

Walter Hoof, Vorsitzender der Fraktion DAK MG

„Die Fraktion der DAK-MG freut sich, dass wir nach langer Zeit eine „Schwarze Null“, also ein kleines Plus in unserem Mitgliederbestand erreicht haben. Viele Jahre waren immer mehr oder weniger starke Verluste im Mitgliederbestand zu verzeichnen. Wir sind auf dem Weg, langsam den Mitgliederbestand zu verjüngen. Denn, das Durchschnittsalter unserer Versicherten liegt deutlich über dem Schnitt des Durchschnittalters der Versicherten der vdek-Kassen. Daher ist die Verjüngung des Mitgliederbestandes dringend notwendig, da wir immer noch eine hohen Sterberatenüberschuss gegenüber der Geburtenrate zu verzeichnen haben. Galten wir noch als nicht vor allzu langer Zeit aufgrund unserer wirtschaftlichen Lage und der Mitgliederentwicklung als leichter Problemfall beim Verband der Ersatzkassen und in der Presse, sind diese Stimmen verstummt. Den näheren Ausführungen unseres Verwaltungsratsvorsitzenden Dieter Schröder zu diesem Punkt können wir vollständig zustimmen. Herr Storm wird hierzu in der heutigen Sitzung in seinem Strategiebericht noch näher auf die ergriffenen Maßnahmen der DAK-Gesundheit eingehen. Die wirtschaftliche Entwicklung unserer Kasse ist ebenfalls positiv. Dies haben wir, neben den intensiven Bemühungen des Vorstandes und der Mitarbeitenden, unserem Vorstand mit seiner in die Zukunft weisenden Strategie zu verdanken.

Was uns Sorge macht, ist die politische Entwicklung der Entmachtung der Kassen in ihrer Selbstständigkeit. Nachdem der vorherige Minister Spahn unverblümt diese Entwicklung vorangetrieben hat, ist unser aktueller Gesundheitsminister Lauterbach auf dem gleichen Weg. Hier geht es nicht nur um die Einschränkung der sozialen Selbstverwaltung, sondern auch um die Einschränkung der Selbstständigkeit jeder Krankenkasse. Immer mehr wird die Handlungsfähigkeit der Kassen eingeengt und durch staatliches Handeln ersetzt. Ob die verordnete Einschränkung der Prüfung der nachgewiesenen überhöhten Krankenhausrechnungen, die Kastrierung der Rabattverträge durch zentralistisches Handeln oder auch das vom BAS, eine dem Bundesgesundheitsministerium unterstehende Behörde, angezogene strengere Aufsichtshandeln. Die Tendenz ist eindeutig. Die Beispiele lassen sich beliebig fortsetzen. Aus unserer Sicht bringt ein zu starkes staatliches Handeln keinerlei Vorteile für die Versicherten gegenüber den im Wettbewerb stehenden Krankenkassen. Diese suchen für Ihre Versicherten die beste Lösung, um im Wettbewerb bestehen zu können.

Die DAK-Gesundheit hat sich schon seit einiger Zeit mit Vorschlägen für die Versorgung älterer Menschen in unserem Land einen Namen gemacht. Herr Storm hat mittels verschiedener Gutachten, in Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern, Vorschläge für eine

zukunftssichere Gestaltung der immer stärker Wachsenden Anzahl von zu pflegenden Menschen vorgelegt. Diese wurden teilweise Grundlage für Entscheidungen der Bundesregierung. Unter dem amtierenden Gesundheitsminister bleiben diese aber Stückwerk. Durch eine vom Bundesverfassungsgericht geforderte Änderung der Finanzierung werden durch unterschiedliche Beiträge zur Pflegeversicherung, je nach Anzahl der geborenen Kinder, die Beiträge gestaffelt erhöht. Das löst kein Problem der Finanzierung in diesem Bereich, sondern schiebt diese nur in die Zukunft. Eine Anmerkung am Rande. Die Daten, wie viele Kinder je Familie als Grundlage für die Beitragserhöhung zugrunde gelegt werden, sind nirgendwo zentral vorhanden. Jetzt beginnt das „Schwarze Peter“ Spiel. Sollen die Krankenkassen, die Kommunen, die Finanzämter oder die Rentenversicherung die Kinderdaten liefern? Nirgendwo sind diese umfassend verfügbar und überall wird auf die jetzt bereits bestehende Arbeitsüberlastung hingewiesen. Wir sind gespannt, wie eine Lösung aussehen wird.

Ein aktuelles, vielen Menschen unter den Nägeln brennendes Problem, ist die Versorgung von Patienten außerhalb der Öffnungszeiten der Arztpraxen. Hier haben die Kassenärztlichen Vereinigungen einen Sicherstellungsauftrag. Das heißt, sie sind gesetzlich verpflichtet, dafür zu sorgen, dass die Patientinnen und Patienten rund um die Uhr im Notfall versorgt werden. Dies geschieht, besonders in ländlichen Gebieten, nicht ausreichend! Wenn Sie die Nummer 116117 wählen (den Kassenärztlichen Notdienst), dauert es oft sehr lange, bis Ihnen geholfen wird. Was tun die sich in Not befindenden Patienten: sie wählen die Notfallnummer 112 des Rettungsdienstes. Diese sind dadurch, da es sich oft nicht um einen Notfall handelt, überlastet und können manchmal nicht den wirklichen Notfällen zur Hilfe kommen. Abgesehen davon, dass die Kosten jedes Rettungsdienstes sehr viel höher sind, als wenn ein Bereitschaftsarzt zu den Patienten eilt. Der Rettungsdiensteinsatz mit Arzt koste etwa 1.500 €. Hinzu kommt oft der eintägige Krankenhausaufenthalt. Dann werden schnell 2.000 bis 3.000 Euro fällig, die die Krankenkassen zahlen müssen. Ebenso sind die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser durch nicht notfallbedingte Patienten überlastet.

Wir von der Fraktion der DAK MG fordern dringend, den Sicherstellungsauftrag den Ärzten zu entziehen und einen gemeinsamen Notdienst von Ärzten und Rettungsdiensten in gemeinsamen Leitstellen und Portalkliniken einzuführen.

Ein weiteres aktuelles Thema ist die Einführung einer „Elektronischen Patientenakte“ (ePA), eine für jeden Menschen verpflichtend einzuführende Sammlung von Daten seiner Gesundheit. Grundsätzlich wird die Notwendigkeit von den meisten Menschen, die sich

mit diesem Thema beschäftigen, nicht bestritten. Aus den gespeicherten Daten kann man Erkenntnisse ziehen, wie Krankheiten besser zu behandeln sind. Die Röntgenaufnahmen etc. stehen zentral zur Verfügung. Es wird erkennbar, wo sind Schwachstellen beim Erkennen von Krankheiten oder Behandlungen. Doppeluntersuchungen werden vermieden und vieles mehr. Im Notfall kann der behandelnde Arzt schnell die nötigen Daten für seine Behandlung neben den angewendeten Medikamenten erkennen. Die Frage ist nur, wie eine solche ePA eingeführt werden soll, wie die Daten einer Patientin, eines Patienten auf die ePA kommen und wer Zugriff auf diese Daten hat. Wie kommen die Untersuchungsergebnisse, Diagnosen, der Medikationsplan und vieles mehr in die ePA? Es gilt nach unserer Meinung der Grundsatz: der Patient, die Patientin müssen die Herrschaft über ihre Daten behalten. Aktuell wir nach einer Lösung gesucht, unkompliziert, einfach und sicher einen Zugang zur ePA für jeden Versicherten zu schaffen. Viele Praxisfragen sind noch ungeklärt und müssen gelöst werden. Die Fraktion der DAK MG begrüßt die Einführung einer ePA und hofft, dass die anstehenden Fragen schnell im Sinne der Patienten und Versicherten geklärt werden.

Wir begrüßen die Ausführungen unseres Verwaltungsratsvorsitzenden Dieter Schröder zur Aufarbeitung der Kinderverschickung von Herrn Professor Schmuhl, der unabhängig zu diesem Thema forscht. Dessen Ergebnisse stehen in Kürze Interessierten in Buchform zur Verfügung.“

Luise Klemens, Vorsitzende der Fraktion ver.di, ACA, IG Metall

„Ich möchte in ein paar Sätzen über den Investitionsstau reden, den wir in der Gesellschaft erleben. Die Schuldenbremse, die uns ja bereits seit Jahren einzwängt, merken wir jetzt umso deutlicher. Aus Bayern kommend, kann ich ja auch sagen, dass die Vorgänger des Bundesverkehrsministers, die ja lange Jahre aus der CSU gekommen sind, auch nicht dazu beigetragen haben, dass die Verkehrswende in irgendeiner Weise vorangeschritten ist. Und jetzt in Folge der Pandemie und der Kriegsfolgen explodierenden Energiekosten wird deutlich, wo es eigentlich klemmt und mangelt. Und wenn man es jetzt wolle, dass die Deutsche Bahn ertüchtigt wird, – hiervon hätten alle was, so auch das Klima – aber wir merken dann eben auch, an welchen Stellen merkwürdigerweise gespart werden soll. Und offensichtlich ist es so, wenn man sich das Gesundheitswesen anschaut, - Herr Storm hat hinreichend beschrieben, was die Stellschrauben sind, die aus unserer Sicht in die falsche Richtung gedreht werden – dann müssen wir uns gemeinsam nochmals auf die Hinterbeine stellen, um hier noch was zu ändern. Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz haben wir uns ja bereits Ende des vergangenen Jahres ausführlich beschäftigt, bei der Krankenhausreform

mangelt es auch hinten und vorne und wenn man sich die geplante Pflegereform anschaut, dann geht es für uns darum, für die Versicherten und die Kolleginnen und Kollegen die Beratung und Begutachtung verbessert werden muss, dass der Eigenanteil begrenzt werden muss und, wenn man an die Inflationszahlen denkt, dann muss bei den Leistungen zumindest ein Inflationsausgleich gewährleistet sein. Und nicht eine Festschreibung auf 5 Prozent, die in den meisten Jahren sicherlich ausgereicht hätte, aber sicherlich nicht im Augenblick. Wir in der Selbstverwaltung beschäftigen uns in erster Linie damit, die Interessen unserer Versicherten zu vertreten. Wir können nicht daran interessiert sein, dass die Beiträge immer weiter erhöht werden und möglicherweise über Ermächtigungen auch noch unterjährig. Das wäre ja ein Stück aus dem Tollhaus. Deswegen hatten wir uns in unserer Vorbesprechung gestern auch überlegt, unsere Vertreterinnen und Vertreter im vdek darum zu bitten zu schauen, ob man nicht zusätzlichen Druck entfalten kann, über das hinaus, was aus der DAK-Gesundheit heraus bereits passiert ist.

Wir freuen uns über die ganz gute Entwicklung der DAK-Gesundheit. Sowohl was die Entwicklung bei den Versicherten angeht als auch hinsichtlich des Haushaltes, da das Haushaltsjahr besser verlaufen ist, als dies vorauszusehen war. So etwas – so schätzen wir das ein – ist immer eine Teamleistung.

Wir schauen dabei auch immer auf die Beschäftigten. Wie sind die Arbeitszeiten, oder auch, welche Themen begegnen uns auch in den Widerspruchsausschüssen. Wir sehen dann dabei auch, dass, wenn die Bearbeitungszeiten lang sind, dann bedeute dies Stress für die Beschäftigten. Aus Sicht der Versicherten allerdings – und darauf schauen wir natürlich auch, muss es Ziel sein, Anträge schnell und die Anliegen der Versicherten gut zu bearbeiten.

So richtig bewusst war es mir noch gar nicht, dass dies quasi die letzte ordentliche Sitzung des Verwaltungsrates in dieser Legislaturperiode ist. Gut gefallen hat uns in der Fraktion, dass die DAK-Gesundheit rund um alles, was die Kindergesundheit angeht, so engagiert ist. Das finden wir gut, weil dies auch sehr innovativ ist. Es handelt sich bei diesem Engagement auch um ein gutes Werbeargument für Familien, bei der DAK-Gesundheit Mitglied zu werden. Denn es handelt sich ja hierbei nicht um Forschung für irgendjemanden, sondern es geht um die Fragen, was wir bzw. die DAK-Gesundheit daraus lernen kann. Das finden wir gut.

Zu der Thematik der Verschickungskinder möchte ich gegenüber dem Gesagten eigentlich nichts hinzufügen. Herr Schröder hat sich als Verwaltungsratsvorsitzender entschuldigt und wir aus der Fraktion ver.di/ACA/IG-Metall finden das auch richtig. Wir finden das auch richtig, dass die DAK-Gesundheit bei diesem Thema innovativ vorangeschritten ist. Sich der Thematik zugewendet hat und nicht darauf gewartet hat, bis irgendjemand das Ganze

thematisiert. Wir sind vielmehr sehr froh, dass sich die DAK-Gesundheit damit sehr frühzeitig beschäftigt hat.

Was die internationale Arbeit angeht, sind wir ebenfalls sehr froh, dass Marion von Wartenberg erneut für das Präsidium der AIM vorgeschlagen wurde. Die Welt rückt enger zusammen und es ist gut, dass wir diesen internationalen Verband haben. Vielleicht nutzen wir ihn in der Zukunft auch mehr.

Abschließend möchte ich mich für die Zusammenarbeit der vergangenen Jahre bedanken und ich finde, wir sollten die Sozialwahlen dafür nutzen, darauf hinzuweisen, dass wir nicht zum Selbstzweck im Verwaltungsrat der DAK-Gesundheit sind, sondern stark die Versicherteninteressen vertreten. Hierfür sei man auch streitbar. Für meine Fraktion kann ich das jedenfalls sagen.“

Rainer Schumann, Vorsitzender der Fraktion DAK-VRV

„Zunächst will ich kurz auf die umfangreichen Ausführungen unseres Vorsitzenden Dieter Schröder eingehen: der Tenor wird von uns voll und ganz mitgetragen. Auch unterstützen wir die Vorgehensweise zum Thema Kinderverschickung. Die Anzahl drängender Baustellen bei der Kasse ist merklich kleiner geworden, aber es gibt sie noch. Aber das ist wohl normal bei einem Unternehmen unserer Größenordnung. Derzeitig sind wir als Fraktion DAK-VRV mit den zu langen Bearbeitungszeiten, ausgehend von den Fachzentren, unzufrieden. Es verschlechtert die öffentliche Wahrnehmung der Kasse, wofür wir an anderer Stelle viel Geld ausgeben. Auf der anderen Seite haben wir eine Mitgliederentwicklung, die wir uns so positiv nicht vorstellen konnten.

Jetzt den Blick nach Berlin: aktuell steht das Jahr 2023 im Zeichen von mehr als einer Handvoll Reformen im Gesundheitssystem. Das Handelsblatt titelte Mitte Januar: „2023 wird das Jahr der Entscheidung“, das ERSATZKASSEN MAGAZIN titelte dann in der ersten Ausgabe dieses Jahres „Reformjahr 2023“. Ohne die üblichen Fragezeichen, also klare Forderungen, deutliche Erwartungshaltung. Oder ist es die vage Hoffnung, dass es nun an vielen Stellen merklich schneller vorangeht? Die im Koalitionsvertrag genannten Reformvorhaben betreffen alle wichtigen Bereiche unseres Gesundheitssystems. An dieser Stelle sei ein Beispiel aus dem Krankhausbereich genannt, das den Reformbedarf sehr deutlich macht. Im Jahr 2020 standen in Schweden 2,1 und in Deutschland 7,8 Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner zur Verfügung. Dazwischen liegen alle anderen europäischen Länder.

Es werden in der öffentlichen Diskussion vor allem folgende Gründe für die Reformen genannt:

- Die Bedeutung des demografischen Wandels und
- die Zunahme des Ungleichgewichts zwischen Leistungserbringern und Leistungsempfängern wurden unterschätzt,
- die Digitalisierung kriecht seit Jahren dahin.

Das sind keine Zufälle, das sind Symptome einer strukturellen Krise unserer Gesundheitsversorgung über alle Bereiche. Der Eindruck drängt sich auf, dass zumindest das zwischenzeitlich von fast allen verstanden worden ist.

Reformvorhaben kosten immer Geld, zeigt die Erfahrung. Ob auf Dauer, ist abhängig davon, wieviel Geld verbesserte Abläufe ersparen und was ggf. damit verbundene Leistungsverbesserungen kosten. Die Methode, Strukturprobleme mit Geld zuzukleistern, ist jedenfalls verbraucht. Derzeitig ist es viele Schlagzeilen wert, dass die GKV das Jahr 2022 mit einem Einnahmeüberschuss von gut 451 Mio. Euro abschließen konnte. Lauterbach nennt das zielgenau stabilisieren. Treffender ist wohl zu sagen, es wurden zielgenau Schulden gemacht. Für 2023 werden mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz nahezu alle Rücklagen und ein hoher Zuschuss des Bundes eingesetzt. Was ist denn eine ½ Mrd. Euro wert? Sie ist gerade mal 0,155 Prozent der Einnahmen. Der Bund hat seit Bestehen der Bundesrepublik bis 2020 über eine Billion Euro an Verbindlichkeiten angehäuft. Derzeitig sind es 2,1 Billionen Euro. Schon seit längerem ist Schuldenmachen teuer. Steigt der zu Grunde liegende Zinssatz um einen Punkt, kostet das den Bund 14 Mrd. Euro Zinsen, pro Jahr. Das ist 28-mal die vorgenannte ½ Mrd. Euro.

Mit dieser Kassenlage, zu der heute bereits mehrfach ausgeführt worden ist, wird der Finanzminister rechnen. Aber er wird auch gerne berücksichtigen, dass im Gesundheitsfonds voriges Jahr ein Überschuss von 4,3 Mrd. Euro aufgelaufen ist. Aber die Hoffnungen auf einen relevanten Zuschuss für die Kranken- und Pflegeversicherung sind gleichwohl eher gering. Und ohne diesen, wird deutlich für die Fraktion DAK-VRV, wird im Gesundheitssystem die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben weiter auseinandergehen. Und zwar zu Lasten des Beitragszahlers – wie zu Beginn dieses Jahres.

Nun wurde vorige Woche in der Sitzung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes für das laufende Jahr finanziell gesehen positivere Töne angeschlagen. Das geplante Defizit von 17 Mrd. Euro werde sich durch jetzt greifende Maßnahmen, wie zum Beispiel die Streichung der Neupatientenregelung, reduzieren. Die Vorstandsvorsitzende wird zitiert: „Nicht zuletzt zeichnen aktuellere Veröffentlichungen der Bundesregierung oder von

Wirtschaftsverbänden ein optimistischeres Bild für 2023 und 2024“. Allerdings wurde auch ausgeführt, dass es für 2024 noch keine detaillierten Prognosen gebe. Aber wir wollen uns den zum Ausdruck gebrachten Optimismus gerne zu eigen machen.

Bezogen auf die Gesamtheit der Reformprozesse fordert die Fraktion DAK-VRV die Spitzenverbände der Leistungsanbieter, die Bundesländer und andere Beteiligte auf, ihre dogmatische Blockadehaltung aufzugeben. Dazu sind sie verpflichtet in ihrer Verantwortung gegenüber der Gesamtgesellschaft. Es ist aber zu erwarten, dass es in der Gesundheitspolitik genau so zäh läuft wie in der großen Politik. Und im Koalitionsvertrag 2.0 wird meines Wissens der Begriff „sozial“ nicht genannt.“

Anne Böse, Vorsitzende der Fraktion BfA DRV-Gemeinschaft

„Geballte Kost, was wir heute zur Finanzlage der Gesetzlichen Krankenversicherung und dabei besonders über die dramatische Entwicklung der Pflegereform gehört haben. Neben diesen großen Baustellen gibt es weitere Ausgaben, für die wir – die Sozialversicherungspflichtigen – von der Regierung zur Kasse gebeten werden. Und diese Versicherten vertreten wir hier im Verwaltungsrat. Da Sie diese Infos ebenfalls alle haben, beschränke ich mich auf die ärgerlichsten Kostentreiber in Stichworten: für die Digitalisierung im Gesundheitswesen zahlen wir – die gesetzlich Krankenversicherten - seit vielen Jahren – Hunderttausende Euro, oder sogar mehr? Und jetzt müssen wir die Gematik – mittlerweile verstaatlicht und somit eine neue Behörde – finanzieren. Zu 100 Prozent. Ein Skandal!

Dann die Unabhängige Patientenberatung als Stiftung: vdek und GKV-Spitzenverband haben schon deutlich Kritik geäußert. Erfolglos! Beschlossen ist die 100-prozentige Finanzierung durch die GKV. Und das sind keine Peanuts. Sondern 15 Mio. Euro, die wir gesetzlich Versicherte jährlich dafür bezahlen. Obwohl es für diese Stiftung offensichtlich kaum Bedarf gibt, höchstens im Ausnahmefall. Denn unsere Kassen beraten uns bei Bedarf – und das kostenlos. Hier werden teuer bezahlte Arbeitsplätze geschaffen, für wen auch immer. Und: unabhängig wäre die Stiftung erst, wenn sie mit Steuergeldern finanziert würde.

Für Corona-Maßnahmen wurden wir – nicht die Privatversicherten – finanziell stark herangezogen. - Jetzt müssen wir zudem

- teils fragwürdige Gesundheits-Apps und
- Cannabis finanzieren, -
- zu 100 Prozent(!) die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung finanzieren, die trotz des Urteils des Bundesverfassungsgerichts erhalten bleibt und für uns sogar teurer wird, und

- die geplanten Gesundheits-Kioske finanzieren, usw.

Für uns läuft's nicht rund. Und das kurz vor den Sozialwahlen. Wie wir das Vertrauen unserer Wähler/innen erhalten oder gewinnen können angesichts dieser Sachlage, das ist mir schleierhaft. Und hinzu kommt dann noch die schlechte Presse zum Bundesgesundheitsministerium. Fest steht: der Vorstand, wir, jeder einzelne von uns, muss in Gremien, in allen Gesprächen und mit allen politisch Aktiven immer wieder dazu Kritik anmelden.

Aber: Sozialversicherungswahlen - ein gutes Stichwort. Ein Dank an die Abteilung Öffentlichkeitsarbeit für die informative und gut lesbare „Fit Extra“ und die digitalen Infos zu den Sozialwahlen, die hoffentlich viele Versicherte der DAK-Gesundheit motivieren werden, an der Wahl teilzunehmen und ihre Stimme abzugeben.

Last but not least: Danke an den Vorstand und damit natürlich an Herrn Prof. Schmuhl von der Uni Bielefeld für die schnelle und überzeugende Aufarbeitung des Themas „Verschickungskinder“, soweit das heute noch möglich ist. Wir begrüßen die Veröffentlichung der Arbeit in Buchform - ebenso wie die geplante Pressekonferenz zu diesem Thema. Danke, dass wir das Thema so transparent behandeln.

Und ein Dank an Dich, lieber Dieter Schröder, dass Du die Entschuldigung an die Betroffenen in unser aller Namen ausgesprochen hast.“

Dr. Johannes Knollmeyer, stellv. Vorsitzender der Fraktion BAVC/HDE

„Zunächst möchte ich einen Blick zurückwerfen. Die DAK-Gesundheit hat die großen Herausforderungen der zurückliegenden Jahre sehr gut bewältigt. Und das unter belastenden politischen Rahmenseetzungen wie den Zugriff auf die Rücklagen, das Verbot von Verträgen mit bestimmten Leistungserbringern oder die Anhebung von Kostensätzen. Die Deckungsgrade der Leistungsausgaben wurden kontinuierlich erhöht. Für das erfolgreiche Engagement möchten wir dem Vorstand und besonders auch den Mitarbeitern der Kasse unseren Dank aussprechen. Die Versichertenzahlen wachsen und über Jahre konnte der Beitragssatz stabil gehalten werden. Und das gelang unter diesen schwierigen Bedingungen. Der sparsame Umgang mit den Ressourcen und weiterer Erfolg im Vertrieb und die Digitalisierung der Verwaltung sind die Grundvoraussetzungen für die weitere Verstetigung der günstigen Entwicklungen in der Zukunft. Auch im Hinblick auf sensible Themen hat der Vorstand unter anderem mit der Beauftragung der Studie über die Verschickungskinder Gespür für wichtige gesellschaftspolitische Themen bewiesen und mit

Prof. Schmuhl einen renommierten Wissenschaftler für die Aufarbeitung gewonnen. Dafür sagen wir Danke. Wir fänden es zusätzlich zur Entschuldigung auch noch wichtig, dass dort, wo gesundheitliche Beeinträchtigungen noch bestehen, den Betroffenen Unterstützung bei der Bewältigung der Krankheitslast angeboten wird.

Die Sozialbeiträge kennen nur eine Richtung nämlich nach oben. Dabei hatte der Koalitionsvertrag finanzielle Entlastungen in Kranken- und Pflegeversicherung in Aussicht gestellt. Die Kosten für Bürgergeldempfänger sollten mit Steuergeldern entlastet werden und auch Entlastungen der Pflegekasse durch Übernahme der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige und Tragung der Ausbildungskosten waren zwischen den Koalitionspartnern verabredet worden. Die Politik steuert mit den laufenden Gesetzesvorhaben ausschließlich in Richtung Erhöhung der Beiträge. Das belastet alle Beitragszahler gleichermaßen. Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Das ist mir an dieser Stelle auch nochmals wichtig zu betonen. Arbeitgeberverbände beklagen die vielfältigen zusätzlichen Belastungen. Die Grenze von 40 Prozent für Sozialbeiträge wurde gerissen. 40,15 Prozent bzw. 40,4 Prozent werden aktuell aufgerufen, die 41 Prozent werden bald überschritten. Und ein weiterer Griff in die Geldbeutel der Beitragszahler wird vorbereitet. Die Anpassung der Pflegebeiträge über Verordnungen lehnen wir ab. In Gesprächen mit Wirtschafts- und Gewerkschaftsvertretern war von Bundeskanzler Scholz ein Belastungsmoratorium zugesichert worden. Vom deutschen Bundeskanzler erwarten wir, dass sein Wort gilt und auch in der Sozialgesetzgebung durchgesetzt wird. Wir fordern die im Koalitionsvertrag verabredeten Entlastungen der Kranken- und Pflegekassen mit Priorität 1 umzusetzen und Beitragsanpassungen auf die verbleibenden Notwendigkeiten zu begrenzen.

Die Beitragsbemessungsgrenze zur Kranken und Rentenversicherung sollen nach Vorstellung von Rot/Grün angeglichen werden. Kostenpunkt bis zu 222 Euro pro Versichertem und Monat. Besonders davon betroffen wären Unternehmen mit hohem Lohnniveau. Auch Selbständige sind von dieser Dynamik betroffen, denn sie entrichten den vollen Beitragssatz. Freiwillig Versicherte und die Selbständigen sind für die GKV mehrheitlich gute Risiken. Freiwillig Versicherte Selbständige wird diese Beitragssteigerung in Krankenkassen mit niedrigen Beitragssätzen oder in die PKV treiben. Das könnte unter dem Strich kontraproduktive Wirkung entfalten. Bevor diese Gesetzgebung die Werkstatt verlässt, müssen die Vereinbarungen des Koalitionsvertrages umgesetzt und weitere Änderungen sorgfältig abgewogen werden.

In der Summe der Sozialversicherungsbeiträge noch nicht enthalten sind die Aufwendungen, die Arbeitgeber alleine für Lohnfortzahlung im Krankheitsfall aufwenden. Im Jahr 2019 waren das für Lohnfortzahlung 71,3 Mrd. Euro zuzüglich 12,5 Mrd. Euro für anteilige Sozialbeiträge. Mit den Kosten für die Krankengeldzahlungen der GKV in Höhe von 4,2 Mrd. Euro summiert sich das auf über 75 Mrd. Euro, was 4,7 Beitragssatzpunkten in der Krankenversicherung entspricht. Es ist nicht unsere Intention, diese Kosten der Krankenkasse zu überantworten, aber ich finde es richtig, an der Stelle die Transparenz in Erinnerung zu bringen, wie hoch die Belastungen für die Betriebe mittlerweile sind. Und das waren die Zahlen des Jahres 2019. Zwischenzeitlich sind die Krankenstände deutlich angestiegen und damit auch die Kosten dafür. Gemeinsam tragen Krankenkassen und Arbeitgeber Verantwortung für Gesunderhaltung der Belegschaften und die zeit- und wohnortnahe Krankenversorgung. Im betrieblichen Gesundheitsmanagement können wir gemeinsame Anstrengungen weiterentwickeln, um die hohen Krankenstände zu reduzieren. Psychische Gesundheit sollte einen Schwerpunkt bilden, denn dies ist ein wachsendes Problem.

Im gemeinsamen Interesse liegt auch die schlanke Ausgestaltung von Verwaltungsabläufen. Der Referentenentwurf zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege trägt diesem Anliegen in keiner Weise Rechnung. Der Arbeitgeber soll die Nachweise zur Zahl der Kinder von den Mitarbeitern und auch von den Betriebsrentnern erheben. Das bedeutet einen hohen Erfüllungsaufwand. Innerhalb von kurzen Fristen ist es unmöglich, die notwendigen Informationen zu beschaffen, nachzuprüfen und fristgerecht an die Pflegekassen weiterzuleiten. Gemeinsam müssen wir dafür eintreten, dass bei laufenden und künftigen Gesetzgebungen der Erfüllungsaufwand realistisch abgeschätzt wird und ausreichende Fristen zur Erledigung eingeräumt werden. Nur dann lassen sich die Transaktionskosten erträglich gestalten. Die Beitragssumme steigt durch die geplanten Änderungen um 6,6 Mrd. Euro. Lohnerhöhungen und angehobene Beitragssatzbemessungsgrenzen entfalten zusammen eine beitragssteigernde Wirkung von etwa 5 Prozent. Dieses Gesetz muss in der Werkstatt revidiert werden.

Für Kranken- und Pflegeversicherung gilt gleichermaßen, dass nicht alles wünschenswerte finanzierbar ist. Entlastungen der Sozialsysteme durch Bereinigungen der Kostentragungen sind bisher nicht umgesetzt worden, obwohl im Koalitionsvertrag dazu Abreden getroffen worden sind. Stattdessen werden die Beitragszahler immer weiter zur Kasse gebeten. Die Stärkung der eigenen Verantwortung der Versicherten für Ihre Gesundheit ist ein ausbaufähiges Handlungsfeld. Wir regen zudem an, die Eingriffe in die Gestaltung von Verträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen zurückzunehmen.

Zu guter Letzt begrüßen wir die Bundesratsinitiative zu den investorengetragenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Sie setzen die richtigen und notwendigen Impulse in einem komplexen Politikfeld ganz im Sinne der Vielfalt und Vollständigkeit von Versorgungsangeboten. Konzentrationsprozesse sollen eingedämmt werden und der Verlagerung von Vertragsarztsitzen in die Ballungsräume entgegengewirkt werden. Regionale Monopolstellungen sollen begrenzt werden. Zudem soll Transparenz zur Trägerschaft hergestellt werden. Kommunale MVZ, die mehrheitlich eine Versorgung in schwächer strukturierten Regionen bieten, sollen von den Restriktionen nicht tangiert werden. Wir befürworten eine zeitnahe Umsetzung dieses Gesetzesvorhabens. Dieses Gesetz sollte zügig in der Werkstatt bearbeitet werden.

Herzlichen Dank für die angenehme Zusammenarbeit in den zurückliegenden Jahren.“