



FORUM

Gesundheitspolitik in der Diskussion
Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung



3 • 2022

**EIN JAHR AMPEL – RÜCKBLICK
UND AUSBLICK AUS SICHT DER
GESUNDHEITSPOLITISCHEN AKTEURE**



4 Editorial
Dr. Albrecht Kloepfer
 Herausgeber



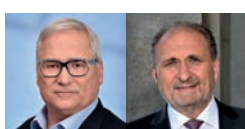
6 Tiefgreifende Krankenhaus-Strukturreform überfällig
Prof. Dr. Christoph Straub Vorstandsvorsitzender
 BARMER



10 Ein Jahr Ampel – die dicken Bretter gilt es noch zu bohren
Dr. Jens Baas Vorstandsvorsitzender
 Techniker Krankenkasse



13 „Im BMG werden wir nicht mit offenen Armen empfangen“
Dr. Gertrud Demmler Vorständin
 Siemens-Betriebskrankenkasse



17 Ein Jahr Ampel: Noch immer ist die nachhaltige Finanzierung der GKV ungelöst
Hans-Jürgen Müller Vorstandsvorsitzender
Hans Peter Wollseifer Vorstandsvorsitzender
 IKK e.V.



23 Die Ampel agiert enttäuschend, der GKV-SV hingegen destruktiv
Martin Degenhardt Geschäftsführer
 Freie Allianz der Länder-KVen (FALK)



26 Strategie oder Dilettantismus
Christine Neumann-Grutzeck Präsidentin
 Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V.
 (BDI)



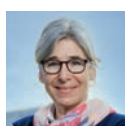
29 Ein neuer Politikstil
Thomas Bublitz Hauptgeschäftsführer
 Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK)



33 Pflege in Zeiten von Corona und danach – was bringt uns weiter?
Dr. Bernadette Klapper Bundesgeschäftsführerin
 Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)



36 Hilfsmittelpolitik – zwischen Innovationsdrang und Hindernissen
Oda Hagemeier Geschäftsführerin eurocom e.V. – European Manufactures
 Federation for Compression Therapy and Orthopaedic Devices



41 Koalitionsvertrag erfüllen heißt Apotheken stärken
Gabriele Regina Overwiening Präsidentin
 ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände



45 Ein Jahr Ampel – Eine gesundheitspolitische Signalstörung
Dr. Kai Joachimsen MBA Hauptgeschäftsführer
 Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI)



49 Die Hoffnung stirbt zuletzt
Dr. Hubertus Cranz Hauptgeschäftsführer
 Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH)

Ein Jahr Ampel: Noch immer ist die nachhaltige Finanzierung der GKV ungelöst



Hans-Jürgen Müller

Vorstandsvorsitzender

Hans Peter Wollseifer

Vorstandsvorsitzender

IKK e.V.

Aufbruchstimmung lag in der Luft, als sich vor einem Jahr mit der Ampel eine völlig neue Koalition auf Bundesebene bildete. Nach 16 Jahren Angela Merkel, drei großen Koalitionen, Stagnation in vielen Bereichen und erschöpft von der Corona-Pandemie hofften viele Menschen auf einen frischen Start.

Und genau das versprach allein schon der Titel des Koalitionsvertrags „Mehr Fortschritt wagen“. Auch in der Gesundheitspolitik war man nach dem Regierungswechsel nicht minder zuversichtlich, hoffte man doch, dass die Ära Spahn, die geprägt war durch massive Einschnitte in die Rechte der Selbstverwaltung, abgelöst werden würde durch ein Bekenntnis zur selbstverwalteten Krankenversicherung.

Nach Jens Spahn als Vollblut-Politiker mit einem Gestaltungswillen zu vielen Themen kam nun ein Professor ins Amt, der sich via Twitter und Talkshows über seine Rolle als mahnender Wissenschaftler in der Corona-Pandemie in die Herzen einer breiten Öffentlichkeit gesprochen hatte. Jetzt, elf Monate später, ist die Aufbruchstimmung verflogen, Ernüchterung und Enttäuschung machen sich breit. Im Kleinen wie im Großen zeigen sich keine Lösungen für die drängenden Probleme im Gesundheitswesen. Geprägt ist die Lauterbachsche Politik bislang durch wenig Konstanz. Eckpunkte werden bekannt, dann wieder zurückgenommen. Transparenz versprochen, aber dann nicht eingehalten. Oft entstand dabei der Eindruck, der Bundesgesundheitsminister stünde allein als einsamer Denker auf weiter Flur.

Zwischenlösungen statt Strukturreformen

Konstruktive, nachhaltige Krankenhaus- und andere drängende Strukturreformen werden zwar immer wieder angekündigt, sind aber letztendlich (Stand Mitte November 2022) nicht in Sicht. Dafür werden Herzensprojekte des Ministers angegangen. Zunächst naheliegenderweise im Bereich der Corona-Politik. Wenn er auch in der Frage der Infektionsschutzmaßnahmen durch die FDP ausgebremst wurde, hat er sich doch, z. B. in der Frage des Einsatzes eines bestimmten Arzneimittels, über alle bisher geltenden Gepflogenheiten hinweggesetzt. Aber nicht nur hier scheint er des Öfteren allein unterwegs zu sein. Stichwort Gesundheitskioske. Ein Vorhaben, bei dem selbst die Initiatoren des Hamburger Vorzeigeprojekts zweifeln und den vorliegenden Entwurf als Etikettenschwindel brandmarken.

Expertinnen und Experten schlagen angesichts der vom Minister genannten exorbitanten Zahl von 1.000 bundesweit geplanten Kiosken die Hände über dem Kopf zusammen. Darüber hinaus beklagen die Kassen die geplante Finanzierung: Obwohl die Aufgaben der Kioske zur öffentlichen Daseinsvorsorge zu rechnen sind, soll die klamme GKV den Großteil für die Errichtung dieser teuren Parallelstruktur bezahlen. Gleiches finanzielles Unheil droht auch bei Lauterbachs neuestem Koalitionsprojekt: die Überführung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands (UPD) in eine unabhängige und staatsferne Stiftung. Laut dem vorliegenden Referentenentwurf sollen die Krankenkassen per Umlage die neue UPD – wie immer! – fast komplett allein finanzieren, ohne Einfluss auf die Arbeit zu haben. Damit steht diese Lösung irgendwo zwischen der mittlerweile als verfassungswidrig eingeschätzten BZgA-Beauftragung nach § 20a Abs. 3 und 4 SGB V und der unseligen gematik-Konstruktion. Auch wenn das Bundesgesundheitsministerium (BMG) in den Gremien der geplanten Stiftung, anders als bei der gematik, nicht die Stimmenmehrheit hat, sehen „Staatsferne“ und „Unabhängigkeit“ anders aus.

Ein ganz ähnliches Bild zeigt sich auch bei den großen Reformbaustellen: keine Stringenz, keine großen Würfe – es sind Gesetze für den Übergang, Zwischenlösungen, Provisorien. Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG), ist nur darauf ausgelegt, das Rekorddefizit in der gesetzlichen Krankenversicherung im nächsten Jahr notdürftig zu stopfen. Es werden die letzten Reserven der Kassen geplündert, aber die GKV-Finanzierung wird nicht nachhaltig aufgestellt. Ein ganz ähnliches Bild bietet sich gleich in mehrfacher Hinsicht beim Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG): Mit diesem Gesetzentwurf soll die Pflegepersonalregelung PPR 2.0 eingeführt werden, mit viel Bürokratie und unvorhersehbarer Finanzwirkung, und zwar entgegen der Aussage im Koalitionsvertrag nicht mehr nur als Übergangslösung. Dabei gäbe es durchaus eine Alternative, die zwischen DKG und GKV-SV geeint ist, aber vom BMG blockiert wurde und nun kurzfristig über einen Änderungsantrag gestrichen werden soll.

Lösung der Finanzierung des Gesundheitswesens ist das Kernthema der Legislatur

Bei der für die GKV existenziellen Frage der Finanzierung gibt es ärgerlicherweise nur eine Notlösung mit einem allenfalls als Trostpflaster zu bezeichnenden erhöhten Bundeszuschuss. Das Rekorddefizit in Höhe von ca. 17 Mrd. Euro für das kommende Jahr ist zwar durch das GKV-FinStG erstmal überbrückt, doch zu welchem Preis? Die meisten Maßnahmen – sei es die Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes um 0,3 Prozentpunkte, das Darlehen in Höhe von einer Milliarde Euro oder die Abschmelzung der Vermögen der Krankenkassen – tragen letztlich allein die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler, die Versicherten und Arbeitgeber. Zudem ist es eben nur eine kurzfristige Lösung, keine nachhaltige Reform. Die Frage der GKV-Finanzierung ist ab 2024 wieder ungelöst. Und ob die für Ende Mai 2023 vom Bundesgesundheitsministerium angekündigten Empfehlungen für eine nachhaltige und solidarische GKV-Finanzierung die GKV-Finzen wirklich grundlegend reformieren werden, erscheint derzeit mehr als zweifelhaft. Für vieles scheint es in der Bundesregierung Geld zu geben, für die Stärkung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung aber nicht.

Außerdem bleiben letztlich die Ursachen für das Defizit unangetastet: die immer weiter auseinanderklaffende Entwicklung von Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen in der GKV. Auch der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Jürgen Wasem bestätigt, dass der mehrjährige Trend der überproportionalen Zunahme der primären Unterdeckung durch das GKV-FinStG nicht gestoppt werde. Seinen Berechnungen für die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung nach wird die primäre Unterdeckung in der GKV von aktuell 51 Milliarden Euro auf 75 Milliarden Euro im Jahr 2027 anwachsen. Durch die Corona-Pandemie sowie den Krieg in der Ukraine und die damit einhergehende Inflation spitzt sich die finanzielle Belastung im Gesundheitswesen zusätzlich zu. Daneben wirken sich die Belastungen aus den teuren Leistungsgesetzen der letzten Legislaturperioden, fehlende Strukturreformen und gestrichene Steuerungs-

und Kontrollmöglichkeiten negativ auf die GKV-Finzen aus. Auch die von der Politik zugesagte Erhöhung der Beiträge für ALG-II-Beziehende ist bisher nicht erfolgt. Was also tun? Bundesgesundheitsminister Lauterbach hat auf der Ausgabenseite Leistungskürzungen bereits kategorisch ausgeschlossen. Das Thema Ausgabensteuerung wird – mit Ausnahme des AMNOG-Bereichs – offenbar ausgeklammert. Somit bliebe als Lösung nur noch eine Ausweitung der Einnahmen. Doch eine alleinige zusätzliche Belastung der Beitragszahlenden erscheint aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht zielführend.

Das Finanzierungskonzept der Innungskrankenkassen

Um also eine nachhaltige Finanzierung der GKV mit einer fairen Lastenverteilung sicherzustellen und damit eine außerordentliche Belastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler zu verhindern, haben die Innungskrankenkassen im August 2022 ein eigenes Konzept zur nachhaltigen Finanzierung der GKV mit drei Bausteinen vorgelegt. Dabei sehen die Innungskrankenkassen die Verbreiterung der Einnahmenbasis der GKV als entscheidenden Faktor an.

Nachjustierung und Dynamisierung des Bundeszuschusses

Ein wichtiger Baustein ist die Nachjustierung und Dynamisierung des Bundeszuschusses für den Ausgleich versicherungsfremder Leistungen. Im Koalitionsvertrag wurde bereits eine Dynamisierung angekündigt. Die Innungskrankenkassen halten jedoch als ersten Schritt eine Diskussion über die Definition der versicherungsfremden Leistungen für notwendig. Darauf aufbauend sollte die Höhe der Ausgleichssumme neu festgelegt und gesetzlich verankert werden. Gleichzeitig sollte ein gesetzlicher Dynamisierungsfaktor bestimmt werden. Dieser könnte sich am Mittelwert sowohl der Brutto Lohnentwicklung als auch der Inflationsrate orientieren. Wichtig ist, dass bei einer Erweiterung des Leistungskatalogs der GKV um weitere versicherungsfremde Leistungen Anpassungen vorzunehmen sind.

Partizipation an Genusssteuern

Als zweiten Baustein schlagen die Innungskrankenkassen eine Beteiligung an Steuereinnahmen vor, um den Bundeszuschuss weiter zu erhöhen. Inhaltlich lässt sich ein Bezug der Ausgaben der GKV zu verschiedenen Steuerarten herstellen, etwa zur Alkohol- und Tabaksteuer. Für die GKV entstehen laut des Deutschen Krebsforschungszentrums beim Tabak- und Alkoholkonsum Folgekosten in Höhe von fast 40 Milliarden Euro. Nun erhebt der Staat Genusssteuern auf Tabak und Alkohol, um durch ein Preissignal gesundheitsbewusstes Verhalten zu fördern. Die Steuereinnahmen hier lagen in den letzten vier Jahren zwischen 17 und 18 Milliarden Euro. Der Staat verdient über die genannten Steuern an dem gesundheitsschädlichen Verhalten, überträgt die Aufgabe der Prävention und die Lasten aus Kuration bzw. Rehabilitation aber auf die Solidargemeinschaft der GKV. Flösse ein Teil dieser Steuereinnahmen zurück in die Patientenversorgung, wäre das mehr als gerechtfertigt! Neben Tabak- und Alkoholsteuer könnten auch die diskutierten Abgaben auf Zucker- und Fett- sowie Umweltsteuern als Maßstab für die Neubemessung der Höhe des Bundeszuschusses herangezogen werden. Nach erfolgter Legalisierung käme auch eine Beteiligung an der Cannabis-Steuer in Betracht.

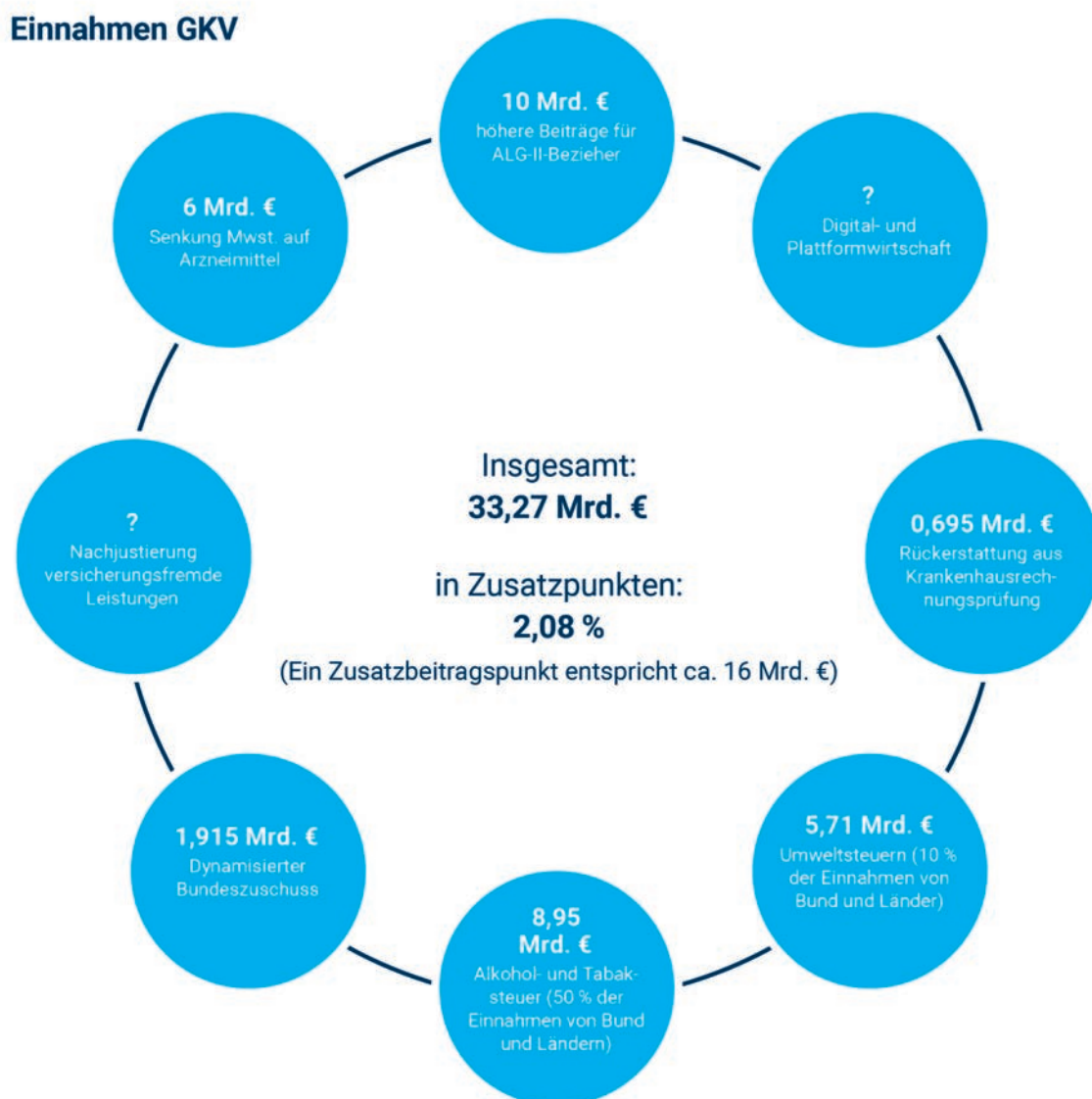
Einbindung der Digitalökonomie

Dritter Baustein ist die Beteiligung der Digital- bzw. Plattformökonomie an den Kosten der Sozialversicherung. Denn durch die Automatisierung und Digitalisierung von Arbeitsplätzen gehen tendenziell sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse zurück. In der Folge sinken die beitragspflichtigen Einnahmen, gleichzeitig wird das Solidarsystem belastet. Eine Digitalsteuer, die sich an den tatsächlichen Gewinnen auch international agierender Unternehmen in der digitalen Welt orientiert, wäre mehr als sinnvoll. Auch hiervon könnte ein Anteil zugunsten der Finanzierung der Sozialsysteme herangezogen werden. Darüber hinaus halten die Innungskrankenkassen die Einbindung der Plattformarbeit in die Finanzierung der Sozialversicherungssysteme für einen ganz wesentlichen Schritt.

Immerhin ist Plattformarbeit für etwa zwei Prozent der Erwachsenen in 14 EU-Mitgliedsstaaten Haupteinkunftsquelle, für acht Prozent immerhin Nebeneinkunft. Wir schlagen vor, die Plattformarbeit sozialversicherungspflichtig auszugestalten. Alternativ wäre eine am Umsatz orientierte Beteiligung der Plattformwirtschaft über eine solidarische Sozialabgabe an den Kosten der Sozialversicherung einzuführen.

Das Konzept der Innungskrankenkassen in Zahlen

Nicht alle dieser Finanzierungsoptionen lassen sich derzeit schon kalkulieren. Aber alleine aus einer Dynamisierung des Bundeszuschusses und der Erweiterung des Steuerzuschusses auf Basis der gesundheits- bzw. umweltbezogenen Lenkungssteuern könnten zusammen mit dem Ausgleich der Leistungen für ALG-II-Bezieher und einer sich anbietenden Senkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel Einsparungen in Höhe von 33,27 Milliarden Euro jährlich für die GKV realisiert werden.



Quellen: Alkohol-, Zwischenerzeugnis-, Alkopop-, Bier- sowie Schaumwein- und Tabaksteuer 2021, Umweltbezogene Steuern 2021, Rückerstattungen nach Rechnungsprüfung bei Krankenhäusern 2019-2020, eigene Berechnungen.

Heruntergebrochen bedeutet dies bei einem Medianeinkommen in Höhe von 43.200 Euro eine Entlastung für die entsprechenden Beitragszahlerinnen und Beitragszahler in Höhe von 898,29 Euro im Jahr (Arbeitgeber-/Arbeitnehmeranteil: 449,15 Euro).

Kein politischer Wille zur Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Die Innungskrankenkassen möchten mit ihren Forderungen den Blick auf die verschiedenen Möglichkeiten einer Entlastung von Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern weiten. Sie möchten mit dem Konzept eine Debatte für die Zeit nach 2023 anstoßen und mit den drei primären Lösungsvorschlägen einen Beitrag in der politischen Diskussion leisten. Bedauerlicherweise setzt der Bundesgesundheitsminister auch bei der Reformagenda für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV bisher nicht auf den Austausch mit den Kassen. Das ist offenbar Strategie. Denn auch in anderen Bereichen

blieben die soziale und gemeinsame Selbstverwaltung und teils auch die Bundesländer außen vor. Stattdessen richtet der Bundesgesundheitsminister Expertenkommissionen ein. Natürlich ist gegen die Beauftragung und Einbeziehung von wissenschaftlicher Expertise nichts einzuwenden, aber die rein wissenschaftliche Betrachtung ist das eine, die Umsetzung das andere. Und so ist die Nichtbeteiligung der Leistungserbringer und Kostenträgerverbände oder von Ländervertretern in der Arbeit der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung ein Fehler. Mit Blick auf eine Beteiligung und Anhörung sind auch weiterhin die teils extrem kurzen Fristsetzungen für Stellungnahmen zu Gesetzentwürfen oder Verordnungen kritisch. Hier setzt die Ampelkoalition das fort, was die Große Koalition bereits in der letzten Legislaturperiode vorgelebt hat. Auch in Bezug auf das Anhörungsverfahren folgt die Koalition offenbar ihrer Vorgängerin, wie jüngst bei der Anhörung zum Krankenhauspflegeentlastungsgesetz.

Einsparungen Beitragszahlerinnen und Beitragszahler

Medianeinkommen		Einkommen Beitragsbemessungsgrenze GKV	
43.200,00 € (jährlich)	3.600,00 € (monatlich)	58.050,00 € (jährlich)	4.837,50 € (monatlich)
898,29 €	74,86 €	1.207,08 €	100,59 €
449,15 € (Arbeitnehmer-/ Arbeitgeberanteil)	37,43 € (Arbeitnehmer-/ Arbeitgeberanteil)	603,54 € (Arbeitnehmer-/ Arbeitgeberanteil)	50,29 € (Arbeitnehmer-/ Arbeitgeberanteil)

Quelle: Destatis, eigene Berechnungen.

Die Kassenarten wurden nicht geladen. Doch die Einbeziehung in den Diskussionsprozess oder die ausreichend bemessene Zeit zur Beteiligung an Anhörungs- oder Stellungnahmeverfahren ist keine Lappalie, sondern essentieller Teil der demokratischen Praxis. Letztlich geht es hier auch um Regelungen mit teils starker Finanzwirkung für die GKV für mehrere Jahre oder Jahrzehnte.

Unser Fazit - Wohin steuert das Gesundheitswesen?

Wir haben in Deutschland mit unserer solidarischen und selbstverwalteten gesetzlichen Krankenversicherung ein stabiles und leistungsfähiges Gesundheitssystem. Die Stärken dieses Systems liegen nicht nur in der Stabilität durch Beitragsfinanzierung, sondern auch in der sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung. Nicht zuletzt in der Corona-Pandemie hat die Selbstverwaltung durch pragmatisches Handeln ihre Leistungsfähigkeit und Bedeutung unter Beweis gestellt.

Doch gilt es, die GKV insbesondere hinsichtlich ihrer Finanzierung fit für die Herausforderungen der Zukunft zu machen. Dazu möchten die Innungskrankenkassen mit ihrem Finanzierungskonzept einen Beitrag in der politischen Diskussion leisten sowie auch daran erinnern, dass eine weitere Stärke unseres Gesundheitssystems in der Kooperation, dem Austausch und dem Ringen um die beste Lösung zwischen den Sozialpartnern, in der Selbstverwaltung und mit der Politik liegt.

