Marianne Förster - stellv. Vorsitzende der Fraktion DAK MG

Seit Monaten reden wir über das inzwischen beschlossene Gesetz zur GKV-Beitragssatzstabilisierung, welches die Finanzbasis der gesetzlichen Krankenversicherung stärken, den Anstieg der Krankenkassenbeiträge stabilisieren und dennoch eine gute medizinische Versorgung gewährleisten soll.

Das sind hehre Ziele, wenn sie denn so erreicht werden.

Vor langem bereits hat der Vorstand der DAK-Gesundheit vor einem Beitrags-Tsunami gewarnt und ein Ausgabenmoratorium gefordert. Ebenso haben wir – der Verwaltungsrat – in einer Petition gefordert, dass der Bund sich stärker an den Kosten für Menschen in der Grundsicherung beteiligt und seine Schulden aus der Corona-Zeit begleicht. Auf diese berechtigten Forderungen ist seitens der Politik bisher nur unzureichend beziehungsweise gar nicht eingegangen worden.

Und wie zu erwarten war, kommt die Kritik zu diesem Gesetz nun von allen Seiten:

Die Versicherten beklagen zu Recht, dass ihnen bei steigenden Beiträgen Versorgungsleistungen gekürzt werden. Sagen wir mal so: wenn wir davon ausgehen, dass **alle** Player im Gesundheitswesen ihren Beitrag zu leisten haben, sowohl die Versicherten wie auch die Leistungsanbieter, wäre ihnen das zuzumuten.

Wenn jedoch im Gegenzug Leistungserbringer beklagen, dass die Politik tiefgreifende Eingriffe in das Gesundheitssystem vornimmt, um die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren und damit drohen, die Kürzungen würden – wegen der Reduzierung der Budgets der Ärztinnen und Ärzte – zu einer deutlichen Verschlechterung der Versorgung führen, fragt man sich schon, ob auch die Leistungserbringer die Dramatik der Situation erkannt haben.

Man kritisiert u.a., dass die Krankenkassen nicht mehr Geld ausgeben dürfen, als sie aus den Beiträgen ihrer Mitglieder einnehmen. Ja, wer sollte es denn sonst bezahlen? Die Bundesregierung tut es nicht, sie begleicht nicht einmal ihre Schulden den Krankenkassen gegenüber aus Corona-Zeiten!

Die Liste der Klagen geht weiter und es wird u.a. bemängelt,

- dass die Vergütungszuwächse den Anstieg der Grundlohnrate nicht übersteigen darf,
- dass keine extrabudgetären Leistungen mehr bezahlt werden, dass die TSVG-Vergütung entfällt (wir erinnern uns: das Terminservice- und Versorgungsgesetz sorgte durch eine Extrazahlung dafür, dass auch gesetzlich Versicherte bei medizinischer Notwendigkeit einen schnelleren Termin bei einem Facharzt erhielten)
- dass die Finanzierung von Hygiene-Zuschlägen, Vergütungen für die ePa, für Kurzzeittherapien in der Psychotherapie und für Beratungen zur Organspende komplett entfallen sollen

Da fragt sich der gesetzlich Versicherte schon, wie es denn sein kann, dass die finanzielle Situation niedergelassener Ärzte anscheinend so prekär ist, wenn diese andererseits ihren Patienten Sprechzeiten anbieten, die in vielen Fällen unter 25 Stunden pro Woche liegen.

Menschen, die erstmalig einen Arzt oder Facharzt aufsuchen müssen, hören meist, dass keine neuen Patienten angenommen werden können. Viele Versicherte standen kürzlich in Berlin vor diesem Problem, als ein MVZ Insolvenz anmeldete und die dort versorgten

Patienten sich erst einmal darum bemühen mussten, in den Besitz ihrer Krankenakte zu kommen, um dann einen neuen Arzt für ihre medizinische Versorgung zu finden.

Ich will hier kein Ärzte-Bashing betreiben, aber ich möchte mit dieser Gegenüberstellung aufzeigen, auf welcher Seite die größeren Belastungen liegen und wem durch die durchaus notwendige Reform mehr zugemutet wird.

Und ich möchte damit daran erinnern, dass dieser Verwaltungsrat gewählt von genau diesen gesetzlich Versicherten den Auftrag und die Pflicht hat, deren Interessen wahrzunehmen.

Eine Begrenzung steigender Beiträge ist grundsätzlich wünschenswert. Sie darf jedoch nicht dazu führen, dass Versicherte am Ende zwar weniger Beitrag zahlen, dafür aber längere Wartezeiten, weniger Leistungen oder eine schlechtere medizinische Versorgung in Kauf nehmen müssen.

Kritisch ist außerdem die Frage der langfristigen Finanzierung. Alle gesetzlichen Krankenkassen stehen vor großen Herausforderungen, unter anderem durch den demografischen Wandel, steigende Behandlungskosten und den medizinischen Fortschritt. Werden diese strukturellen Probleme nicht gelöst, könnte die Beitragsstabilisierung lediglich eine kurzfristige Maßnahme sein. Die finanziellen Belastungen

könnten dann zu einem späteren Zeitpunkt umso stärker auf die Versicherten zukommen.

Wichtig ist es daher, die Ursachen der steigenden Kosten nachhaltig anzugehen. Dazu gehört beispielsweise eine bessere Steuerung der Gesundheitsausgaben, weniger Bürokratie, eine effizientere Versorgung und eine faire Verteilung der Finanzierung zwischen Versicherten, Arbeitgebern und Staat.

Eine echte Entlastung der Versicherten kann nur erreicht werden, wenn Beitragssenkung und eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung miteinander vereinbar sind.

Zu guter Letzt möchte ich nicht versäumen, sowohl dem Vorstand wie auch allen Mitarbeitenden für ihre Arbeit zu danken, die davon geprägt ist, unsere DAK-Gesundheit sicher durch diese stürmischen Zeiten zu leiten.