

Statement

von

Uwe Klemens

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

anlässlich

der vdek-Pressekonferenz

**„Gesundheitspolitik im Wahljahr 2017 –
Erwartungen der Ersatzkassen“**

am 8. Februar 2017

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

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Sehr geehrte Damen und Herren,

2017 ist in Deutschland ein Superwahljahr: drei Landtagswahlen, die Bundestagswahl und die Sozialwahlen finden statt. Das Wahlrecht auszuüben ist ein demokratisches Grundrecht, und auch die Sozialwahlen sind Teil der demokratischen Grundordnung. Bei den Ersatzkassen sind die Sozialwahlen traditionell Urwahlen, das heißt die Versicherten wählen ihre Vertreter – per Briefwahl – direkt in die Verwaltungsräte ihrer Krankenkasse. Ein Stück Mitbestimmung, ein Stück Demokratie in unserer Gesellschaft! Rund 21,8 Millionen Wahlberechtigte sind bei den Ersatzkassen aufgerufen, bis zum 31.5.2017 ihre Stimme abzugeben, bei der BARMER verschiebt sich der Termin aufgrund der zum 1.1.2017 erfolgten Fusion mit der Deutschen BKK auf den 4.10.2017.

Meine Damen und Herren,

zu Beginn der ausgehenden Wahlperiode haben wir, die Selbstverwalter, und viele andere gehofft, die Große Koalition meint es ernst mit ihrer im Koalitionsvertrag niedergelegten Absicht, die Selbstverwaltung zu stärken und die Sozialwahlen zu reformieren. Leider muss ich feststellen, dass davon nicht viel umgesetzt wurde.

Auf eine Reform der Sozialwahlen warten wir noch immer. Ziele waren zum Beispiel die Einführung von Online-Wahlen, die Stärkung des Ehrenamts, die Einführung einer Frauenquote. Gerade die Möglichkeit der Stimmabgabe per Mausclick wäre ein deutlich positives Signal zur Stärkung der Urwahlen gewesen, und die Ersatzkassen haben alles daran gesetzt, die technischen Rahmenbedingungen dafür zu schaffen. Leider vergeblich. Der Großen Koalition fehlte der Mut für ein Gesetz, obwohl es ein guter Test gewesen wäre für die eventuelle Einführung des E-Votings auch bei politischen Wahlen.

Die Politik hat darüber hinaus die Rechte und Entscheidungsbefugnisse der Selbstverwaltung in den vergangenen Jahren schrittweise geschwächt und die staatliche Aufsicht über die Krankenkassen ausgebaut. Die gesetzliche Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes und die Pflicht der Krankenkassen, Vorstandsdienstverträge vorab von den Aufsichtsbehörden genehmigen zu lassen, sind hier nur zwei Beispiele. Im sogenannten Selbstverwaltungsstärkungsgesetz (GKV-SVSG) kommen nun weitere Einschränkungen auf die Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen zu, etwa durch Einführung eines „Entsandten“ des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für besondere Angelegenheiten, durch Berichtspflichten der Innenrevision oder durch Einführung einer Genehmigungsfrist für die Prüfung der Geschäfts- und Verfahrensordnung beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Wir sind froh, dass es durch intensive politische

Überzeugungsarbeit der Selbstverwaltung der Krankenkassen und in engem Schulterschluss mit den Sozialpartnern gelungen ist, wenigstens noch die gravierendsten Einschnitte zu verhindern bzw. zu entschärfen. Dies betrifft zum Beispiel die Vorgabe von Mindestsatzungsinhalten durch das BMG, oder den Aufgabenbereich des „Entsandten“, der nun nur noch als Berater in vorab definierten Anlässen in Erscheinung tritt. Auch konnte verhindert werden, dass sich das BMG durch die vorgesehenen Inhaltsbestimmungen für unbestimmte Rechtsbegriffe von einer Rechtsaufsicht zu einer Fachaufsicht weiterentwickelt hätte. Dies hätte eine Zäsur für die Rechte der sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung bedeutet.

Wir bleiben dennoch dabei: Dieses „Selbstverwaltungsstärkungsgesetz“ brauchen wir nicht. Die GKV hat der Politik keinen Anlass für ein derartiges gesetzgeberisches Eingreifen gegeben. Deshalb muss die Politik in der nächsten Legislaturperiode nachbessern. Wir brauchen eine Reform, die die Selbstverwaltung und die Sozialwahlen wirklich stärkt.

Meine Damen und Herren,

seit sieben Jahren wächst die Zahl der Ersatzkassenversicherten kontinuierlich. Auf 50.000 belief sich das Plus 2016, und zu Beginn dieses Jahres gab es durch die Fusion der BARMER GEK mit der Deutschen BKK noch einmal einen kräftigen Zuwachs: Zusätzlich rund 1,1 Millionen Versicherte, davon etwa 866.000 Mitglieder, kamen durch die Fusion in die Ersatzkassengemeinschaft. Derzeit sind nahezu 28 Millionen Menschen in einer der sechs Mitgliedskassen des vdek versichert, die Anzahl der beitragszahlenden Mitglieder liegt bei 21,8 Millionen. Der Marktanteil der Ersatzkassen beläuft sich auf 38,8 Prozent. Damit können die Ersatzkassen ihre Marktführerschaft als größte Kassenart weiterhin behaupten.

Zu Anfang dieses Jahres gab es für unsere Mitglieder gute Nachrichten: Die Zusatzbeitragssätze der sechs Ersatzkassen bleiben 2017 stabil auf dem Niveau des Vorjahres. Für Zusatzbeitragssätze müssen allein die Mitglieder der GKV aufkommen, die Arbeitgeber bleiben außen vor. Auch der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz bleibt unverändert. Das BMG hat den rechnerischen Wert für 2017 bei 1,1 Prozent festgelegt. Der allgemeine Beitragssatz, den Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte tragen, ist bekanntlich bei 14,6 Prozent eingefroren.

Diese stabile Finanzentwicklung ist aber zu einem erheblichen Teil auf politische Maßnahmen zurückzuführen – erstens auf eine Sonderentnahme aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds von 1,5 Milliarden Euro, die das BMG beschlossen hatte, und zweitens auf die Anhebung des allgemeinen Steuerzuschusses von 14 Milliarden Euro im Jahr 2016 auf 14,5 Milliarden Euro

2017. Diese Maßnahmen stabilisieren den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz vorübergehend und stellen die Finanzsituation der Krankenkassen positiv dar. Dazu kommt, dass die erfreuliche Beschäftigten- und Lohnentwicklung zusätzliche Einnahmen für die GKV sichert, sodass die Einnahmenentwicklung mit der erwarteten Ausgabenentwicklung in diesem Jahr wohl Schritt halten kann.

Doch dürfen die Zahlen nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Druck auf die Finanzen der Krankenkassen wächst. Gründe sind die allgemeine Steigerung der Gesundheitsausgaben sowie zahlreiche kostenintensive Gesetze, die zum Teil erst in diesem und den kommenden Jahren finanzwirksam werden. Wir haben der Pressemappe eine Übersicht beigelegt, die deutlich macht, welche Belastungen durch die laufenden Gesetzesvorhaben in den nächsten Jahren auf uns zukommen: Durch die Reformgesetze muss die GKV in den nächsten Jahren jährlich rund 4,6 Milliarden Euro schultern. Hinzu kommen die allgemeinen Preis-, Struktur- und Mengenentwicklungen in der Versorgung. Wir gehen deshalb weiterhin davon aus, dass der Zusatzbeitragssatz bis 2020 auf 1,8 Prozent steigen wird.

Um die zukünftigen Finanzbelastungen für die Versicherten zu dämpfen, brauchen wir dringend eine Weiterentwicklung der GKV-Finanzierung. Vier Maßnahmen müssen dabei unbedingt ergriffen werden:

1. Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds abschmelzen

Nach der Sonderentnahme von 1,5 Milliarden Euro enthält der Gesundheitsfonds Ende 2017 noch immer Rücklagen von mehr als sieben Milliarden Euro. Dieses Geld steht den Kassen nicht für die Versorgung zur Verfügung. Um die künftig zunehmenden Finanzbelastungen für die Mitglieder zu reduzieren, muss die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, die gesetzlich festgelegt mindestens 25 Prozent einer Monatsausgabe (um die 4,8 Milliarden Euro) betragen muss, 2018 noch einmal um 1,5 Milliarden Euro abgeschmolzen werden. Die restlichen Mittel sind bis 2019 bereits für den Innovationsfonds und den Krankenhausstrukturfonds verplant.

Das Abschmelzen des Finanzpolsters ist auch vor dem Hintergrund der anhaltenden Negativverzinsung überfällig: Durch die Geldpolitik der Europäischen Zentralbank mit Strafzinsen auf kurzfristige Einlagen gingen 2015 bereits 1,8 Millionen Euro an Beitragsgeldern verloren. Bis zum 3. Quartal 2016 wurden weitere vier Millionen Euro sinnlos verbrannt; für das Gesamtjahr wird mit Verlusten von 5,1 Millionen Euro gerechnet. Umso dringender ist unsere Forderung, diese Rücklagen im Gesundheitsfonds zu reduzieren und den Kassen für die Versorgung und Entlastung der Versicherten zur Verfügung zu stellen.

2. Arbeitgeber an Kostensteigerungen beteiligen

Es ist auf Dauer nicht hinnehmbar, dass allein die Arbeitnehmer die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zu tragen haben. Ich bin daher froh, dass auch die Zahl der Arbeitgeber wächst, die erkennen, dass sie es ihren Beschäftigten nicht mehr zumuten können, die Last des gesundheitlichen Fortschritts alleine über die Zusatzbeiträge zu finanzieren. Die Frage der gerechten Verteilung der Gesundheitskosten wird deshalb auch im bevorstehenden Bundestagswahlkampf eine zentrale Rolle spielen. Deswegen erwarte ich, dass sich in den nächsten Jahren an der Struktur und Gestaltung der Beiträge zur GKV etwas ändern wird. Das sollte die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber sein.

3. Kompensation der Ausgaben für ALG-II-Empfänger

Dringender Nachbesserungsbedarf besteht auch beim Thema Beitragsfinanzierung für Arbeitslosengeld-II-Empfänger (ALG-II-Empfänger). Denn die Beiträge, die die Bundesagentur für Arbeit (BA) an die Krankenkassen für Langzeitarbeitslose entrichtet – das sind monatlich unter 100 Euro –, reichen seit Jahren nicht aus, um die Ausgaben zu decken. Der Staat (der die Aufwendungen für die Grundsicherung der ALG-II-Empfänger übernimmt) entlastet sich hier auf Kosten der Beitragszahler der GKV.

Der vierte Punkt ist die dringend notwendige Reform des Morbi-RSA, auf den Frau Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek, nun näher eingehen wird.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!