfolgen. Das bedeutet, dass stationäre und ambulante Versorgung zusammen gedacht und finanziert werden.

(206) Eine bessere Vernetzung, Koordination und Zusammenarbeit über alle Berufsgruppen hinweg, wie sie zum Beispiel in Gesundheitszentren stattfindet, ist notwendig, um den Bedarfen der Patient*innen in einer älter werdenden Gesellschaft besser gerecht zu werden. Eine gut abgestimmte integrierte Versorgung, in der Ärzt*innen, Pflegekräfte und andere Heilberufe sowie ein gut ausgestatteter öffentlicher Gesundheitsdienst Hand in Hand zusammenarbeiten, muss darum zur Regel werden. Dabei helfen eine umfassende Versorgungsplanung, Gesundheitsberichterstattung und eine Stärkung der Gesundheits- und Versorgungsforschung. Heilmittelerbringer*innen und gesundheitsnahe Berufe sind ein essenzieller Teil unseres Gesundheitssystems und müssen finanziell besser abgesichert werden. Eine Stärkung der professionellen Pflege ist Voraussetzung für ein gutes Versorgungsnetz in der Fläche. Dafür braucht es eine Aufwertung und Ausweitung der Kompetenzen in Gesundheits- und Pflegefachberufen.

(207) Gute Gesundheit und Pflege gibt es nur mit guten Arbeitsbedingungen. Altenpfleger*innen, Krankenpfleger*innen oder Hebammen und Geburtshelfer sind das Rückgrat unserer Gesellschaft. In diesem Arbeitsbereich droht permanent die Gefahr von Überlastung und Überarbeitung. Sich um andere zu kümmern darf nicht krank machen. Es braucht mehr Personal, mehr Lohn und mehr Zeit. Der Staat trägt hier auch aufgrund des im Grundgesetz festgeschriebenen Sozialstaatsgebots eine besondere Verantwortung.

(208) Die Digitalisierung und Automatisierung kann helfen, den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen zu bekämpfen und Arbeitsbedingungen zu verbessern. Mithilfe der Koordinierung und des Abgleichs von Kapazitäten und der Übernahme von unterstützenden Tätigkeiten durch Robotik und digitale Hilfsmittel kann mehr Zeit für die persönliche Arbeit mit Patient*innen gewonnen werden.

(209) Solidarisch finanziert können die Herausforderungen der älter werdenden Gesellschaft und die Kosten des medizinischen Fortschritts am besten bewältigt werden. Indem alle Bevölkerungs-

gruppen in die Finanzierung über eine Bürgerversicherung einbezogen werden, können wir die Belastungen fair und für alle tragfähig ausgestalten. Gesundheit und Pflege muss allen Menschen gleich zur Verfügung stehen. Es darf keinen Unterschied beim Zugang nach Einkommen oder Versicherungsstatus geben.

(210) Gute Gesundheitspolitik bedeutet die Vermeidung von Erkrankungen und von Pflegebedürftigkeit. Prävention und Gesundheitsförderung sind deshalb Querschnittsaufgaben, die in allen Politikbereichen verfolgt werden müssen. Prekäre Lebensverhältnisse machen in vielen Fällen krank. Menschen, die in Armut leben, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit zu erkranken und oft einen schlechteren Zugang zum Gesundheitssystem. Eine gute Sozialpolitik ist Teil einer umfassenden Gesundheitsvorsorge.

(211) Menschen sind immer Menschen, niemals „Fälle“, egal ob gesund, krank, pflegebedürftig oder eingeschränkt. Patient*innen sind Akteur*innen mit starken Rechten. Für Patient*innen müssen ihre eigenen Gesundheitsdaten jederzeit zugänglich sein und durch strenge Datenschutzstandards gesichert werden. Gesundheitsbildung und unabhängige Gesundheitsberatung sollen zu einem festen Bestandteil unseres Gesundheitssystems werden.

(212) Die digitale Verfügbarkeit von Patient*innen-Daten und Infektionswegen kann Bürger*innen-Rechte nicht nur schützen, sondern auch sichern. Die Chancen der Digitalisierung gilt es sowohl bei der Organisation der Gesundheitsversorgung, im Pflegebereich als auch bei der Verwaltung von Gesundheitsdaten und bei der individuellen Prävention zu nutzen. So wird auch in Zeiten des demographischen Wandels ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem erhalten. Aufgrund der Sensibilität von Gesundheitsdaten kommt dem Datenschutz dabei eine herausragende Rolle zu. Gerade deshalb sollte die Infrastruktur von staatlicher Seite und nicht von privaten Drittanbietern zur Verfügung gestellt werden. Deshalb sollen die Gesundheitsdaten inklusive der Patient*innen-Daten unter Wahrung höchster Datenschutzstandards digital erfasst werden.

(213) Menschen, die pflegebedürftig werden, wollen zumeist in ihrem gewohnten Umfeld bleiben. Eine dezentrale Pflegestruktur, bei der die Wünsche, die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit der Betroffenen im Mittelpunkt stehen, ist dafür der beste Weg. Wir streben einen Sozialstaat an, der gute und inklusive Institutionen der Pflege und Betreuung für alle zur Verfügung stellt.

(214) Leistungen, die medizinisch notwendig sind und deren Wirksamkeit wissenschaftlich erwiesen ist, müssen von der Solidargemeinschaft übernommen werden. Medikamente, die der Gesellschaft insgesamt dienen, dürfen nicht patentiert sein.

(215) Die Versorgung mit Hebammen und Geburtshelfern, Geburtshäusern und Kreißsälen muss in ländlichen Regionen genauso gesichert sein wie in Städten. Die reproduktive Selbstbestimmung muss gewährleistet sein, das bedeutet den kostenfreien Zugang zu Verhütungsmitteln und die Sicherstellung von ärztlich vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüchen. Das ist ein wichtiger Teil der Gesundheitsversorgung und Selbstbestimmung von Frauen.

(216) Statt einer Kriminalisierung von Süchtigen setzen wir auf Prävention, Entkriminalisierung und passgenaue Hilfsangebote. Cannabis sollte legalisiert werden. Eine kontrollierte Abgabe von Suchtmitteln und eine an den gesundheitlichen Risiken orientierte Regulierung sind der richtige Weg für wirksamen Jugendschutz, zur Verhinderung von Drogentoten und um kriminelle Strukturen und Ursachen für Drogenkriege trocken zu legen.“