

Statement des Verwaltungsratsvorsitzenden

(Es gilt das gesprochene Wort)

Sehr geehrte Mitglieder des Verwaltungsrates,
sehr geehrte Mitglieder des Vorstandes,
sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Gäste,

die letzte Sitzung des Verwaltungsrates gibt die Gelegenheit, zu verschnaufen und aufzuschauen: Doch ob man nach vorn in die Zukunft guckt oder zurückblickt auf das Gewesene – die Situation ist kritisch.

Das, was vor uns zu liegen scheint, ist so dramatisch, dass der Rückblick zurückstehen muss. Wenn ich von Dramatik spreche, dann kann man dies ohne große Schwierigkeiten beinah *auf alle* möglichen politischen und gesellschaftlichen Bereiche projizieren.

A. Was mich bewegt:

Verdrängt von Friedensverhandlungen des Ukrainekriegs, müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass Deutschland in einer wirtschaftlichen Krise steckt, die immense Auswirkungen auf unsere Sozialsysteme mit sich bringen kann. Zudem herrscht eine strukturelle Krise der Sozialsysteme.

Und in der Gesellschaft und Politik werden die Dissonanzen bereits hörbar:

- Wohin scheint diese Gesellschaft eigentlich zu driftten?
- Wird der Zusammenhalt zwischen Alten und Jungen bleiben oder löst sich zunehmend der Kitt zwischen den Generationen?
- Wie wollen wir eigentlich mit Gesundheit umgehen – wie weit kann das Solidaritätssystem noch tragen? Wann gelingt es der Gesellschaft zu verstehen, dass *der eigene Umgang mit dem Körper* letztendlich eine – mehr oder weniger rasche - Auswirkung auf die Kosten des solidarischen Gesundheitssystems hat?

In einer wissenschaftlichen Diskussion hatte ich mich jüngst mit der Fragestellung zu befasst, ob Verletzungen im Zusammenhang mit Extremsport aus dem Leistungskatalog der solidarisch orientierten gesetzlichen Krankenversicherung herauszunehmen sind:

- Kann und darf derjenige, der sich selbstbestimmt signifikant erhöhten Risiken aussetzt, noch auf eine solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung hoffen – oder muss er für sein Handeln mit höheren Eigenanteilen rechnen, weil er die Solidarität zugunsten eigener Interessen überspannt?

Wie wird man die Gesellschaft damit konfrontieren können, dass das eigene Verhalten maßgeblich für die Behandlungskosten und die Eigenbeteiligung wird?

Die Antwort auf all diese Fragen ist keineswegs trivial – führt sie unter anderem auch zur Frage, warum eigentlich nur Extremsportler, wie Basejumper, Apnoetaucher und Bergsteiger zur Kasse gebeten werden sollen.

Müssten nicht eigentlich diejenigen, die ihre Konsumfreunde an Zucker, Nikotin, Kohlenhydraten und Alkohol aus dem Auge lassen, auch zur Kasse gebeten werden?

Und in dieser Diskussion kommt prompt der Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Andreas Gassen, am 13.12. mit der Forderung auf nach höheren Steuern auf Tabak und Alkohol - und eine neue Abgabe auf Zucker.

Nicht nur würden höhere Preise ggf. eine lenkende Wirkung auf den Konsum haben können – die Abgabe sollte auch direkt dem Gesundheitswesen zu Gute kommen.

B. Was mich weiter bewegt:

1. Am intensivsten diskutiert und gestritten wurde in den letzten Wochen im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung. Fokussiert wurde vor allem die Auseinandersetzung zwischen Jung und Alt in der CDU: noch konnten die Führenden mit allem Druck die jungen Menschen von ihrer Ansicht überzeugen.

Das hätte beinahe in den Hintergrund gedrängt, dass auch dieses System strukturell in der Krise steckt.

Und nach den abgerungenen Bundestagbeschluss ruhen die Hoffnungen der Politik wieder auf einer Kommission.

2. Die Auseinandersetzung im Bereich der Rentenversicherung drängte aus dem Fokus der öffentlichen Wahrnehmung, dass es um die gesetzliche Pflegeversicherung und die gesetzliche Krankenversicherung keinen Deut besser steht.

Im Gegenteil: ich persönlich erachte die Situation der beiden Sozialversicherungssysteme als noch dramatischer, weil akuter.

Gucken wir auf die Pflegeversicherung:

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ hat in der letzten Woche auch einen Kommissionsbericht vorgelegt. Dabei ist es den Verantwortlichen nicht gelungen, Vorschläge zu erarbeiten, die der Pflegeversicherung in ihrer Finanzmisere zeitnah auch nur ein kleines Stück weiterhelfen.

Die Kassen haben auch umgehend auf die enttäuschenden Ergebnisse reagiert:

- Andreas Storm hat die Ergebnisse als „bittere Enttäuschung“ kritisiert und herausgestellt, dass die Pflegekrise sich so weiter verschärfen werde,
- und die AOK formulierte: „Ratlosigkeit auf höchster Ebene!“ so Carola Reimann, die Chefin des AOK-Bundesverbandes.

Auf konkrete Ergebnisse, die kurzfristig Wirkung zeigen, hat man sich nach Expertenbewertung also weder in der Arbeitsgruppe noch in der Politik geeinigt.

Und das wäre erforderlich gewesen: Ich habe vor einiger Zeit – eine Einladung als VR Vorsitzender erhalten, angenommen und auf eigene private Kosten teilgenommen an der in Berlin veranstalteten Podiumsdiskussion „[Forum der Wissenschaft – Zeit für Entscheidungen - Soziale Sicherheit reformieren](#)“.

Interessant war für mich die Aussage von Frau Prof. Christine Arentz. Sie ist u. a. Mitglied im Expertenrat „Pflegefinanzen“.

Sie analysierte, dass die aktuelle Finanzmisere in der Pflegeversicherung *allein auf wiederholte Leistungsausweitungen und einer drastisch angestiegenen Anzahl von Leistungsempfängern* zurückzuführen sei, die - allerdings aktuell *nicht demografisch* - zu erklären sei.

Die demografische Alterspyramiden-Problematik werde die Finanzmisere erst dann weiter triggern, sobald die geburtenstarken Jahrgänge – also sog. Babyboomer – ins pflegerelevante Alter vorrücken.

Christine Arentz machte deutlich, dass der finanzielle Bergrutsch der Pflegeversicherung bevorsteht, wenn jetzt nicht wirklich gesetzgeberische Maßnahmen beschlossen und eingeleitet werden, die wirklich geeignet sind, die Pflegeversicherung finanziell abzusichern.

- Auch hier zeigt sich: In der Politik und der Gesellschaft braucht es Entscheider und Entscheidungen, um die von so vielen Menschen erkannten großen Probleme, tatsächlich einer Lösung zuzuführen.

Es braucht in dieser Regierung endlich auch mal den Mut der Vorgänger, etwas zu entscheiden.

C. Was ich loben möchte

Nun möchte ich aber doch noch zum angekündigten kurzen Jahresrückblick kommen. Lasst uns auf die DAK-Gesundheit fokussieren.

Zu Beginn des Jahres hatte man im System einen Beitragssprung wie lange nicht verzeichnet.

Trotz des Umstandes, dass die DAK-Gesundheit mit ihrem Beitragssatz noch leicht unter dem Durchschnitt der anderen Krankenkassen liegt, haben doch mehr Versicherte die Kasse zu Beginn des Jahres verlassen, als man das wohl hätte vermuten können.

Die Macht der Vergleichsportale und die Mentalität, sich die günstigsten Anbieter auszuwählen, haben ihre Wirkung in der Versichertenfluktuation gezeigt. Nur, wer den Gesetzen des Marktes folgt, scheint in ihnen bestehen zu können.

Bemerkenswert finde ich umso mehr, wie die Mitarbeitenden in Vertrieb und Betrieb es schafften, dieses Ergebnis im Jahreslauf wieder aufzuholen.

Dr. Wiedemann hat uns immer wieder entsprechende Ergebnisse dargestellt. Ich möchte Lob und Anerkennung dafür aussprechen, was die Mitarbeitenden der DAK-Gesundheit geleistet haben.

Das hat viel mit Engagement, Team-Spirit und der Überzeugung zu tun, gemeinsam etwas für unsere DAK-Gesundheit erreichen zu wollen. Das macht *Hoffnung* für die Turbolzenen, die voraussichtlich auch auf die DAK-Gesundheit nach dem Jahreswechsel zukommen werden.

Denn die kurzsichtige Mentalität der Bevölkerung, zuerst auf den Preis und weniger auf die Leistung abzustellen, ist vorhanden und Vergleichsportale bieten viele Anhaltspunkte zur Wechselentscheidung und mathematisch kommt es dort auf jede zweite Kommastelle an.

Mein Lob und meine Anerkennung möchte ich aber auch gegenüber den vielen anderen Mitarbeitenden aussprechen: Jede und jeder hat an ihrer/ seiner Stelle engagiert für die DAK-Gesundheit gewirkt und so zum Gesamt-Erfolg beigetragen. Viele der Ziele, die man sich gesetzt hatte, wurden erreicht. Und das ist vorrangig der Verdienst der Menschen, die hieran gearbeitet haben und einem Team von Führungspersonen geschuldet, die sich eben trauen, zu entscheiden.

D. Im Verwaltungsrat und seinen Ausschüssen können wir ebenfalls auf ein erfolgreiches Jahr zurückschauen.

Wir arbeiten in diesem Gremium in einem erfolgreichen neuen Format, das endlich effizient mehr Zeit für Inhalte und Diskussionen eröffnet und so schaffen wir nicht nur die Basis für Entscheidungen – wir im Verwaltungsrat entscheiden auch.

Danken möchte ich vor allem auch den Mitgliedern der Widerspruchsausschüsse. Sie haben mit großem Engagement hoher Resilienz und in vielen Sondersitzungen dazu beigetragen, den Mittelwert der Laufzeiten der Fälle deutlich zu reduzieren.

Und zusammen mit Thomas Bodmer wollen wir in 2026 mit neuen Vorhaben dazu beitragen, die Arbeit in den Widerspruchsausschüssen effizienter auszustalten.

E. Was ich klarstellen möchte

Abschließend möchte ich noch auf einen Beitrag hinweisen, der vor ein paar Tagen im WDR Fernsehen lief und der aktuell auch in der ARD-Mediathek verfügbar ist.

Der Titel lautet: [Falsche Diagnosen – Böse Überraschung in deiner Krankenakte?](#)

Und der Untertitel fragt: „*Stell dir vor, deine Krankenversicherung wirft dich plötzlich raus – und du bist von einem auf den anderen Tag nicht mehr krankenversichert.*“

Mir ist es wichtig zu betonen, dies ist vorrangig ein Problem von privaten Versicherungen: Kranken- und Berufsunfähigkeitsversicherung.

Dass sich aber in der elektronischen Patientenakte für Patient und Versicherten überraschend unrichtige ICD- Diagnosen finden lassen, gilt auch für die ePA der gesetzlichen Versicherten.

Die ICD-Klassifikation ist das internationale System zur Verschlüsselung von Krankheiten, herausgegeben von der [WHO](#) und das für Deutschland als ICD-10-GM (German Modification) durch das [BfArM](#) (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) im Auftrag des BMG (Bundesministerium für Gesundheit) adaptiert wurde. Es geht darum, Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung einheitlich zu kodieren, z. B. zur Erstellung der Todesursachenstatistik und für Abrechnungszwecke.

Abhängig von der an die Kasse mitgeteilten ICD Diagnose erhält der Behandler sein Honorar.

Wenn falsche ICD-Klassifizierungen als Diagnosen auftauchen, und dies ggf. zu Konsequenzen führt, ist dafür also nicht die Krankenkasse, sondern der behandelnde Arzt verantwortlich, der - bewusst oder unbewusst - eine aus der Sicht des Patienten nicht korrekte Diagnose erstellt hat. Hier muss es zum Diskurs mit dem Behandler kommen – das ist wohlmöglich der Beginn einer völlig neuen Erfahrung für die Beteiligten.

Die ePA ermöglicht erstmalig auf breiter Front, dass diese falschen Diagnosen für den Versicherten - vielleicht zum ersten Mal – leicht zugänglich und transparent werden.

Und daher kann ich aus meiner Warte nur dringend dazu raten, nachdem man die eigene Patientenakte einmal durchgeguckt hat die behandelnde Person anzusprechend: #check-your-ePA und react.

F. Was ich wünsche

Mit diesen Impulsen bedanke ich mich für Eure Aufmerksamkeit und wünsche ein besinnliches glitzerndes Weihnachtsfest sowie einen schönen knalligen Jahreswechsel.

Ihr Roman G. Weber