

Rainer Schumann, Vorsitzender der Fraktion DAK-VRV

„Corona ist derzeit für viele das wichtigste Thema. Dazu haben meine Vorredner richtigerweise umfassend ausgeführt. Es darf aber nicht den Blick verstellen, auf Herausforderungen und/oder Probleme, die wir auch schon vorher hatten, und die seit langem auf eine Lösung warten. Und fast immer ist damit die Frage verbunden: wer bezahlt das?

Mitte Juli dieses Jahrs hat der dfg berichtet, dass das WIG2, ein wissenschaftliches Institut aus Leipzig, dem Thema „Versicherungsfremde Leistungen“ nachgegangen ist. Nach dessen Definition gehören zum Beispiel dazu:

- Mittel für arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren,
- Investitionen in Krankenhäusern, dazu wurde vom Kabinett am 02.09.2020 gerade eine Finanzspritze von 3 Milliarden Euro verabschiedet,
- Aufstockung des Beitrags für ALG-II-Empfänger.

Das WIG2 hat festgestellt, dass diese Kosten vermehrt auf die Krankenversicherung übertragen wurden und werden. Das widerspricht einem System mit Beitragsfinanzierung durch die Versicherten und Arbeitgeber und Selbstverwaltung. Es mindere die Verteilungsgerechtigkeit und belaste verstärkt finanziell schwächere Haushalte. In Summe sind das nach Angaben des Instituts knapp 60 Milliarden Euro im Jahr. Der Zuschuss des Bundes betrug voriges Jahr dagegen nur ca. 14 Milliarden Euro. Würden sich die Ausgaben der Krankenkassen um diese Differenz von ca. 46 Milliarden Euro mindern, könnte der Beitrag zur GKV um mehr als 2 Prozentpunkte gesenkt werden. Das macht für den Durchschnittsverdiener mehr als 30 Euro im Monat aus. Politischer Konsens war und ist nach wie vor, dass die Belastungen durch Sozialbeiträge die 40 Prozent.-Marke nicht übersteigen. Wir haben sie mit 39,95 Prozent praktisch erreicht. Dieser Wert enthält den Beitrag zur Krankenversicherung, der auch wegen der versicherungsfremden Leistungen gestiegen ist. Diese Fehlentwicklung läuft schon seit Jahren; sie ist hinlänglich bekannt. Die Fraktion DAK-VRV fordert deshalb, dass dies endlich gestoppt wird. Bei genauer Betrachtung werden nämlich die 40 Prozent schon durch den Zuschlag zur Pflegeversicherung bei Kinderlosen überschritten, denn bei ihnen beläuft sich der Beitrag insgesamt auf 40,2 Prozent. Deshalb begrüßt die Fraktion DAK-VRV, dass sich die Kasse gegen die vom BMG beabsichtigten „Maßnahmen zur Einhaltung der Sozialgarantie 2021“ verwahrt.

Die Zahl der Menschen ohne Schutz im Krankheitsfall hat sich nach Angaben des Statistischen Bundesamtes in den Jahren 2015 bis 2019 um ca. 79.000 erhöht und mit der jetzt aktuellen Zahl von 143.000 fast verdoppelt. Das Bundesgesundheitsministerium hat zu der Steigerung lediglich erklärt, es könne daran liegen, dass sich die Erhebungsmethode geändert habe. Eine nach Meinung der Fraktion DAK-VRV eher resignierende Aussage. Solange die Struktur dieses Personenkreises nicht ermittelt ist, gehen die bisherigen Vorschläge der Politik ins Leere. Wie hoch ist der Anteil derer, die vorher gesetzlich oder privat versichert, selbständig oder erwerblos waren? Sind sie durchs Netz gefallen oder lehnen sie das System ab? Erst mit diesem Wissen können Lösungsansätze erarbeitet werden. 143.000 Menschen ohne Krankenversicherung, also Städte in der Größe wie Ingolstadt oder Paderborn, mit diesem Problem mehr oder weniger allein zu lassen, ist unserer Gesellschaft unwürdig.

Die deutschen Arbeitgeber, der BDA, liebäugeln nach einem im August vorgestellten Bericht mit einer Einheits(sozial)versicherung. Ist das eine gewollte Abkehr von unserem jetzigen gegliederten Krankenversicherungssystem? Solches Denken vermutete man bisher ausschließlich im linken Spektrum unserer Gesellschaft. Ein immer zu akzeptierendes Ziel ist, Verwaltungskosten zu senken. Es ist dem Bericht zu entnehmen, dass es den Arbeitgebern zunehmend lästig erscheint, zum Beispiel bei den elf Ortskrankenkassen, Kandidaten für die zu besetzenden Mandate zu finden. Das ist für uns als Selbstverwalter schon sehr bemerkenswert. Ist den an der selbstverwalteten Krankenversicherung mitwirkenden Arbeitgebern dieses System inzwischen zu aufwendig oder lästig? Für den „Entscheider“ Jens Spahn wäre wohl eine freiwillig/erzwungene Zusammenlegung nach dem Muster der österreichischen Sozialversicherungsreform ein interessanter, sehr gerne umgesetzter Gedanke. Sie eröffnet zunehmend die Möglichkeit, in die Sozialversicherungszweige (und vor allem in den Geldbeutel der Versicherten) einzugreifen. Eine Einheitsversicherung wäre, hamburgisch ausgedrückt, ein riesiger „Dampfer“, der nach Meinung der Fraktion DAK-VRV kaum oder nur schwer und dann nur mit riesiger Zeitverzögerung steuerbar ist. Der ehemalige Präsident des BVA, Dr. Rainer Daubenbüchel, hat es bereits früher auf den Punkt gebracht: „Je größer die Körperschaft, umso unführbarer wird sie“. Die Frage wäre auch, welche politischen Zugeständnisse den Ländern gemacht werden müssen, damit sie einen Teil ihrer heutigen Kompetenzen an den Bund abtreten.

Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) soll zu einem schlagkräftigen Reaktionszentrum für internationale Gesundheitskrisen ausgebaut werden. Fast alle Gesundheitsminister hätten dem bei einem informellen Treffen im Juli zugestimmt. Dieser Gedanke wird als erstes Ergebnis der Deutschen Ratspräsidentschaft

verkauft. Die Ziele klingen wie die Abschrift einer Liste von Wünschen, von denen die Fraktion DAK-VRV manche in diesem Kreis wiederholt angesprochen hat. Die wichtigsten aus unserer Sicht sind:

- Investitionsanreize für eine europäische Wirkstoffproduktion,
- Sicherstellung der globalen Lieferketten,
- Digitalisierung von Gesundheitsdaten,
- Zugang zu Gesundheitsinformationen / Krisenmanagement für kleinere EU-Staaten, die nicht zum Beispiel über ein Robert Koch-Institut verfügen.

Am Schluss unsere Einschätzung, wie sich die DAK-Gesundheit verändert. Die Umstrukturierung in eine fachliche Spezialisierung wurde erfolgreich abgeschlossen. Es sind allerdings noch „Restposten“ offen. Die werden wir intensiv weiter begleiten. Sorgen bereitet uns weiterhin der hohe Zusatzbeitrag der Kasse, bedingt durch die niedrige Ausschüttung aus dem Gesundheitsfonds. Das ist einerseits Zeichen eines hohen Leistungsniveaus, was auch durch unsere Versichertenstruktur begründet ist. Andererseits wird uns bei manchen Leistungsarten im Rahmen der notwendigen Leistungssteuerung oft von einer stringenten Leistungsgewährung berichtet. Leistungen werden manchmal erst dann gewährt, wenn der Kunde intensiv widerspricht.

Die wegen Corona notwendigen Maßnahmen sind vom Vorstand und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vor allem frühzeitig und auch engagiert umgesetzt worden. Das ist, über den Tellerrand geblickt, nicht selbstverständlich. Dafür unseren herzlichen Dank.“