

Statement

von

Uwe Klemens

Ehrenamtlicher Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

anlässlich

der Neujahrs-Pressekonferenz

**Gesundheitspolitik 2020:
Marktbericht der Ersatzkassen für die Kranken- und Pflegeversicherung**

am 16. Januar 2020

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,
Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55,
10117 Berlin

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Meine Damen und Herren,

bevor ich Ihnen meine Einschätzung zur Markt- und Wettbewerbssituation vorstellen werde, möchte ich aktuell mit dem Thema Selbstverwaltung starten.

Die Regierungsparteien haben im Koalitionsvertrag verabredet, die Selbstverwaltung zu stärken. Trotz dieses Bekenntnisses gibt es fortwährend Angriffe auf die Selbstverwaltung.

So enthält der Entwurf des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes (GKV-FKG) neue Einschnitte in die Rechte der Selbstverwaltung. Kritisch ist die geplante Verkleinerung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) auf 40 Mitglieder. Wir sind der Ansicht, dass die heutigen 52 Sitze die Marktanteile der Kassenarten am besten abbilden. Dieses fein austarierte Kräfteverhältnis darf nicht verworfen werden.

Vollkommen inakzeptabel ist auch die Ausgestaltung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses (LKA) als neues Gremium beim GKV-SV. Er soll bei versorgungsbezogenen Entscheidungen des Vorstandes zustimmen, zum Beispiel Verträgen, Richtlinien und Rahmenvorgaben. Außerdem soll der LKA zu Themen Beschlüsse fassen dürfen, die in die Zuständigkeit des Verwaltungsrates des GKV-SV fallen. Das würde zu einer erheblichen Kompetenzeinschränkung des Verwaltungsrates führen.

Als gewählte Selbstverwalter haben wir einen Vorschlag vorgelegt, wie hier nachgebessert werden kann.

Positiv ist dagegen die im GKV-FKG geplante Frauenquote: Die Vorschlagslisten zur Wahl des Verwaltungsrates des GKV-SV sollen mit mindestens 40 Prozent Frauen und 40 Prozent Männern besetzt werden. Das begrüßen wir sehr.

Positiv ist auch, dass die Bundesregierung einen Kabinettsentwurf zur Einführung von Onlinewahlen beschlossen hat. Wir als Ersatzkassen haben uns dafür eingesetzt, dass bei den Sozialwahlen 2023 auch online gewählt werden kann. Onlinewahlen sind ein wichtiger Schritt zur Modernisierung der Sozialwahlen und wir erhoffen uns davon eine höhere Wahlbeteiligung, insbesondere bei jungen Menschen. Noch sind aber viele Vorarbeiten zur Umsetzung der Onlinewahlen nötig. Die Verwaltungsräte der Kassen müssen Satzungsänderungen beschließen; es muss u. a. eine Pflicht-Arbeitsgemeinschaft gegründet und die Software zur Onlinewahl ausgeschrieben werden. Dazu brauchen die Krankenkassen bis zum 30. September 2020 eine Rechtsverordnung über die technischen Maßgaben. Der Zeitplan ist eng, das Gesetz

kam gerade noch rechtzeitig, um die Online-Sozialwahl 2023 technisch zuverlässig und sicher zu ermöglichen.

Meine Damen und Herren,

die Ersatzkassen als stärkste Kassenart haben sich weiterhin trotz schwieriger Wettbewerbssituation gut am Markt behauptet und konnten ihre Mitglieder- und Versichertenzahlen weiter ausbauen. 28,1 Millionen Menschen waren nach den jüngsten Zahlen vom Dezember 2019 in einer der vdek-Mitgliedskassen versichert. Das Plus beträgt rund 68.000 Versicherte im Vergleich zum Vorjahr. Der Marktanteil der Ersatzkassen beläuft sich damit auf 38,4 Prozent. Die Ersatzkassen können also ihre Marktführerschaft als größte Kassenart weiter behaupten.

Mit dieser Marktpräsenz auf Bundesebene und in den Regionen sind wir ein attraktiver Vertragspartner und können die gesundheitliche Versorgung über die Ländergrenzen hinweg maßgeblich mitgestalten. Wir haben dies im letzten Jahr mit der Kampagne #regionalstark gezeigt, in der wir die vielfältigen regionalen Aktivitäten der Ersatzkassen transparent gemacht und mit einigen Mythen in der regionalen Versorgung aufgeräumt haben.

Die Ersatzkassen sind auch im wichtigen Versorgungsbereich der Prävention regional stark aufgestellt. Wir haben die Impulse des Präventionsgesetzes frühzeitig aufgegriffen und bieten in über 60 groß angelegten Projekten an über 380 Standorten den Versicherten vor Ort, also in ihrer „Lebenswelt“, maßgeschneiderte präventive Angebote. Unter der Marke „Gesunde Lebenswelten“ richten die Ersatzkassen gemeinsam unter dem Dach des vdek ihr Augenmerk vor allem auf die Menschen, die sozial benachteiligt sind und bisher mit Leistungen der Prävention nicht gut erreicht werden konnten, etwa Menschen mit Migrationshintergrund oder mit Behinderungen ebenso wie ältere und sozial isoliert lebende oder pflegebedürftige Menschen. Dabei arbeiten wir stets mit kompetenten Partnern zusammen, die Zugang zu den Lebenswelten haben.

Trotzdem wissen wir alle, dass die Markt- und Wettbewerbssituation der Ersatzkassen auch in großem Maße von den Auswirkungen des Finanzausgleichs Morbi-RSA geprägt ist. Seit einigen Jahren beklagen wir deshalb gemeinsam mit den Betriebs- und Innungskrankenkassen die bekannten Fehlsteuerungen des RSA. Allein im Jahr 2018 fehlten den Ersatzkassen laut den jüngst veröffentlichten Zahlen zum RSA-Schlussausgleich 2018 rund 1 Milliarde Euro für die Versorgung ihrer Versicherten. Die AOKen waren dagegen mit mehr als 1,5 Milliarden Euro überdeckt. Noch nie klaffte die Schere zwischen Über- und Unterdeckungen zwischen den Kassenarten so weit auseinander. Aufsummiert auf die letzten zehn Jahre bedeutet

dies: Die Ersatzkassen haben aufgrund der Fehlstellungen im Morbi-RSA rund 6,5 Milliarden Euro weniger Geld aus dem Gesundheitsfonds erhalten, als sie eigentlich für die Versorgung ihrer Versicherten benötigt hätten.

Deshalb begrüßen wir es ausdrücklich, dass die Reform des Morbi-RSA mit dem GKV-FKG nun endlich auf der Zielgeraden ist. Die Reform soll Mitte Februar im Bundestag verabschiedet werden und es darf keine weiteren Abstriche am Reformpaket mehr geben. Denn nur das Gesamtpaket – mit Regionalfaktor, Risikopool, Manipulationsbremse etc. – kann erreichen, dass die Beitragsgelder wieder dorthin fließen, wo sie für die Versorgung der Versicherten benötigt werden.

Wenn wir allerdings über faire Wettbewerbsbedingungen sprechen, muss ich auch das Thema „einheitliche Aufsichtspraxis“ für alle bundesweit und landesweit organisierten Krankenkassen noch einmal ansprechen. Zwar ist im neuen GKV-FKG vorgesehen, dass Länderaufsichten und das Bundesamt für Soziale Sicherung besser miteinander zusammenarbeiten sollen. Das ist unseres Erachtens aber kein Garant, um die negativen Auswirkungen unterschiedlichen Aufsichtshandelns vor allem für bundesweit tätige Krankenkassen, etwa bei der Genehmigung von Selektivverträgen, künftig zu unterbinden. Unterschiede in der Aufsichtspraxis müssen umfassend beseitigt werden, das Thema muss auf der politischen Agenda bleiben.

Meine Damen und Herren,

die Ersatzkassen erwarten, dass die Morbi-RSA-Reform die Wettbewerbssituation der Ersatzkassen verbessern wird. Allerdings werden die Finanzwirkungen noch nicht dieses Jahr in Kraft treten, sondern erst 2021 – was bedeutet, dass Ersatzkassen, Betriebs- und Innungskrankenkassen im Jahr 2020 noch mit dieser unfairen Rahmenbedingung leben müssen. Das ist für die betroffenen Kassen nicht leicht, denn die Finanzsituation hat sich insgesamt in der GKV deutlich verschärft. Im Jahr 2019 muss die GKV voraussichtlich ein Defizit von mehr als einer Milliarde Euro verbuchen. Damit schließen die Kassen erstmals seit 2015 mit einem Minus ab. Grund für die zunehmend angespannte Finanzlage ist, dass die Ausgaben der Krankenkassen rasant ansteigen. So betrug die Steigerung pro Versicherten im dritten Quartal vergangenen Jahres 4,6 Prozent im Vergleich zum Vorjahreszeitraum. Das ist fast doppelt so viel wie noch vor zwei Jahren. Für 2020 rechnen wir mit einem weiteren Ausgabenplus von insgesamt 5,2 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Grund dafür sind neben der allgemeinen Dynamik auch die finanzträchtigen Gesetze, wie das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG), die zu Leistungsverbesserungen bei Arztterminen oder mehr Pflegepersonal führen sollen, aber eben auch die Reform der Abrechnungsprüfung bei den Krankenhäusern, die allein mit 800

Millionen Euro in 2020 zu Buche schlägt. In der Summe werden bis Ende 2020 Mehrausgaben von etwa fünf bis sechs Milliarden Euro auf die Krankenkassen zukommen.

Wie sieht die Situation bei den Ersatzkassen aus?

Die sechs Ersatzkassen können durch effizientes Verwaltungshandeln und durch den Abbau von Rücklagen ihre Beitragssätze für 2020 stabil halten. So lagen die Ersatzkassen nach letztverfügbaren Zahlen für die ersten drei Quartale 2019 mit 101 Euro pro Versicherten bei den Verwaltungskosten deutlich unter denen der AOK mit 126 Euro. Die Rücklagen bei den Ersatzkassen beliefen sich nach dem dritten Quartal 2019 auf 6,3 Milliarden Euro, was 0,79 Monatsausgaben entspricht; die GKV insgesamt verfügte mit 20,6 Milliarden Euro über 0,99 Monatsausgaben an Reserven.

Da sich die Finanzsituation bekannterweise bei den einzelnen Ersatzkassen aber unterschiedlich darstellt, haben wir auch von der gesetzlichen Möglichkeit gegenseitiger Finanzhilfen innerhalb einer Kassenart Gebrauch gemacht. So wurde mittlerweile ein Vertrag über freiwillige Hilfen nach § 265b SGB V im vdek geschlossen. Der Vertrag dient der Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der Ersatzkassen in der Ersatzkassengemeinschaft. Das Bundesamt für Soziale Sicherung muss den Vertrag noch genehmigen. Wenn dies erfolgt ist, kann er wirksam werden. Die geplanten Finanzhilfen gelten nur für das Jahr 2020 und dienen zur Überbrückung der – insbesondere durch Fehlsteuerungen im RSA und ausgabenintensive Gesetzgebung verursachten – finanziell angespannten Situation.

Vor dem Hintergrund dieser angespannten Gesamtlage fordern wir im Kontext der Beratungen zum GKV-FKG auch, dass es entlastende Maßnahmen geben muss. So sollte die gesetzliche Mindestreserve der Krankenkassen von derzeit 25 auf 20 Prozent einer Monatsausgabe analog zur Änderung bei der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds abgesenkt werden: Für die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ist die Absenkung auf 20 Prozent vom BMG bereits mit dem Gesetz zur Einführung eines Freibetrags in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge (GKV-BRG) zum 1. Januar 2020 eingeführt worden.

Meine Damen und Herren,

werfen wir einen Blick auf die Lage in der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Die Bundesregierung hat in den letzten Jahren einiges zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger getan. Mit zahlreichen Reformen wurden Leistungsverbesserungen

für Demenzkranke, mehr Prävention in Pflegeeinrichtungen, eine bessere Bezahlung von Pflegekräften bzw. die Finanzierung neuer Stellen eingeführt, alle Maßnahmen, die wir ausdrücklich unterstützen. Um diese Verbesserungen zu finanzieren, sind die Beitragssätze in der SPV moderat angehoben worden. Durch die zuletzt am 1. Januar 2019 vorgenommene Beitragssatzerhöhung um 0,5 Prozentpunkte auf 3,05 Prozent stiegen die Einnahmen im ersten bis dritten Quartal 2019 um 14,0 Prozent. Dem gegenüber stehen Ausgabensteigerungen von 9 Prozent. Somit hatte die SPV im dritten Quartal Rücklagen von 5,5 Milliarden Euro zur Verfügung, ein Plus von 1,9 Milliarden Euro gegenüber dem Vorjahreszeitraum. Angesichts dieser aktuellen Zahlen gehen wir davon aus, dass der Beitragssatz zur SPV in dieser Legislaturperiode stabil gehalten werden kann.

Entwarnung kann aber nicht gegeben werden, da ein zunehmend drängendes Problem für die pflegebedürftigen Menschen unbedingt angegangen werden muss. Denn unabhängig von der eben beschriebenen – zumindest mittelfristig – stabilen Finanzsituation der SPV nimmt die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen mehr und mehr zu. So müssen Bewohner von Pflegeheimen heute bereits jeden Monat im Durchschnitt rund 731 Euro für die pflegebedingten Kosten zuzahlen. Hinzu kommen noch rund 756 Euro für Unterkunft und Verpflegung und 453 Euro für die Investitionskosten. Das summiert sich auf insgesamt 1.940 Euro auf, die jeder Bewohner monatlich aus der eigenen Tasche zu leisten hat. Zum Vergleich: Anfang 2018 waren es noch 1.772 Euro.

Meiner Ansicht nach haben wir zwei wesentliche Stellschrauben, um die Belastung zu begrenzen und damit zu verhindern, dass immer mehr Pflegebedürftige in die Sozialhilfe abrutschen. Erstens: Die Länder sollten endlich die Investitionskosten übernehmen! Es kann doch nicht sein, dass am Ende des Tages die pflegebedürftigen Menschen für das fehlende finanzielle Engagement der Länder und Kommunen in die Pflicht genommen werden. Zweitens müssen wir mit Blick auf die pflegebedingten Aufwände nun dringend eine politische Debatte um sinnvolle Modelle und Ansätze in der SPV diskutieren, die auch hier zur Entlastung der Pflegebedürftigen führen.

Diese Entlastung für die Pflegebedürftigen wird dann in jedem Fall weiteren Finanzierungsbedarf für die SPV nach sich ziehen. Dabei muss klar sein: Pflege ist auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Der Staat muss deshalb hier mit Steuerzuschüssen entlasten. Diese sind dauerhaft und verlässlich auszugestalten. Und auch die private Pflegeversicherung (PPV) muss dann endlich ihren Beitrag leisten und sich am Solidarausgleich beteiligen. Da die PPV im Vergleich zur SPV vor allem einkommensstarke Personen mit geringerer Pflegewahrscheinlichkeit versichert, würde ein Finanzausgleich zwischen der PPV und SPV die SPV nach

Aussage des Pflegewissenschaftlers Prof. Dr. Heinz Rothgang um bis zu zwei Milliarden Euro jährlich entlasten.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und übergebe das Wort an Frau Elsner!