

**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,

Ich möchte die erste Sitzung in diesem Jahr zunächst nutzen, um auf das letzte Jahr eine kurze Rückschau zu halten. Dass wir es geschafft haben, in der letzten Sitzung vor Weihnachten einen stabilen Haushalt zu beschließen und eine Erhöhung des Zusatzbeitrages zu verhindern, ist eine besondere Stärkung im Wettbewerb und kommt ja nicht von ungefähr. Auch wenn ich gleich ein paar Highlights herauspicke, ist es mir sehr wohl bewusst, dass dies eine Aufgabe und im Resultat eine Leistung war, an der alle Mitarbeitenden in der DAK-Gesundheit beteiligt waren. Dieses Ergebnis hat man zusammen geschafft und im Getriebe der DAK-Gesundheit haben alle erfolgreich zusammengewirkt. Und dies gilt über die einzelnen Geschäftsbereiche und Einheiten in der Zentrale hinaus bis zu jedem Einzelnen im Lande, oder wie es im DAK-Jargon heißt: jedem Einzelnen in der Fläche. Also, wenn ich gleich etwas über die Erfolge im Geschäftsbereich Markt und des Vertriebes sage, dann zählen auf diese Erfolge auch noch die vielen weiteren Bereiche ein: so z. B. die Kundenberatung, die Fachzentren Mitgliedschaft und Beiträge, in der Zentrale die Unternehmenssteuerung und natürlich auch der von Thomas Bodmer geführte Bereich der Leistungen.

Alles ohne Anspruch auf Vollständigkeit, aber man muss das Kind ja beim Namen nennen. Und so möchte ich betonen, dass ich es großartig finde, dass der Geschäftsbereich Markt und der Vertrieb es geschafft haben, für die DAK-Gesundheit einen solchen Erfolg bei der Versichertenentwicklung einzufahren. Danke dafür.

Nun mag man einwerfen, stimmt ja nicht: Da sind ja Versichertenverluste von 55 Tsd. zu verzeichnen. Dem halte ich entgegen: es sind für eine objektive Bewertung die Voraussetzungen und die Ausgangssituation mitzubewerten. Und die lagen zunächst einmal darin, dass die Kasse für das Jahr 2023 den Beitrag erhöht hat. Wir haben gerade vor ein paar Tagen im Ausschuss für Organisation und Personal des Verwaltungsrates (AOP-VR) nochmals vor Augen geführt bekommen, was der Kasse in der Vergangenheit immer geblüht hatte, wenn wir Beitragsanpassungen beschließen mussten. Allein der Zusatzbeitrag von 8 Euro und seine Folgen sind mir jedenfalls noch gut im Gedächtnis.

Das Jahr 2023 dagegen verlief für uns ganz anders. Obwohl wir freilich in der ersten Zeit nach der Beitragserhöhung mehr Kündigungen hatten als z. B. im Jahr zuvor, ist es dennoch gelungen, durch vielfältige Maßnahmen diese zahlenmäßig im Griff zu behalten. Und - was noch viel erfreulicher ist -: die Kasse hat trotzdem auch viele, viele Versicherte hinzugewinnen können. Zudem haben wir ja bei der DAK-Gesundheit aufgrund ihrer Struktur ein großes Problem mit dem Verhältnis von Sterbefällen zu Geburten. Wenn man dieses Delta außer Acht lässt, ist es dem Vertrieb *sogar tatsächlich gelungen*, ein Ergebnis zu erzielen, das man als Schwarze Null bezeichnen kann. Eine tolle Leistung: vielen Dank dafür.

Das war ein Aspekt, der zur positiven Position der DAK Gesundheit im Ersatzkassenbereich geführt hat. Aber genauso bemerkenswert haben auch viele weitere Bereiche gearbeitet, so z. B.: die erforderliche Leistungssteuerung, oder auch z. B.: die Unternehmenssteuerung, mit dem vermehrten Einsatz von KI. Wie gesagt, alle haben an diesem Ergebnis gemeinsam

mitgearbeitet. Und schließlich auch der Finanzbereich, der das Geld zusammengehalten hat und über die Haushaltskontrolle uns letztlich mitteilen konnte:

„Wir brauchen nicht erneut zu erhöhen“.

Und das im Gegensatz zu vielen anderen Krankenkassen, auch bei uns im Ersatzkassenbereich. Das hat uns erneut in eine bessere Ausgangslage gebracht, die hoffentlich nun auch genutzt werden kann.

Dr. Ute Wiedemann hat uns in der Sitzung des AOP-VR eine Folie aufgelegt, die uns die Situation in Deutschland, in die wir mehr und mehr hineingeraten werden, verdeutlicht: Prof. Lauterbach hat im „BR24 Thema des Tages“ am 04.02.2024 das Ende der Deutschen Lösung angekündigt, als er sagte:

*„Das ist jetzt eine ganz entscheidende Phase für die Gesundheitspolitik. Die Babyboomer gehen jetzt langsam in das hohe Alter hinein. Und wir haben ohne dies schon eine sehr alte Gesellschaft - die älteste Gesellschaft in Europa. Und wir sind nicht gut vorbereitet. In vielen Bereichen sind die Dinge liegen geblieben.“*

19 Millionen Menschen umfasst die Kohorte der Babyboomer – und das ist ca. ¼ der Bevölkerung, führt die Korrespondentin Barbara Kostolnik hinzu: Das Gesundheitswesen sei voll von Lobbygruppen, Interessenvertretern: alle wollen mehr vom Kuchen. Und der ist groß: ca. 300 Milliarden Euro.

So führt der Minister im Interview fort:

*„Am liebsten hätten immer alle in allen Bereichen die sog. Deutsche Lösung: Alles bleibt so, wie es ist – aber jeder bekommt mehr Geld. Diese deutsche Lösung können wir aber nicht weiter praktizieren. Das geht nicht bei den Fachärzten, das geht nicht bei den Hausärzten, das geht nicht bei der Digitalisierung. Wir können nicht einfach das nicht funktionierende System mit Geld überschütten. Das deutsche Gesundheitssystem ist das teuerste in Europa.“*

Wenn man seine ausgemachten groben Themen, mehr Prävention für eine alternde Gesellschaft, mehr Digitalisierung, mehr Effizienz und Qualität in den Krankenhäusern, grob betrachtet, scheint sich etwas entwickeln zu können. Das vereinende Momentum kann dabei indes nicht sein, dass nur die Beitragszahler die Kosten der Veränderung durch immer höhere Zahlungen tragen. Und so bin ich irritiert, dass die Ärzte einen Zuschuss zur Einführung der Digitalisierung erhalten. Das sind für mich laufende Kosten, die diese, wie jeder Freiberufler selbstverständlich „selbst“ zu tragen haben. Wie absurd bereits das Ansinnen einer solchen Kostenübernahme ist, wird im Vergleich zum Anwalt deutlich. Welcher Mandant würde nicht misstrauisch, wenn ich ihm mitteilen wollte:

*„...und zu den Kosten der Verteidigung kommen noch 3,50€ Kostenbeteiligung des Mandanten, weil ich ja meinen Gesetzesordner im Regal aktuell halten muss und nochmal 3,50€ für Software, denn ich kann mit dem Gericht nur elektronisch kommunizieren.“*

Die Stakeholder müssen meines Erachtens verinnerlichen, dass der Wegfall der Ineffizienz die eigene Situation verbessert und manche Forderungen in der Lage sind, die eigene Position ins Lächerliche zu verschieben.

Gucken wir kurz auf den Pflegebereich: das Klatschen der Menschen zugunsten der Pflegenden ist verklungen: geblieben sind die für Heimbetreiber immensen Kostensteigerungen, die selbstverständlich an die Bewohner weitergegeben werden „müssen“. In meiner Mandantschaft kollabiert ein Heim nach dem nächsten: was sicher auch an Liquiditätsengpässen liegt.

Wenn z. B. die Sozialbehörden in Nordrhein-Westfalen erst ein halbes Jahr nach dem Eintritt der Unterstützungsbedürftigkeit die Eigenbeteiligungen an das Heim zahlt, kommt leicht Husten ins Portemonnaie der Betreiber. Gleichzeitig steigt auch der Druck auf die Kasse, denn es ist doch menschlich nachvollziehbar, dass man im Moment des finanziellen Untergangs nach all den sich vermeintlich bietenden Refinanzierungsmöglichkeiten greift. Auch hierauf muss die soziale Selbstverwaltung einen Blick werfen.

Komme ich zum Schluss auf das gesamte Vorhaben der Krankenhausreform zu sprechen: und dabei im Speziellen auf den Transformationsfond. Vorab das Positive: Bund und Länder haben sich – zumindest in Teilen – im Vermittlungsausschuss darauf verständigt, die Krankenhausreform umzusetzen. Doch, die damit verbundenen Kosten – man kann es unschwer erahnen – sollen dabei – zumindest nach den bekannt gewordenen Plänen – zu einem gehörigen Anteil durch die GKV-Versicherten getragen werden. Worum geht es dabei finanziell?

1. Die Krankenhäuser sollen zur Verhinderung möglicher Insolvenzen Liquiditätshilfen erhalten.  
Die Rede ist von sechs Milliarden Euro.
2. Darüber hinaus soll im Jahr 2024 eine Erhöhung der Landesbasisfallwerte vorgenommen werden.  
Belastung für die GKV geschätzte 1,25 Mrd. Euro.
3. Und last but not least geht es um die Finanzierung des Transformationsfonds.  
Dieser soll den Plänen und dem offiziellen Wording nach je zur Hälfte von den „Ländern“ und dem „Bund“ finanziert werden.

Die Frechheit dabei ist, dass sich hinter der „Beteiligung des Bundes“ tatsächlich die Kostentragung allein durch die GKV verbergen: keine Beteiligung der PKV – keinerlei Beteiligung der Beihilfe. Dadurch würden pro Jahr weitere 2,5 Mrd. Euro auf die GKV zukommen. Gerade für den letzteren Punkt ist die GKV überhaupt nicht zuständig: Und: die vdek- Kassen sind keine nachgelagerte Verwaltungseinheit des Bundesministeriums. Vor diesem Hintergrund bin ich unserem Vorsitzenden Andreas Storm dankbar und zutiefst verbunden, der die Erstellung eines Gutachtens angeregt hat, um die Verfassungsmäßigkeit dieser Pläne überprüfen zu lassen.

Feststellen müssen wir leider nach dem jetzigen Stand der Pläne erneut, dass die jeweils Regierenden stets versuchen, sich ihrer Finanzierungsaufgaben zu entziehen und alles auf die Beitragszahlenden der GKV abzuwälzen. Das ist ja an sich schon die Sahnehaube auf dem schwer verdaulichen Kuchenstück. Dass zudem die privat Krankenversicherten und die Beihilfe außen vor bleiben sollen, kommt einer Tollkirsche als topping nahe. Wir müssen zwar abwarten, wie sich die weiteren Pläne und das Gesetzgebungsverfahren entwickeln: doch sind wir als Selbstverwalter aufgerufen, diesen Kuchen nicht zu essen, die Ungerechtigkeiten anzusprechen und sie bei jeder Gelegenheit bei Freunden, Bekannten, im Job und bei der Freizeit in das Land zu tragen. Diese Mittel, die uns in einer pluralistischen Gesellschaft zur Verfügung stehen, sollten wir nutzen und unseren Vorstand in bewegter Zeit unterstützen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit