

Aufgaben und Strukturen der Krankenkassen

Dirk Ruiss, Leiter der Landesvertretung NRW
des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek)

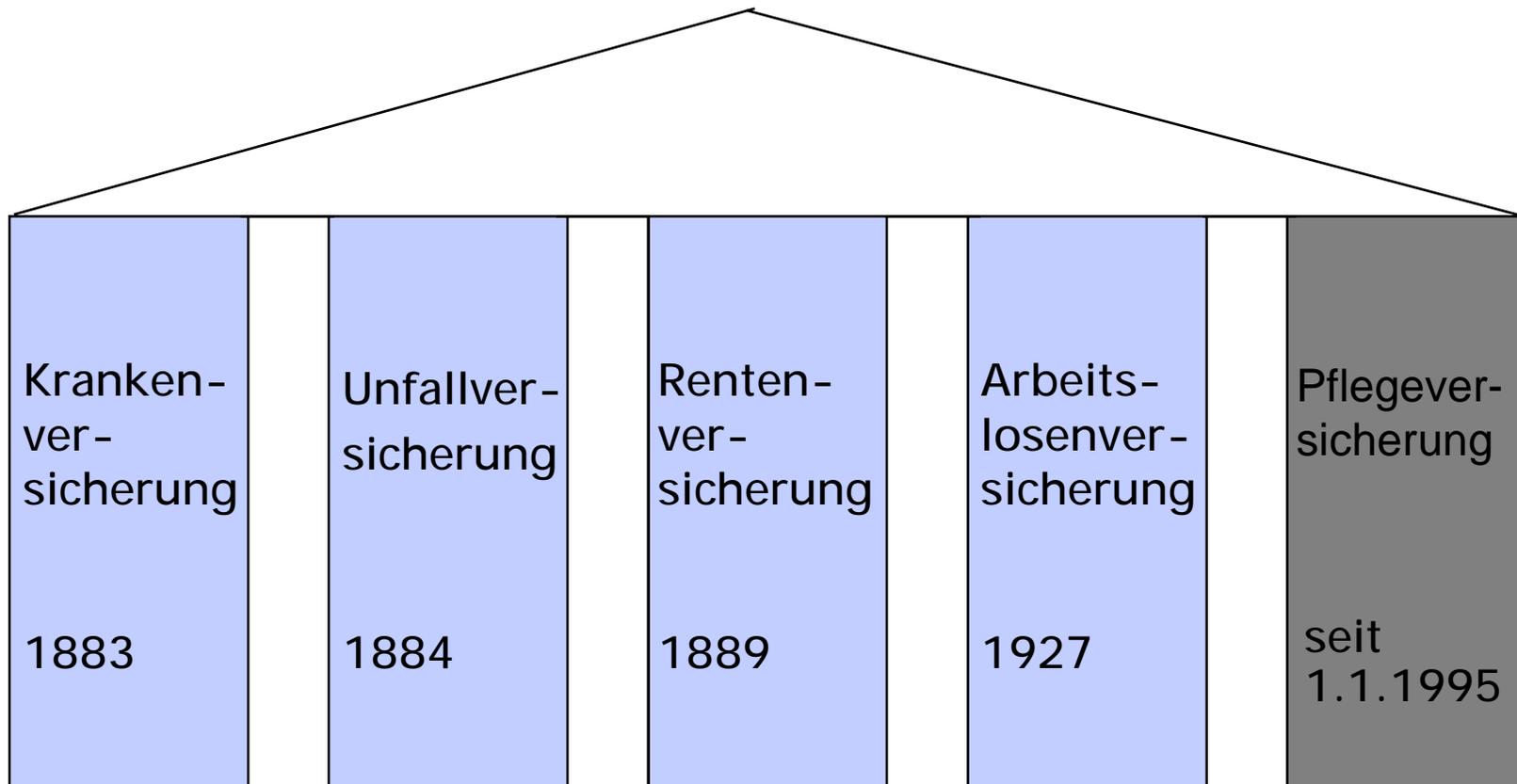
26. September 2015, Hagen
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Seminar für berufspolitisch interessierte Ärztinnen und Ärzte



Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

- Geburtsstunde der GKV: 15. Juni 1883
- Reichskanzler Otto von Bismarck: „Gesetz betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter“
- Krankenversicherung für Industriearbeiter und Beschäftigte in Handwerks- und Gewerbebetrieben
- Deutschland war das erste Land mit einer Sozialversicherung
- Krankenversicherung: älteste Säule der Sozialversicherung
- „Exportschlager“

Gründungsjahre der Sozialversicherung in Deutschland



Die vier Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

Solidarität

§ 1 SGB V
§ 3 SGB V

Sachleistung

§ 2 Abs. 2
Satz 1 SGB V

Selbst-
verwaltung

§ 29 SGB IV
§ 4 SGB V

Pluralität

§ 4 SGB V
6. Kap. SGB V

Das Solidaritätsprinzip

Solidarität

§ 1 SGB V
§ 3 SGB V

- ▶ Leistung nach individuellem medizinischen Bedarf
- ▶ Beitrag entsprechend der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Versicherten
- ▶ Altersunabhängigkeit
- ▶ Prinzip der Familienversicherung

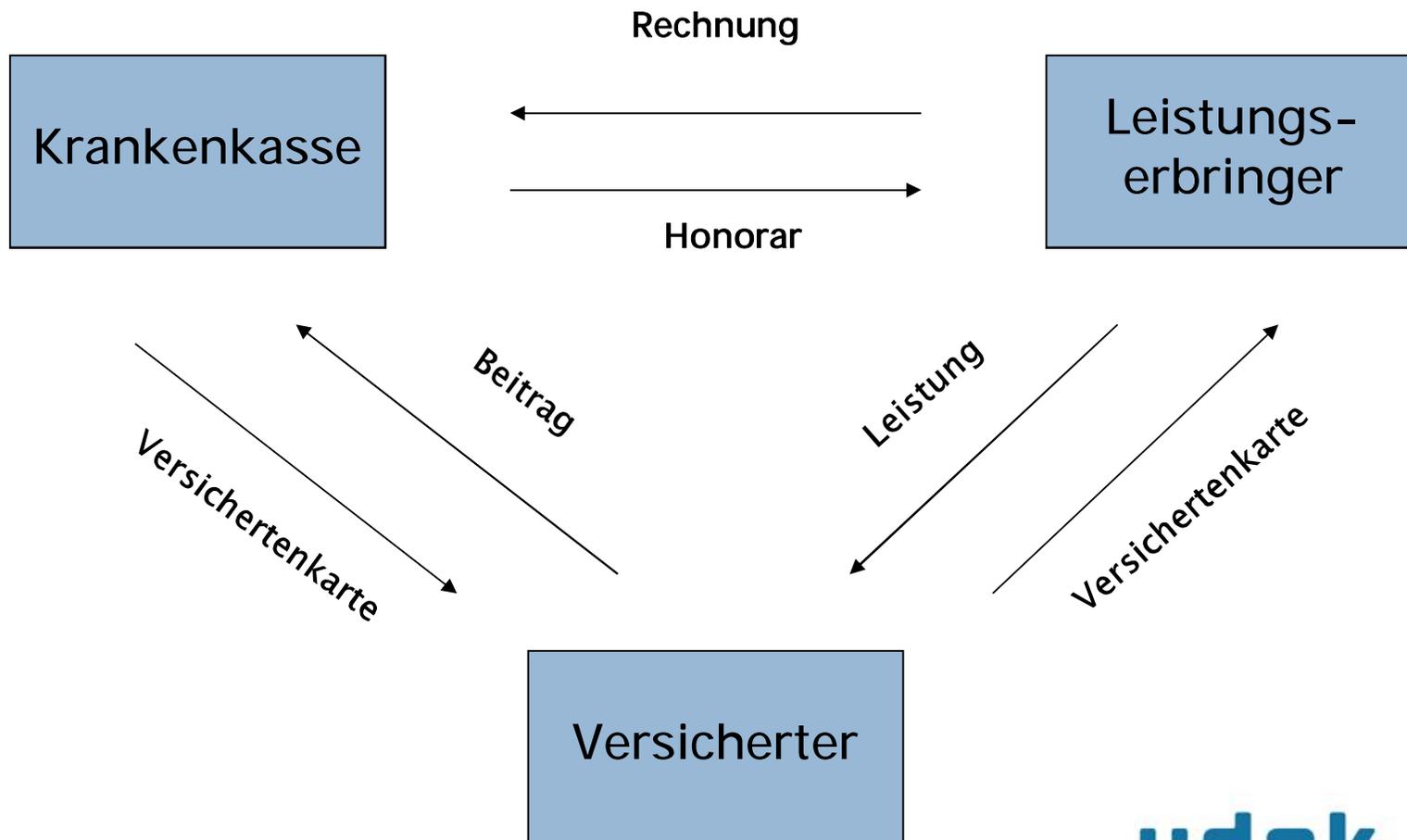
Das Sachleistungsprinzip

Sachleistung

§ 2 Abs. 2
Satz 1 SGB V

- ▶ Leistungen gegen Vorlage der Gesundheitskarte
- ▶ keine finanziellen Vorleistungen
- ▶ Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein
- ▶ Verpflichtung der Krankenkassen und Leistungserbringer die Versorgung/Honorierung sicherzustellen
- ▶ breitgefächertes Vertragssystem definiert Vertragsleistungen, deren Preise (teilweise mengenabhängig) und Qualität

Das Sachleistungsprinzip



Die Selbstverwaltung

Selbst-
verwaltung

§ 29 SGB IV
§ 4 SGB V

Gemeinsame
Selbst-
verwaltung

Soziale
Selbst-
verwaltung

§ 4 SGB V: „Die Krankenkassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung“

- staatliche Aufsicht, aber **organisatorisch und finanziell unabhängig**
- Gesundheit der Versicherten erhalten, wiederherzustellen oder den Gesundheitszustand zu verbessern
- Alle Versicherten haben den gleichen Anspruch auf Leistungen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 SGB V)

Pluralität

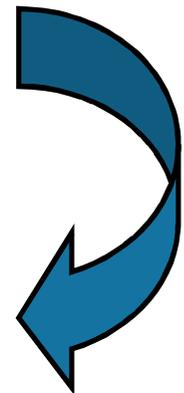
- Wahlfreiheit zwischen den Krankenkassen seit 1996
- Kassenwechsel mit Bindungsfrist (18 Monate) möglich
- Kontrahierungszwang

Wettbewerb der Krankenkassen

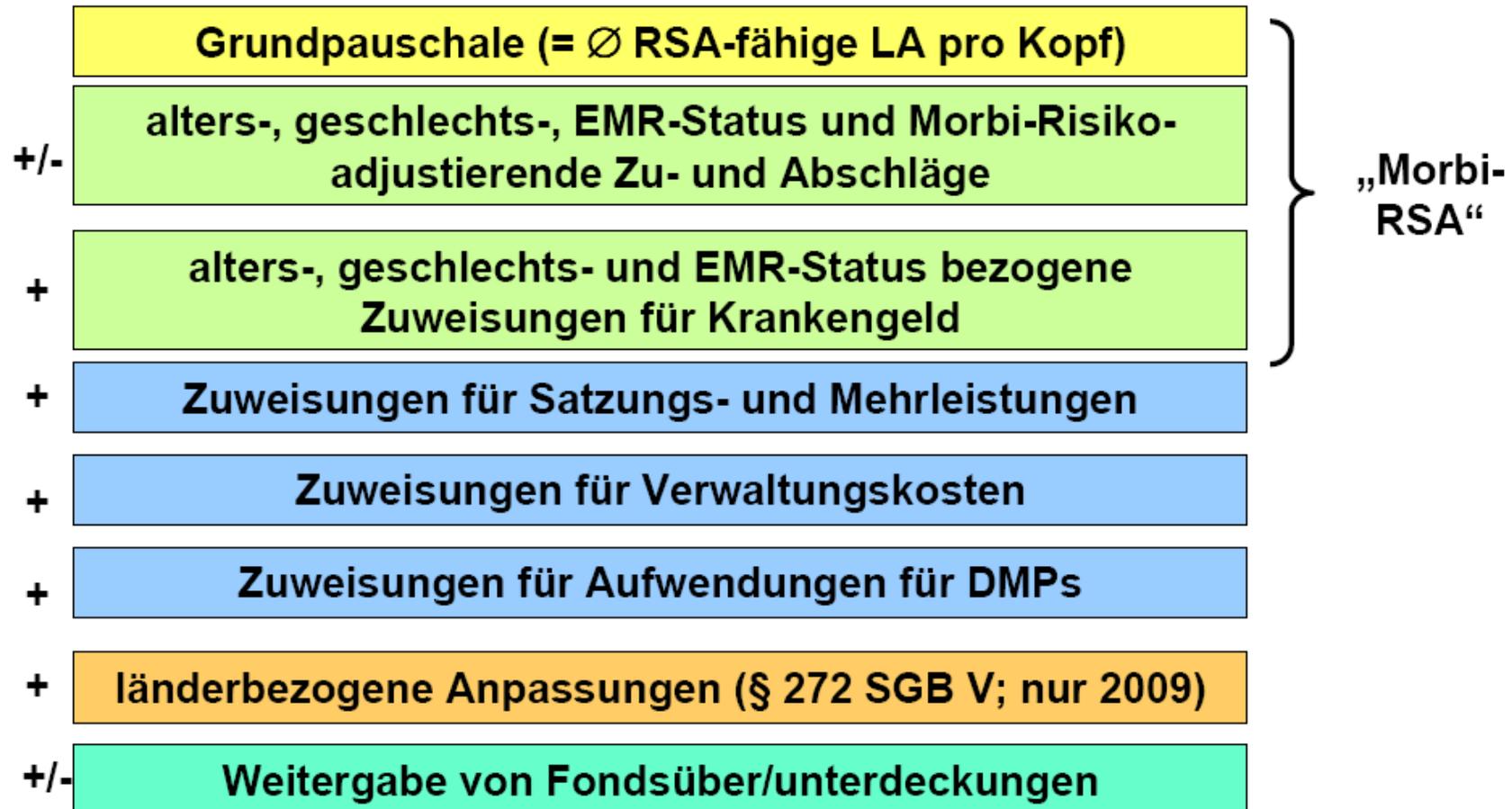
- Solidarische Wettbewerbsordnung
- Einheitlicher Leistungskatalog (95 % der Leistungen)
- Risikostrukturausgleich, morbiditätsorientiert (Morbi-RSA)

Marktbereinigung:

1992 noch 1.133 Krankenkassen,
heute noch 124 Krankenkassen



Zusammensetzung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds

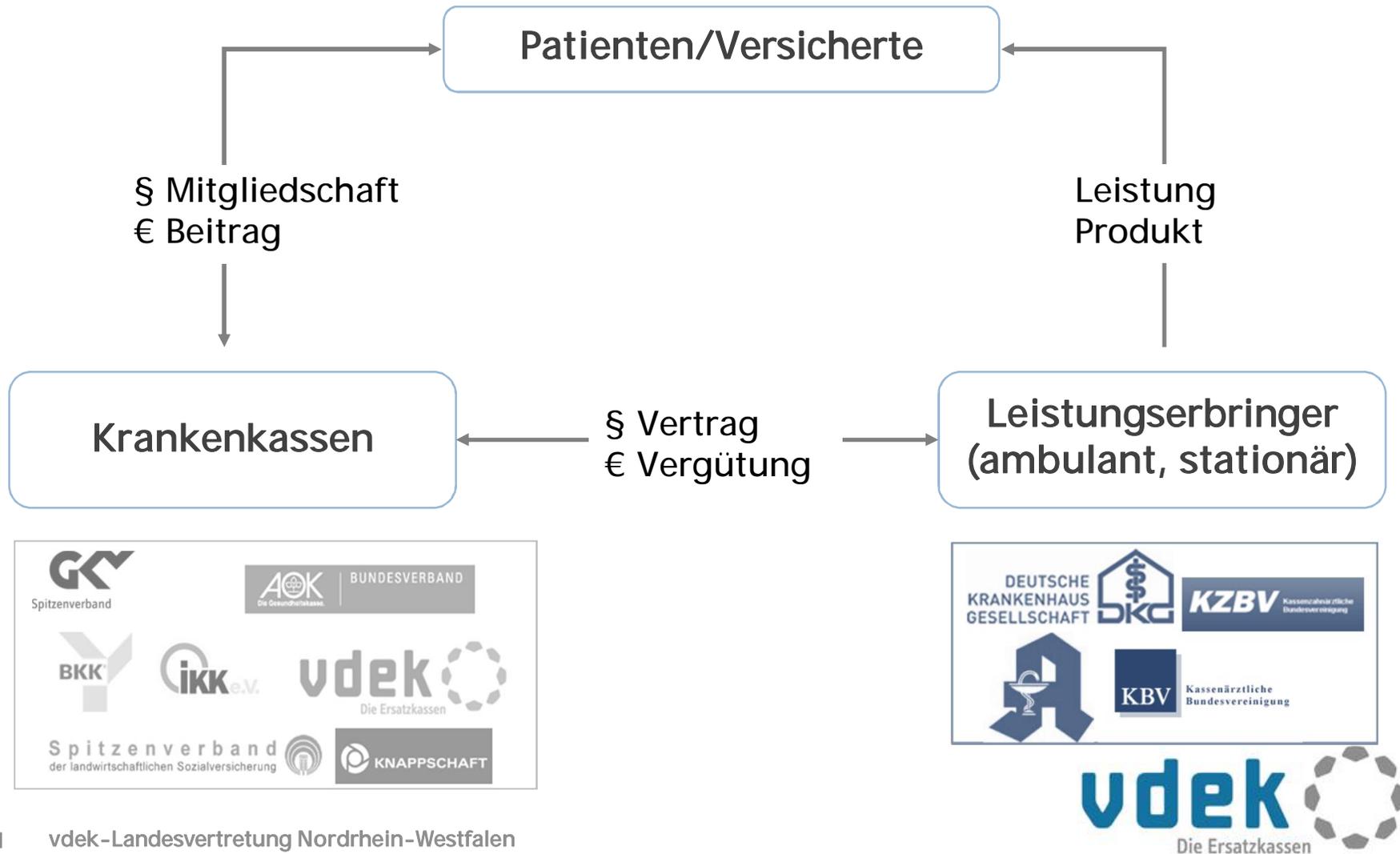


monatliche Abschläge mit abschließendem Jahresausgleich

Monatliche Abschläge mit abschließendem Jahresausgleich

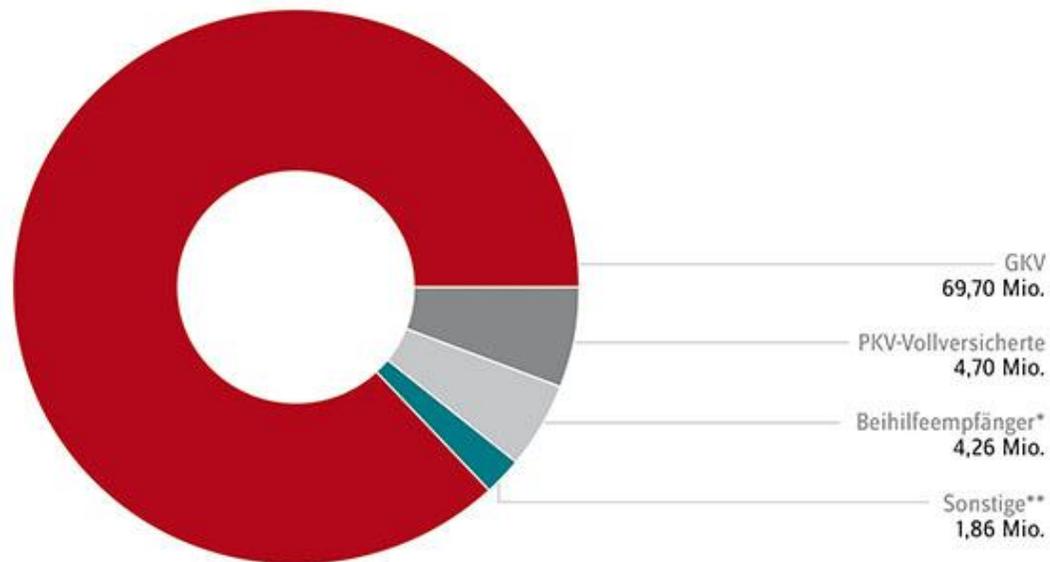
Die gesetzliche Krankenversicherung

Die Leistungsbeziehung



Verteilung der Versicherten GKV / PKV

Versicherte je System in Mio.



* Der Beihilfesatz variiert zwischen 50 % und 80 %, meist mit ergänzender privater Krankenversicherung.

** Gefangene, Grenzgänger, Zeit- und Berufssoldaten etc.

Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KM 1 Jahresstatistik 2012, dbb beamtenbund, Statistisches Bundesamt, tarifunion und Zahlenbericht der PKV 2012

Systemunterschiede zwischen GKV und PKV

GKV	PKV
<ul style="list-style-type: none">▶ Versicherung kraft Gesetz▶ Solidaritätsprinzip▶ Umlageverfahren▶ Sachleistungen▶ Krankenkassen = Körperschaften öffentlichen Rechts▶ Selbstverwaltung durch Versicherte und Arbeitgeber▶ Wettbewerb durch freies Krankenkassenwahlrecht	<ul style="list-style-type: none">▶ Versicherung aus Vertrag▶ Äquivalenzprinzip▶ Kapitaldeckungsverfahren▶ Kostenerstattung▶ Unternehmen: Aktiengesellschaften und Vereine auf Gegenseitigkeit▶ Kontrolle durch Aufsichtsräte▶ eingeschränkter Wettbewerb

GKV-Finanzierungssäulen

Gesundheitsfonds

– **Beiträge** –
Arbeitnehmer
Arbeitgeber

Rentenversicherung (RV)
Bundesagentur für Arbeit (BA)
Künstlersozialkasse (KSK)
Minijobzentrale
Sonstige

– **Beitragssatz** –
allgemein: 14,6 %
Arbeitgeber (fest), RV und KSK: 7,3 %

– **Liquiditätsreserve** –
dient grundsätzlich dem Ausgleich
von Schwankungen zwischen
Einnahmen und Ausgaben

Zusatzbeiträge

einkommensabhängig und
krankenkassenindividuell

wenn die Zuweisungen
aus dem Gesundheitsfonds
nicht zur Deckung der
voraussichtlichen Ausgaben
bei den einzelnen Krankenkassen
ausreichen

– **Einkommensausgleich** –
Ausgleich der
unterschiedlichen Finanzkraft
über den Gesundheitsfonds

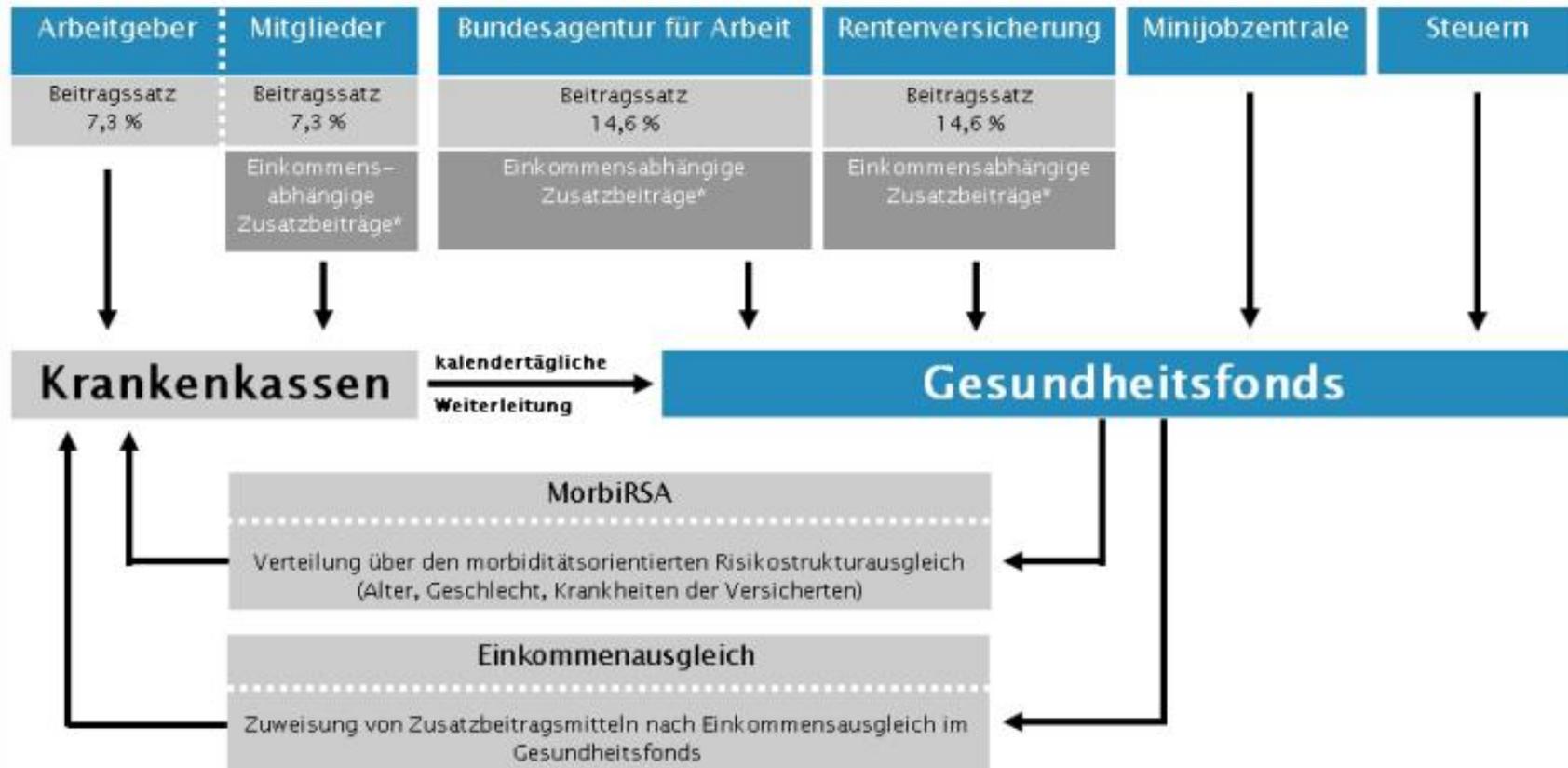
Steuern

– **Bundeszuschuss** –
für
versicherungsfremde Leistungen

2015: 11,5 Mrd. EUR

GKV-Gesundheitsfonds

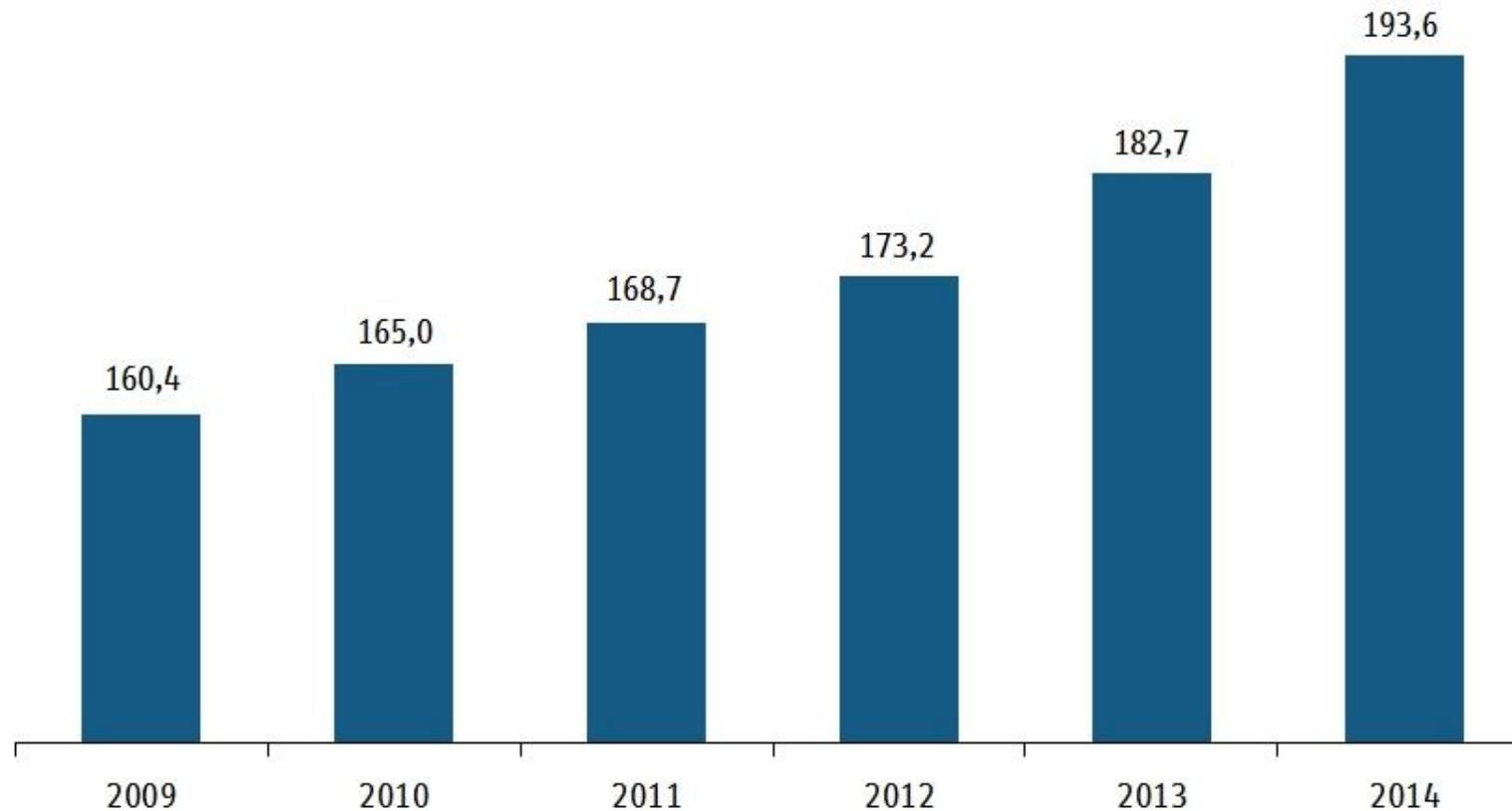
Finanzierung der GKV ab 1. Januar 2015



Quelle: vdek. *wenn tatsächliche Ausgaben > Fondszuweisungen -> einkommensabhängige und krankenkassenindividuelle Zusatzbeiträge

GKV - Leistungsausgaben insgesamt

in Mrd. Euro 2008-2013 - Bundesgebiet



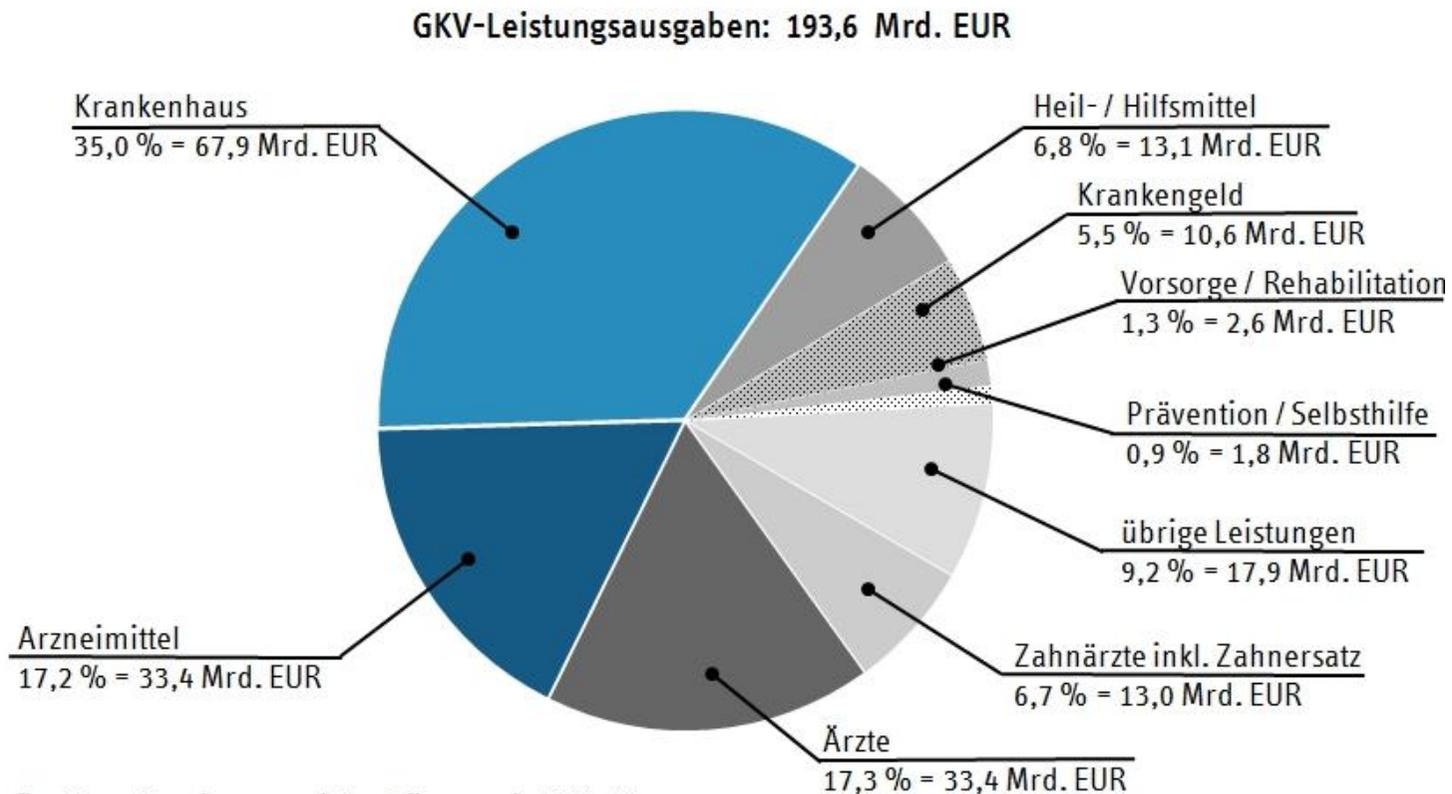
Quelle: Eigene Darstellung nach: BMG, KJ1.

Leistungsausgaben 2014

GKV - Leistungsausgaben

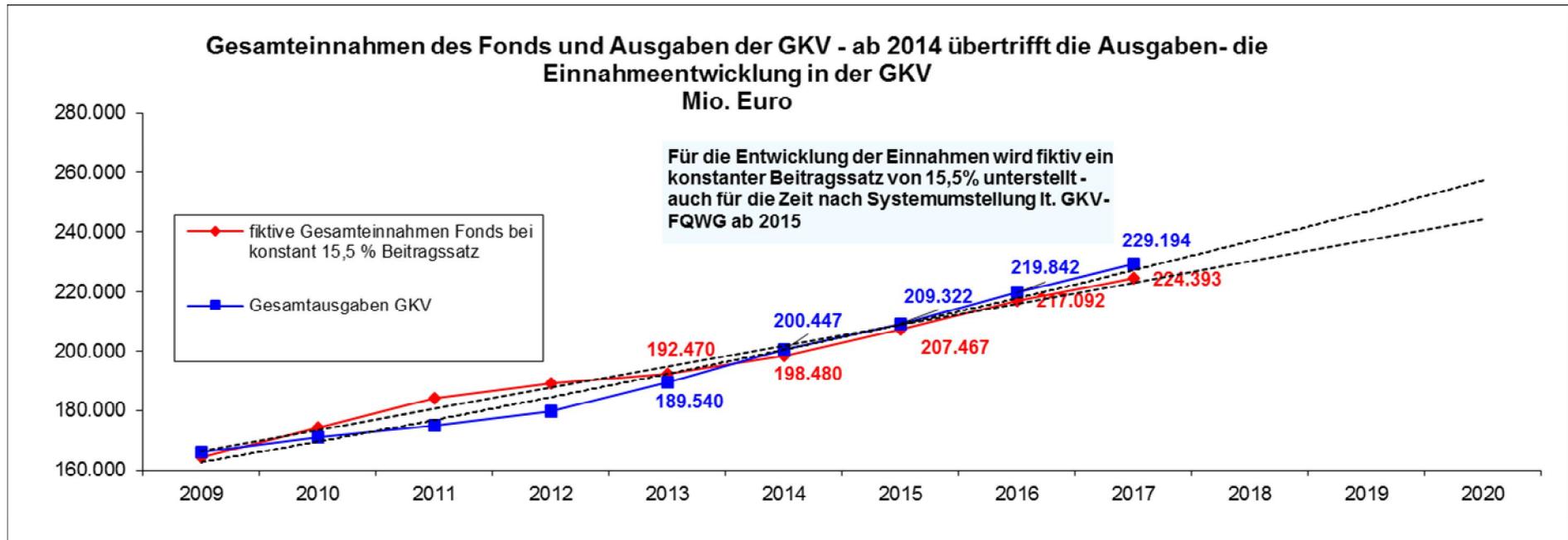
in Milliarden EUR und Anteil in Prozent

2014 - Bundesgebiet



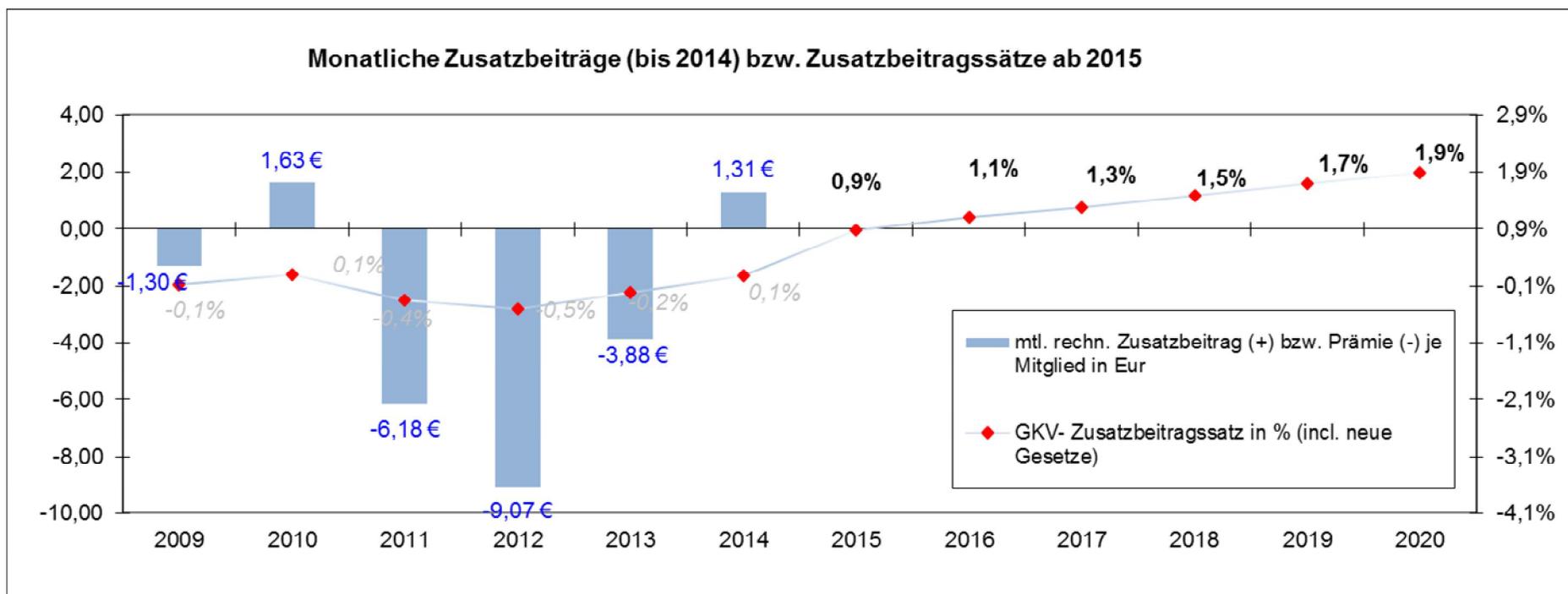
Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach: BMG, KJ1.

Die Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen geht auseinander.



Gesetzlich induzierte Ausgabensteigerung = erhöht den ohnehin jährlichen Anpassungsdruck beim Zusatzbeitragssatz

Zusatzbeitrag steigt jährlich um mindestens 0,2 Prozentpunkte.

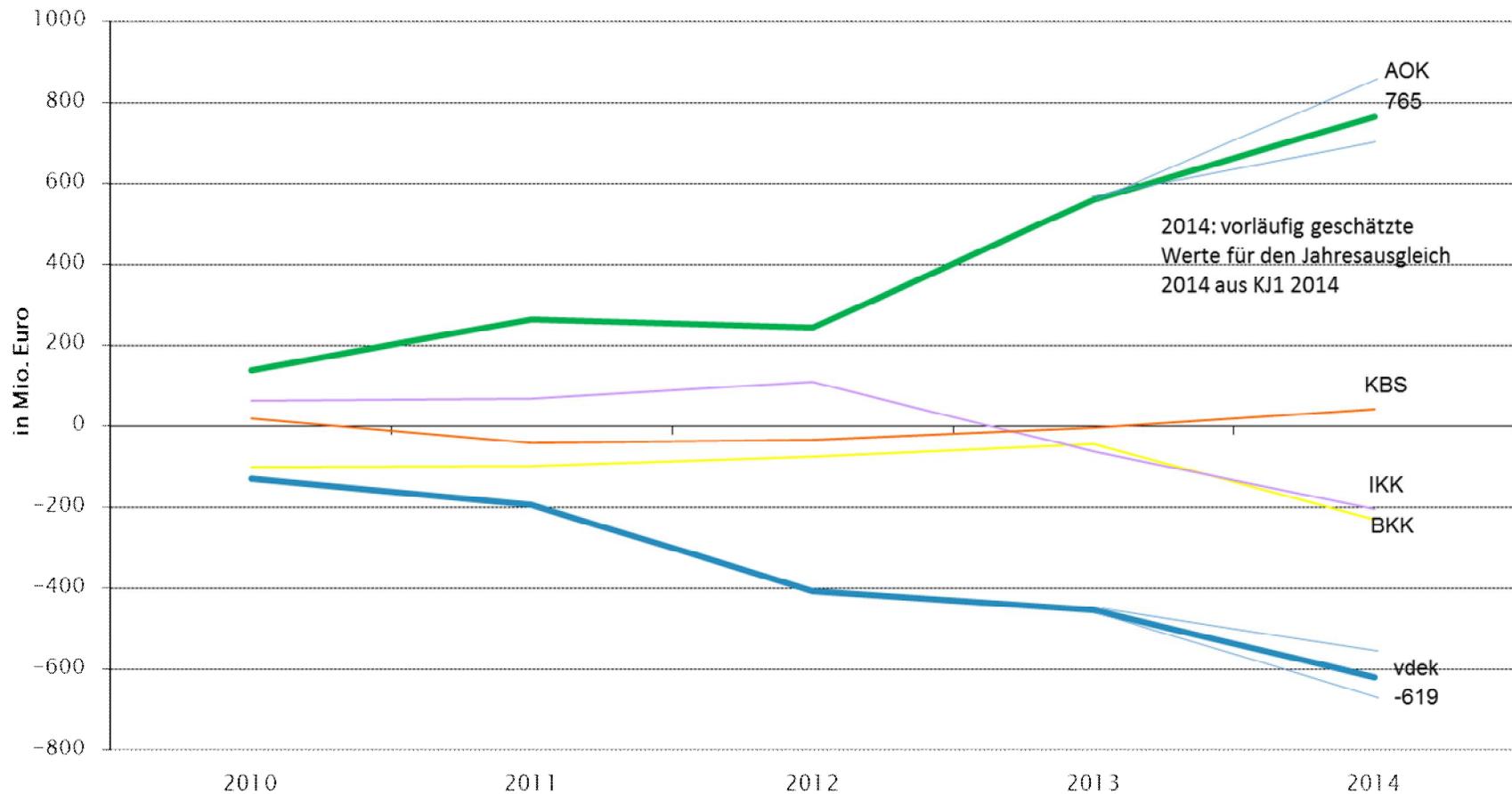


Problem: Zusatzausgaben über der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen (BpE) finanziert allein das Mitglied

Die Unterdeckung der Ersatzkassen steigt zugunsten des AOK-Systems.

Deckungsgrad der ausgleichsfähigen Ausgaben durch Zuweisungen

(ohne Berücksichtigung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen §40/41 RSAV und periodenfremde Korrekturen)



2014: vorläufig geschätzte
Werte für den Jahresausgleich
2014 aus KJ1 2014

Deckungsgrad für Leistungsausgaben der Konten 9992, 9995, 9999 aus KJ1
Zuweisungen ohne mitgliederbezogene Anpassung aus BVA-Jahresausgleichen bzw. KJ1 2014



Wettbewerbssituation

Entwicklungsszenario aus Sicht des vdek

- Der Druck auf die Politik vor der Bundestagswahl 2017 wächst durch das Auseinanderdriften von Ein- und Ausgaben.
 - Abbau Liquiditätsreserve? (ab 2017 von 9,5 auf ca.7 Mrd. EUR)
 - Diskussion um paritätische Finanzierung hat bereits begonnen
- Beitragssatzspanne zwischen den Kassen wächst, weil bei zunehmend mehr Kassen die frei verfügbaren Rücklagen für eine Subventionierung des Zusatzbeitragssatzes aufgezehrt sind
- Verkehr auf der Fusionsautobahn wird wieder wachsen und die Kassenzahl weiter verringern.
- Der Deckungsgrad aus dem Morbi-RSA ist eine entscheidende Größe. Durch RSA-Anpassungen kann eine Annäherung zwischen den Kassen/Kassenarten erreicht werden.

Die Krankenkassen/-verbände in NRW



Marktanteil der Krankenkassen in NRW

Die Ersatzkassen sind die größte Kassenart in NRW.

Kasse/Verband		Versicherte in Mio./ 1.7.15
• SVLFG	0,63 %	96.651
• KBS	5,4 %	828.950
• IKK classic	9,69 %	1.488.479
• AOK NW	13,58 %	2.086.364
• AOK RH/HH	16,0 %	2.457.201
• BKK NW	16,07 %	2.468.566
• vdek	38,63 %	5.933.666



Unser Selbstverständnis

- Wir sind ein modernes Dienstleistungsunternehmen für unsere Mitglieder - die Ersatzkassen.
- Durch gute Verträge sorgen wir für eine hohe Qualität der gesundheitlichen Versorgung im Interesse der Versicherten unserer Ersatzkassen
- Dabei haben wir den Wunsch der Versicherten nach stabilen Beiträgen und einer wirtschaftlichen Versorgung im Blick.
- Wir gestalten die Gesundheitspolitik des Landes mit und engagieren uns in landespolitisch wichtigen Themen u.a. Suchtprävention, Organspende, AIDS-Prävention, Runder Tisch Beschneidung, usw.

Die wesentlichen Aufgaben des vdek NRW e.V.

- Interessenvertretung der Ersatzkassen gegenüber der Landesregierung, den Kommunen, KV'en, KZV'en und weiteren Entscheidungsträgern
- Durchführung von Fachveranstaltungen, Pressearbeit etc.
- Abschlüsse von Verträgen mit Ärzten und Zahnärzten, Apotheken, Reha-Einrichtungen, amb. und stationären Pflegeeinrichtungen und mit sonstigen Vertragspartnern (z.B. Physiotherapeuten, Sanitätshäuser, Hörgeräteakustikern und Rettungsdiensten)
- Zulassung von Heil- und Hilfsmittelerbringern
- Krankenhausplanung; regionale Planungskonzepte
- Prävention und Selbsthilfeförderung
- Datenmanagement, technische Dienstleistungen

Große Versorgungstrends

- Wandel des Morbiditätsspektrums
 - Chronische Erkrankungen, Multimorbidität
- Veränderte Erwartungen des ärztlichen Nachwuchses
 - U.a. Frauenanteil, Teilzeit, angestellte Tätigkeit, familienfreundliche Bedingungen
- Erhöhte Mobilität, berufliche Flexibilität
 - Geringere örtliche Bindungen, (Binnen-)Wanderungen
- Ballungsgebiete
 - Fortschreitende Urbanisierung, fachärztlich und akutstationär häufig überversorgt
- Ländliche Regionen
 - Entleerung, Alterung, infrastrukturelle Schrumpfung



Die zukünftig größten Herausforderungen

- Änderung der Strukturen in der Krankenhauslandschaft
- Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum
- Versorgungskonzepte für eine älter werdende Gesellschaft
- Patientenorientierte Umsetzung des medizinisch-technischen Fortschritts
- Nachhaltige Gestaltung der Finanzierungsgrundlagen der GKV
- Bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!
Für weitere Fragen stehe ich gerne zur Verfügung!**

Dirk Ruiss

Leiter der vdek-Landesvertretung NRW
Ludwig-Erhard-Allee 9, 40227 Düsseldorf

Tel.: 0211 – 38410-11

dirk.ruiss@vdek.com