

Aktuelles sozialpolitisches Geschehen
Statement des Verwaltungsratsvorsitzenden

(Es gilt das gesprochene Wort)

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Gäste,

ich beginne heute mit einem Themenkomplex innerhalb meines Statements, der meistens erst am Ende kommt, nämlich der, der die internen Gegebenheiten der DAK-Gesundheit anspricht. Das hat auch so seine Berechtigung, denn es handelt sich ja um ein sozialpolitisches Statement und das Hauptaugenmerk liegt somit auf der Sozialpolitik und die wird normalerweise in Berlin gemacht.

Wenn ich heute davon abweiche, hat dies aber genauso seine Berechtigung. Denn einerseits ist das, was ich gleich ansprechen möchte, für die DAK-Gesundheit immens wichtig und andererseits hat dies durchaus auch eine sozialpolitische Dimension.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

am ersten Septemberwochenende hat das Projekt DAKISS die Mitglieder- und Arbeitgeberbestände der DAK-Gesundheit komplett auf das System iskv_21c umgestellt. Dies ist für die DAK-Gesundheit, aber auch für die weiteren beteiligten Firmen, allen voran die BITMARCK von überragender Bedeutung. Seit 34 Jahren hat die DAK-Gesundheit und die Vorgängerkasse DAK das System DAKIDIS genutzt. In der Datenverarbeitung eine unglaublich lange Zeit. Auch wenn das bisherige System sehr stabil lief und offenbar auch von sehr vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wirklich in der täglichen Arbeit gemocht wurde, zeigt alleine die lange Nutzungszeit des Programms, dass wir – bei allen Weiterentwicklungen des Systems – technisch damit nicht mehr auf der Höhe der Zeit waren. Daher war der Wechsel in ein anderes System, das zudem auch eine Standardanwendung sein sollte, überfällig. Doch BITMARCK_21c, unsere neue Standardsoftware musste für eine Krankenkasse von der Größe der DAK-Gesundheit erst einmal seine Tauglichkeit beweisen. Und dies ist mit der Umstellung geschehen und 21c beweist gerade seine Großkassenfähigkeit. Das ist vor allem eben auch für die BITMARCK, an der wir ja ebenfalls beteiligt sind, wichtig und ein großer Erfolg. BITMARCK beweist mit BITMARCK_21c, dass sie in ihrem Portfolio eine Standardsoftware vorhält, die in der Lage ist, die gesamte Bandbreite der Kassenlandschaft abzudecken, von der kleinen betriebsbezogenen BKK bis hin zu einer Krankenkasse, die mehrere Millionen Versicherte betreut. Und das ist dann eben auch der gesundheitspolitische Aspekt. Die BITMARCK hat sich damit endgültig als großer, gewichtiger und vor allem erfolgreicher Full-Service-Dienstleister in der Gesundheitswirtschaft etabliert. Hieran hat das Projekt um DAKISS und allen voran die Leitung um Herrn Bodmann einen entscheidenden Anteil. Ich bitte den Vorstand, Herrn Bodmann und allen an diesem Programm beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der DAK-Gesundheit und natürlich auch den Partnerfirmen unsere ganz besonderen Glückwünsche und unseren Dank zu übermitteln. Sie können sich zu Recht alle für ihren Erfolg feiern lassen und stolz darauf sein.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Erfolg des Umstieges auf BITMARCK_21c ist nicht nur für das Datenmanagement unserer Versicherten und Arbeitgeber so wichtig, sondern hieran hängt ja noch eine ganze Menge mehr. Wir befinden uns mitten im Umbruch unserer Krankenkasse hin zur Realisierung unserer beschlossenen Vision und der damit verbundenen Strategie. Sowohl in der Fläche als auch mittlerweile in der Zentrale wird alles darauf ausgerichtet, uns zu einer modernen und

vor allem kundenorientierten Krankenkasse umzugestalten. Ein Misserfolg bei der Umstellung auf BITMARCK_21c hätte diesen Prozess zumindest erheblich ins Stocken gebracht. Nun kann aber alles darauf ausgerichtet werden, diesen Umbau, der ja auch vom Verwaltungsrat einhellig unterstützt wird, mit aller Kraft voranzutreiben. Neben solch wichtigen Attributen wie Kundenorientiertheit und Leistungsfähigkeit geht es natürlich auch darum, kosteneffizienter zu werden. Hierauf liegt gegenüber dem jeweiligen Kunden natürlich nicht das Hauptaugenmerk, aber wir dürfen auch diesen Aspekt nicht aus dem Auge verlieren. Wir stehen im Wettbewerb und haben dort seit jeher eine schwierige Position. Ich habe bereits in der Vergangenheit betont, dass wir uns nicht auf die Politik verlassen dürfen, um eine bessere Wettbewerbsposition erlangen zu können.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

mittlerweile liegt das zweite Gutachten zum Morbi-RSA auf dem Tisch, auf das wir solange haben warten müssen. Dieses Gutachten hat in erster Linie die Bewertung des regionalen Faktors bei der Berechnung im Morbi-RSA zum Inhalt. Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die Gutachter mit ihren Bewertungen in die richtige Richtung zielen. Die regionalen Verteilungswirkungen werden im aktuell durchgeführten Morbi-RSA nicht ausreichend berücksichtigt. Soll heißen, dass Versicherte in großstädtischen Regionen durch den Ausgleichsmechanismus unterdeckt und Versicherte in ländlichen Regionen überdeckt sind. Für eine Krankenkasse wie die DAK-Gesundheit, die einen großen Anteil ihrer Versicherten in Ballungsräumen betreut, stellt damit die aktuelle Situation einen Nachteil dar. Dies haben wir immer vermutet und das Gutachten bestätigt dies auch als Tatsache. Auch werden die regionalen Ausgabenunterschiede nur zu 60 Prozent durch die derzeitigen RSA-Kriterien ausgeglichen. Die Analyse der Gutachter zeigt somit die Notwendigkeit einer RSA-Reform auf, die die regionale Versorgungs- und Kostenstrukturen abbildet. Nur so sind wieder faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen zu erreichen. Aber wird dies auch so kommen. Hoffen können wir das und durch die Ergebnisse des Gutachtens ist die Politik auch gefordert. Ob eine Reform allerdings zu unserer Zufriedenheit ausfällt, steht dann doch noch auf einem anderen Blatt und wir können hierauf nicht bauen. Somit müssen wir das Heft des Handelns selbst in die Hand nehmen und dies tun wir ja auch mit dem Umbau der DAK-Gesundheit.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

unser Bundesgesundheitsminister, Jens Spahn, ist in die Fußstapfen seines Vorgängers, Herrmann Gröhe, getreten und arbeitet mittlerweile genauso konsequent die Vereinbarungen aus dem Koalitionsvertrag ab, wie wir es auch von Herrn Gröhe gewohnt waren. Aber darüber hinaus tut er aber noch einiges mehr. Vielleicht aus seinem Anspruch heraus, das jetzige Amt als Sprungbrett nutzen zu wollen. Wer weiß. Jedenfalls finde ich sehr gut, was gerade passiert. Vor dem Hintergrund der sich nach wie vor schlecht entwickelnden Zahlen um die Spender bei Organtransplantationen hat Herr Spahn eine gesellschaftliche Diskussion entfacht, die er in den Bundestag getragen wissen wollte und die bereits auch so in vollem Gang ist, wenn man alleine das Medienecho nachvollzieht. Ich möchte hier gar nicht den richtigen Weg propagieren, wie man zu mehr Spenderorganen kommt. Ich habe dazu natürlich meine persönliche Auffassung. Aber, dass sich Gesellschaft und Politik nun wieder mit dieser Thematik befassen, ist genau richtig. Denn die letzte Diskussion hierum, die in der Zustimmungslösung mündete, hat in der Konsequenz nicht viel erbracht. Die Zahl der Spendenwilligen ist nach wie vor nicht ausreichend, gemessen an der Zahl der eigentlich benötigten Organe für Patienten, die auf Wartelisten stehen. Und das, obwohl laut der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die positive Einstellung zu Organ- und Gewebespenden in der Bevölkerung grundsätzlich sehr ausgeprägt ist. Folglich liegen für mich die Ursachen tiefer als lediglich in der Art der Entscheidung, ob es eine Zustimmungs- oder Widerspruchslösung zu sein hat. Eines der Kernprobleme für mich ist das Vertrauen in die Abläufe. Ist der Zeitpunkt der Organentnahme wirklich bereits der Todeszeitpunkt? Wird mit Organen Handel betrieben? Und werden Spenderorgane nach Bedürftigkeit und Notwendigkeit verpflanzt oder wird hier manipuliert? Hinzu kommen Aspekte, die mir bis dato nicht so bewusst waren: z. B., dass die Vergütungen an Krankenhäuser für Organentnahmen offenbar unzureichend sind, sodass auch an dieser Stelle offenbar nicht genügend Anreize gegeben

sind. Folglich erachte ich es für richtig, dass hier neue Akzente gesetzt werden.

Zum einen mit dem eingebrachten Gesetzentwurf, der die eher administrativen Dinge um Organtransplantationen, wie eben die Vergütung, oder auch die Organisationsstrukturen in Krankenhäusern regeln soll. Und zum anderen – was noch viel wichtiger ist – die gesellschaftliche Diskussion um Transplantationen und den richtigen Weg zur Bereitschaft, seine Organe nach dem Ableben zur Verfügung zu stellen. Alleine diese Diskussion darum kann, wenn sie gut geführt wird, aufklärend wirken, Ängste nehmen und schon zu anderen Ergebnissen führen. Ich für meinen Teil hoffe hier auf eine sehr intensive und im Ergebnis fruchtbare Diskussion, die tatsächlich – mit welcher Lösung auch immer – zu einer Steigerung der Spendenbereitschaft führt. Zum Wohle derer, die dringend auf Hilfe angewiesen sind.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

auch in anderen Bereichen ist der Minister sehr aktiv. So auch in der pflegerischen Versorgung, sowohl im Krankenhausbereich als auch in stationären Pflegeeinrichtungen. Ziel ist es, für beide Versorgungsbereiche eine deutlich bessere Personalausstattung hinzubekommen. Ein wichtiges und hehres Ziel. Jedoch ist es für mich noch völlig offen, vor allem in welcher Zeit dieses Ziel erreicht werden kann. Die Art der Maßnahmen, um die Anzahl der Pflegekräfte zu erhöhen, ist ja bekannt. Es geht um das Zurückholen ausgebildeter Pflegekräfte in den Beruf, um Erhöhung der Teilzeitquote und auch um das Anwerben ausländischer Pflegekräfte. Aber wenn man sich alleine die Zahlen anschaut, um die es geht, alleine 13 Tausend Pflegekräfte in stationären Pflegeeinrichtungen, fehlt mir jegliche Phantasie, wie dies in absehbaren Zeiträumen geschafft werden soll. Zumal, wenn man sich vor Augen führt, dass die heutigen Stellen in der Alten- und Krankenpflege bei weitem nicht besetzt sind.

Ein weiteres Thema ist die Finanzierung dieser zusätzlichen Pflegekräfte. Alles geht zu Lasten der Beitragszahler. Ich habe gerade unlängst ein Interview mit dem Pflegebeauftragten der Bundesregierung, Andreas Westerfellhaus, im Berliner Tagesspiegel gelesen, der die Situation in den Krankenhäusern und Pflegeheimen als gesamtgesellschaftliches Problem erkannt hat und auch so darstellt. So wäre es auch folgerichtig, die Kosten, die für die Minderung dieses gesamtgesellschaftlichen Problems entstehen, zu sozialisieren und nicht den Beitragszahlern alleine zu überlassen. Aber hiervon ist leider nicht die Rede. Vielmehr soll zum einen der Pflegebeitrag um 0,5 Prozent angehoben werden, weil die Kosten der vergangenen Pflegereformen deutlich höher geworden sind, als ursprünglich angenommen. Aber zusätzlich sollen die Kosten für die 13 Tausend zusätzlichen Pflegekräfte, immerhin auch fast 650 Mio. Euro, ebenfalls aus dem Topf der Beitragszahler finanziert werden. Aber diesmal aus dem der GKV, weil es sich um Mehrkosten für Behandlungspflege handele und hierfür die Krankenversicherung zuständig werden soll. Dies sind alles Kunstgriffe, um nicht noch mehr Kosten durch die Pflegeversicherung bzw., was noch schlimmer wäre, durch die Pflegebedürftigen finanzieren zu lassen oder vor allem nicht durch den Bundeshaushalt. Das scheut die Politik wie der Teufel das Weihwasser, allen voran der Finanzminister. Und so kommt der Gesundheitsfonds ins Spiel, der ja für alles herhalten kann, weil er ja so gut gefüllt ist. Bis zu dem Tag, wo nichts mehr da ist.

In den Krankenhäusern dagegen hat der Bundesgesundheitsminister das Selbstkostendeckungsprinzip wiederentdeckt. Die Personalkosten inkl. der Tarifsteigerungen sollen komplett aus den pauschalierten Entgelten herausgelöst werden und ohne wirtschaftliche Risiken für die Krankenhäuser komplett über die GKV refinanziert werden. Für besonders personalintensive Bereiche geschieht dies jetzt sogar per Ersatzvornahme durch den Minister, weil es die Gemeinsame Selbstverwaltung nicht vermocht hat, sich über die personelle Ausstattung dieser Bereiche zu einigen. Für unsere Öffentlichkeit möchte ich kurz darlegen, dass die Gemeinsame Selbstverwaltung nicht das gleiche ist wie die Soziale Selbstverwaltung. Bei der Gemeinsamen Selbstverwaltung kommen Vertreter der Krankenkassen und der Leistungserbringer zusammen und sollen sich auf vertragliche Regelungen einigen. Im vorliegenden Fall hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft Einigungen torpediert, sodass sich der Minister nun zu diesem Schritt entschlossen hat. Es ist für die Gemeinsame Selbstverwaltung insgesamt blamabel, dass sie ihre Aufgabe nicht erfüllt hat. Aber ich hoffe, dass insbesondere die Leistungserbringerseite hieraus ihre Lehren zieht und zukünftig den Bogen

nicht weiter überspannt. Der Minister hat deutlich gemacht, dass er nicht lange fackelt und Tatsachen schafft. Und diese fallen nicht immer zum Vorteil der eigentlich Verantwortlichen aus.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

eine Institution, in der es ebenfalls bereits seit jeher an dieser Kooperation mangelt, ist die gematik. Auch ein Tätigkeitsfeld der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Die Diskussionen um die elektronische Gesundheitskarte sind uns ja sehr präsent. Kosten im Milliarden Euro-Bereich sind bisher in das Projekt geflossen und der erreichte Mehrwert für die Versicherten ist – ich sage es mal so – überschaubar. Auch hier steht die Gemeinsame Selbstverwaltung in der Verantwortung und auch hier ist für mich klar: die Hauptursache liegt – neben den zum Teil erheblichen Problemen, die die Industrie mit der Inbetriebnahme bzw. dem Betrieb der sogenannten Konnektoren hatte oder auch noch hat – in der Blockadehaltung auf Ärzteseite. Bereits 2010 hat Dr. Axel Brunngraber, Vorsitzender der Freien Ärzteschaft Niedersachsen, auf dem Deutschen Ärztetag sich so geäußert: „Wir haben in den vergangenen Jahren wichtige Bollwerke geschaffen und das Projekt auf Jahre hin gestoppt, und das werden wir auch weiter durchhalten.“ Leider hat er damit offenbar Recht behalten. Es ist nichts Entscheidendes passiert und diese Bilanz hat auch der Gesetzgeber gezogen und das E-Health-Gesetz beschlossen, um die Telematikinfrastruktur verbindlich auf den Weg zu bringen. Wir müssen alle aufpassen, dass vor solchen Hintergründen die Gemeinsame Selbstverwaltung sich nicht überflüssig macht. Wir jedenfalls setzen weiter darauf und auch auf die gematik. Das beweisen wir auch mit unserer elektronischen Gesundheitsakte Vivy. Obwohl wir mit Vivy ein Produkt auf dem Markt haben, das weit mehr ist als eine elektronische Patientenakte, wurde auch dieser Aspekt wohl bedacht. Andreas Strausfeld, Vorsitzender der BITMARCK-Geschäftsführung betonte bei der Vorstellung von „Vivy“, dass es den Entwicklern wichtig gewesen sei, ein System zu entwickeln, das gematik-kompatibel und maßgeschneidert ist. Damit werden wir auch diesem Gemeinschaftsprojekt gerecht und sind gewappnet, wenn die Infrastruktur steht.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

vor ein paar Tagen ist Vivy offiziell gestartet. Damit können wir unseren Versicherten – vor allem auch im Vergleich zu den Mitkonkurrenten – ein hervorragendes Produkt anbieten, mit dem sie selbstbestimmt ihre Gesundheitsdaten managen können. Durch die Vielzahl der Anwendungsmöglichkeiten, bis hin zur Einbindung von Fitnessdaten, entspricht Vivy in vielerlei Hinsicht den Ansprüchen, die die Menschen heute an solche Produkte stellen. In gewisser Weise einen Lifestylecharakter, aber darüber hinaus bietet es eben vor allem die Möglichkeit – und dies ist ja der eigentliche Zweck – die persönlichen Gesundheitsdaten an einem Ort zur Verfügung zu haben. Dies ist ein echter Mehrwert und kann sich für unsere Versicherten im Zweifel auch einmal als überlebenswichtig herausstellen. Ich wünsche uns allen mit Vivy viel Erfolg.

Damit ist der Bogen geschlagen und wir sind am Ende auch wieder bei der DAK-Gesundheit angekommen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.