

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,
liebe Zuhörende,

Für mein heutiges Statement habe ich mir vorgenommen, die aktuelle Misere um die Finanzierung sowohl der Gesetzlichen Krankenversicherung als auch der Pflegeversicherung etwas näher zu beleuchten. Beide Sozialversicherungszweige weisen im Augenblick leider missliche Zustände auf. Grundsätzlich kommt der Gesetzgeber schon seiner Aufgabe nicht nach, hier ordnungspolitisch ausgabenbegrenzend einzugreifen. Zudem sind beide Systeme chronisch unterfinanziert: Und als wäre das beides nicht schon misslich genug, möchte Prof. Lauterbach als zuständiger Minister jetzt vorrangig in die Geldbörse der gesetzlichen Beitragszahler zu greifen.

Vergegenwärtigen wir uns die Situation: die Gesetzliche Krankenversicherung ist dauerhaft seit Jahren unterfinanziert: Verteuerungen durch Medikamente, Hilfsmittel, Lohnkosten schlagen sich als Kostensteigerungen im Leistungsbereich auf die Kasse durch. Zwar mag ein uninformativer Betrachter auf den flüchtigen Blick denken: Weil die DAK-Gesundheit zuletzt den Beitragssatz nicht erhöhen musste, könnten ihr die finanziellen Gegebenheiten nichts anhaben. Das stimmt aber nicht. Die Finanzlage der GKV hat erhebliche strukturelle Defizite und ich erinnere daran, dass die DAK-Gesundheit bereits ein Jahr zuvor – früher als viele Mitbewerber - den Beitragssatz anheben musste.

Um auch diese strukturellen Ursachen einmal kurz zu beleuchten: Ich zitiere jetzt 2 Quellen:

„Die Leistungsausgaben stiegen in den Jahren 1995 bis 2019 [...] um etwa 82 Prozent. Die Entwicklung des Einkommens der gesetzlichen Krankenversicherung [...] stieg im selben Zeitraum nur um knapp 50 Prozent.“

„Ohne zusätzliche Maßnahmen würde der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz in der GKV im Jahr 2023 und anschließend aufgrund der Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben jedes Jahr um weitere 0,2 bis 0,3 Prozentpunkte zunehmen.“

Das sind nun nicht irgendwelche Aussagen, sondern die erste stammt vom Bundesrechnungshof und die zweite aus der Gesetzesbegründung des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes.

Dies war ein Blick in die Vergangenheit, der belegt, wie die GKV bereits seit langem finanziell unzureichend aufgestellt ist. Und diese Situation wird sich in der Zukunft voraussichtlich weiter verschärfen. Dazu wird der Vorstand im Anschluss sicherlich noch ausführen. Nichtsdestotrotz: einen Punkt möchte ich bereits jetzt aufgreifen: Das Bundeskabinett hat die Krankenhausreform verabschiedet und nun in den Gesetzgebungsprozess eingebracht. Bisher hat es trotz Intervention der Ersatzkassen an den Referentenentwürfen keine wirklichen Änderungen gegeben, sodass die gravierenden Kritikpunkte immer noch Bestand haben. Konkret geht es dabei vor allem auch um die – ich möchte es wirklich so ausdrücken – erschreckende Art und Weise, wie Herr Prof. Lauterbach die Finanzierung der Krankenhausreform andenkt. Nämlich, dass der *Anteil des Bundes* an den veranschlagten Transformationskosten allein die gesetzlich versicherten Beitragszahlenden zahlen sollen. Von Anfang an

sind die Krankenkassen gegen diese Pläne Sturm gelaufen. An der Spitze dieser Protestbewegung unser Vorstandsvorsitzender Andreas Storm, den ich heute noch einmal loben möchte, dass er sich von Anfang an, proaktiv für eine kritische Bewertung der Reform eingesetzt hat. Unser Vorstand war es auch, der angeregt hatte, diese Pläne im Auftrag des GKV-Spritzenverbandes auf ihre Rechtmäßigkeit mittels eines Gutachtens überprüfen zu lassen.

Und das, obwohl wir bereits an anderer Stelle eine grobe Ungleichbehandlung zugunsten der PKV haben. So zahlt der Bund für die Versicherung von ALG-II-Empfängern gravierend unterschiedliche Beiträge. Nach der Recherche unseres Vorstandes

- für einen GKV-Versicherten 119,6 Euro pro Monat und
für einen PKV-Versicherten mehr als das 3,5-fache, konkret 421,77 Euro pro Monat.

Nun aber zurück zur Transformationsfinanzierung:

Im System der dualen Finanzierung der Krankenhauskosten ist originär die öffentliche Hand für die Investitionen und die Bereitstellung der Infrastruktur zuständig – die Krankenkasse bezahlen demgegenüber die medizinische Versorgung. Und zu den Investitionskosten gehören nun mal eben besonders die Transformationskosten zur Neugestaltung der Krankenhausstrukturen. Dieser Umstand wird meines Wissens im Gutachten sehr eindeutig herausgearbeitet. Wenn man gleichwohl den Weg wählt, die Versicherten nun auch noch die Infrastruktur originär zahlen zu lassen, liegt ein weiterer Skandal darin, dass die privat Krankenversicherten und ihre Versicherungsträger bei der Finanzierung der Krankenhausreform komplett außen vor bleiben sollen. Dort war selbstredend zu erwarten, dass die PKV ein widerlaufendes Gutachten vorgelegt hat, nachdem diese Gruppe keinesfalls an den Kosten der Strukturreform zu beteiligen sind. Von der Bundesregierung wird prompt noch nicht einmal der Versuch unternommen, die Finanzierung auf eine breitere Basis zu stellen. So bleibt abzuwarten, welche Änderungen sich im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens noch ergeben werden und ob die kassenseitig eindeutig geäußerten verfassungsrechtlichen Bedenken am Gesetzesentwurf an dieser Stelle bereits genug Druck auf die Bundesregierung ausüben konnten. Zwar hat die GKV auch einen Plan-B: Wenn die gesetzlich Versicherten nun allein den Anteil des Bundes zahlen sollen, bleibt noch die Anrufung der Gerichte. Denn mit seinen Plänen könnte der Gesetzgeber eine rote Linie überschreiten: Die Investitionen in die Krankenhauslandschaft ist ein Teil der Daseinsvorsorge und damit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die die Steuerzahlenden aufzubringen haben und nicht die Beitragszahlenden. Und schon gar nicht nur die Beitragszahler der GKV allein. Die stotternde Wirtschaft und vor allem die Haushaltskrise der öffentlichen Hand und die Schuldenbremse, auf deren Einhaltung Bundesfinanzminister Lindner so sehr pocht, überzeugen mich nicht, dringend erforderliche Strukturänderungen so zu finanzieren.

Wenden wir nun den Blick auf die nächste Pflege und Hingabebedürftige: die Deutsche Pflegeversicherung.

Auch hier verschlechtert sich auf der einen Seite die Finanzlage dramatisch und das verstärkt auf der anderen Seite den bereits seit Jahren anhaltenden Trend, dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen immer mehr Kosten im Zusammenhang mit der Pflege selbst tragen müssen. Haben noch einige applaudiert, als die Bezüge der Pflegenden erhöht wurden, sind doch die Angehörigen von Pflegebedürftigen umso mehr entsetzt, wenn sie nun feststellen müssen, dass sie die Erhöhungen weitgehend selbst finanzieren müssen. Denn alles das, was bei den gestiegenen Kosten nicht von den Kassen übernommen wird, landet als „freundlicher Monatszuschuss“ bei den Pflegebedürftigen und Angehörigen auf deren Rechnung. Doch nicht nur diese treffen die Kostensteigerungen: Auch die Kassen werden nicht aus dem Schwitzkasten gelassen. Wenn ich sage, „die Finanzlage verschlechtert sich dramatisch“, dann geht die Misere hier schon so weit, dass das Bundesamt für Soziale Sicherheit (BAS) die Kassen angewiesen hat, die eigenen Rücklagen zu reduzieren, um den gemeinsamen Finanzausgleich aller Pflegekassen aufzufüllen. Das lässt für mich den Schluss zu, dass ohne diese Maßnahme die Liquidität der Pflegeversicherung streng gefährdet ist/ war. Die Kassen wiederum müssen ihre Ausgabendeckungsquote durch diese

Maßnahme auf 50 Prozent senken. Das Gesetz sieht aber eigentlich vor, dass diese Deckungsquote bei 100 Prozent liegen solle.

Die DAK-Gesundheit hat schon vor einigen Jahren – auch durch den Verwaltungsrat – Vorschläge unterbreitet, wie die Gesetzliche Pflegeversicherung auf solide Füße gestellt werden könnte und für die Pflegebedürftigen und ihre Versicherten als ein leistungsfähiger Versicherungszweig erhalten bleiben könnte. Aber weder die seinerzeit adressierte noch die aktuelle Bundesregierung haben wirklich positive Änderungen am System vorgenommen. Mittlerweile scheint es vielmehr so, dass die Pflegeversicherung nahezu sehenden Auges an die Wand gefahren wird. Nach meinem Dafürhalten haben unsere Regierenden und Politiker die Pflicht, diesen – für die Betroffenen und für diejenigen, die noch betroffen sein werden, - so wichtigen Sozialversicherungszweig zu erhalten und noch zu stärken. Haushaltszwänge dürfen nicht der Grund dafür sein, die gesetzliche Pflegeversicherung zu ruinieren. An anderer Stelle hat man auch finanzielle Lösungswege gefunden, ich denke z. B. an die Bundeswehr. Die gesetzliche Pflegeversicherung wäre es allemal wert, sich ebenfalls entsprechend finanziell einzusetzen und nicht wieder alles auf die Beitragszahlenden und ihre Angehörigen abzuladen.

Jüngst tourte Claus Fussek, der Autor der Bücher „Es ist genug – auch alte Menschen haben Rechte“ und „In der Hand der Pflegemafia“, durch die Provinz. Auch wenn er als Pflegekritiker sicherlich über viele Jahre selbst in der Kritik stand, hat er wohl treffend die Situation der Zukunft der Pflegeversicherung umschrieben. Zitat: *„Bislang gibt es nette Willenserklärungen, aber keine schlüssige Antwort. Dabei müsste Pflege eigentlich die Schicksalsfrage der Gesellschaft sein.“* Ich möchte ihm in dieser Aussage zusprechen. Wenn Politiker erkennen, dass ihr persönliches Weiterkommen in der Wählergunst vom Schicksal einer staatlich finanzierten Strukturreform im Krankenausbereich, einer Kostenbegrenzung bei den Beiträgen der Kranken- und Pflegekassen und einer Fixierung/ Reduktion der Eigenanteile der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen abhängt, könnte sich etwas ändern. Ich selbst habe im Gespräch mit Herrn Tschentscher anlässlich unserer Veranstaltung im Rathaus das Gespür der Politik für sensible und wahlkampfrelevante Themen bemerkt: lasst uns als Selbstverwalter diese Achillesferse der Politik nutzen, um es für das Wohl unserer Sozialwähler zu nutzen.

Und so komme ich in meinem letzten Punkt zu unserer eigenen Historie: wir haben in den letzten Wochen den Höhepunkt unseres 250-jährigen Jubiläums erlebt, den Senatsempfang mit einer Rede des Regierenden Bürgermeister der Freien und Hansestadt Hamburg, Dr. med. Peter Tschentscher, sowie einer Videobotschaft von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach. Viele ehrende Worte sind gesprochen worden: eine Organisation wie die DAK-Gesundheit, die noch vor der französischen Revolution gegründet wurde und die Umwälzungen der Zeiten überstand, hat viele gute und leider auch viele schlechte und dunkle Zeiten miterleben müssen. Aber sie hat sie überlebt und alle Zeiten doch irgendwie gemeistert.

Wer 250 Jahre am Markt ist, kann nicht alles falsch gemacht haben.

Die Zeit belegt, dass sie DAK-Gesundheit aus sich selbst heraus in der Lage ist, durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Führungskräfte, Verwaltungsrat und Vorstand so zu agieren, wie es kritische Zeiten erfordert haben. Zuletzt kann die Kasse stolz sein, dass sie sich von der potenziellen Insolvenzkandidatin zu einer ernstzunehmenden Mitbewerberin gewandelt hat. Ob man auf seine Nation., sein Land, seine Fußballmannschaft stolz sein mag, hat jeder selbst zu bewerten. Dass man aber auf diese Kasse als ihr nahestehende Person stolz sein kann, muss und darf, zeigten mir viele Mitarbeitende in Gesprächen anlässlich der Jubiläumveranstaltungen, Treffen und zuletzt auch beim Sport- und Gesundheitsfest, das am Wochenende vom 7. bis 9. Juni in Hamburg stattgefunden hat. Diese Kasse lebte und lebt durch tolle, enthusiastische und engagierte Mitarbeitende, die für diese DAK-Gesundheit brennen und sich mit ihr identifizieren. Und das bewegt mich sehr. Allen diesen danke ich enthusiastisch und auch ich freue mich, zusammen mit meinem Stellvertreter Dr. Johannes Knollmeyer, mit Euch/Ihnen Verwaltungsräten die drei die Zukunft gestaltenden Vorstände die Zukunft begleiten zu können.

Seien wir stolz auf unsere DAK-Gesundheit und ziehen daraus Kraft, um den Vorstand bei seinen Entscheidungen zu unterstützen.

Ich danke für Ihre und Eure Aufmerksamkeit.