

Gesprächspartner Neujahrs–Pressekonferenz:

**„Was bringt uns die Große Koalition in
Sachen Krankenhaus, Pflege und GKV–Finanzierung?“**

am 22. Januar 2014

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

Christian Zahn	Verbandsvorsitzender Verband der Ersatzkassen e. V.
Ulrike Elsner	Vorstandsvorsitzende Verband der Ersatzkassen e. V.
Dr. Jörg Meyers–Middendorf	Abteilungsleiter Politik/Selbstverwaltung Verband der Ersatzkassen e. V.
Michaela Gottfried	Pressesprecherin und Abteilungsleiterin Kommunikation Verband der Ersatzkassen e. V.

Pressemitteilung

Presse: Michaela Gottfried

Verband der Ersatzkassen e. V.

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 0 30 / 2 69 31 – 12 00

Fax: 0 30 / 2 69 31 – 29 15

presse@vdek.com

www.vdek.com

22. Januar 2014

vdek zum neuen GKV-Finanzierungsmodell der Großen Koalition Verbandsvorsitzender Zahn fordert Start zum 1.1.2015 Ersatzkassen bauen Marktführerschaft aus

Die Ersatzkassen erwarten, dass die Vereinbarungen aus dem Koalitionsvertrag zur Einführung eines prozentualen Zusatzbeitragssatzes rasch umgesetzt werden. „Das neue Finanzierungsmodell sollte zum 1.1.2015 an den Start gehen“, betonte Christian Zahn, Vorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), in Berlin. Für die Haushaltsplanung der Kassen sei es notwendig, dass die gesetzlichen Vorgaben bereits im Spätsommer 2014 vorliegen.

Die Finanzsituation könnte sich ab 2015 für einige Krankenkassen wieder deutlich anspannen, warnte Zahn. Um die negativen Auswirkungen der pauschalen Zusatzbeiträge wie extreme Mitgliederwanderungen zwischen den Krankenkassen, aufwändiges Einzugsverfahren und Durchführung eines Sozialausgleichs aus Steuermitteln zu vermeiden, müsse das neue Finanzkonzept nun zügig an den Start. Das neue Modell habe den Vorteil, dass die Krankenkassen ihre Beiträge wieder selbst gestalten und damit ihren Finanzbedarf flexibler planen könnten. Die Beiträge könnten wie bisher unproblematisch im Quellenabzugsverfahren erhoben werden, also z. B. direkt vom Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger abgeführt werden.

Die Festschreibung des Arbeitgeberanteils sieht Zahn allerdings kritisch. „Auf Dauer dürften steigende Gesundheitskosten nicht allein auf die Versicherten abgeschoben werden“, forderte er. Der allgemeine Beitragssatz müsse daher angepasst werden. Zahn forderte eine größere Verlässlichkeit des Staates und Nachhaltigkeit bei den Steuerzuschüssen. „Der für 2014 geltende Steuerzuschuss von 14 Milliarden Euro zur

Finanzierung versicherungsfremder Leistungen darf nicht angetastet werden!“, so Zahn.

Nach dem neuen Finanzierungsmodell der Großen Koalition soll künftig jede Krankenkasse einen kassenindividuellen Beitragssatz erheben, der sich aus dem einheitlichen allgemeinen Beitragssatz und dem kassenspezifischen Zusatzbeitragssatz zusammensetzt. Den allgemeinen Beitragssatz von 14,6 Prozent teilen sich Arbeitgeber und Versicherte. In den kassenspezifischen Zusatzbeitragssatz soll zunächst der auch heute schon vom Mitglied allein zu tragende Anteil von 0,9 Beitragssatzpunkten einfließen. Je nach Finanzlage der Krankenkassen kann dieser nach oben oder nach unten differieren. Die Entscheidung darüber trägt die Krankenkasse.

Positiv sieht der vdek-Verbandsvorsitzende die Entwicklung auf dem Kassenmarkt. „Immer mehr Menschen entscheiden sich für eine Ersatzkasse.“ So konnten die sechs Ersatzkassen (BARMER GEK, Techniker Krankenkasse (TK), DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse – KKH, HEK – Hanseatische Krankenkasse und hkk) ihre Marktführerschaft im Verlauf des Jahres 2013 deutlich ausbauen. Im Dezember 2013 waren mehr als 26,2 Millionen gesetzlich Krankenversicherte in einer Ersatzkasse versichert, das sind 300.000 mehr als im Dezember 2012.

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen, die zusammen mehr als 26 Millionen Menschen in Deutschland versichern:

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- hkk

* (sortiert nach Mitgliederstärke)

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist die Nachfolgeorganisation des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK), der am 20. Mai 1912 unter dem Namen „Verband kaufmännischer eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)“ in Eisenach gegründet wurde. In der vdek-Zentrale in Berlin sind rund 240 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt.

In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen und eine Geschäftsstelle in Westfalen-Lippe mit insgesamt rund 300 sowie weiteren 40 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

Pressemitteilung

Presse: Michaela Gottfried

Verband der Ersatzkassen e. V.

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 0 30 / 2 69 31 – 12 00

Fax: 0 30 / 2 69 31 – 29 15

presse@vdek.com

www.vdek.com

22. Januar 2014

**vdek zur geplanten Krankenhaus- und Pflegereform
Vorstandsvorsitzende Elsner fordert neue qualitäts- und
versorgungsorientierte Krankenhausplanung
Pflege: Jährliche Überschüsse der privaten Krankenversicherung müssen
in Vorsorgefonds fließen**

Die Ersatzkassen fordern eine neue an Qualität und am Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientierte Krankenhausplanung. „Eine umfassende Krankenhausreform ist überfällig“, so die Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), Ulrike Elsner, „aber sie kann nur gelingen, wenn Bund und Länder an einem Strang ziehen.“ Elsner forderte bundesweite Kriterien z. B. zu Entfernung und Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung einerseits und Spezialkliniken andererseits, sowie zu Qualitätsstandards in der Versorgung. Der ambulante Bereich könne hier als Vorbild dienen. Auch hier wurden bundesweite Bedarfsplanungsrichtlinien aufgestellt, die in den Regionen umgesetzt werden. Auf der Basis bundesweiter Kriterien sollten die Vertragspartner vor Ort (Krankenhaus und Krankenkassen) in den Budgetverhandlungen das Leistungsangebot des einzelnen Krankenhauses konkretisieren können. „Ein Krankenhaus wird dann nicht mehr alles machen können. Und wir können schlechte Qualität von der Versorgung ausschließen.“

Auch im Bereich der Investitionsfinanzierung – der baulichen Maßnahmen der Krankenhäuser – wünscht sich Elsner eine Unterstützung durch den Bund. „Ein wesentliches Problem der Krankenhäuser ist, dass sich die Länder mehr und mehr aus der Finanzierungsverantwortung zurückziehen. Hier sollte sich der Bund stärker einbringen, sei es durch die Definition von Investitionsquoten oder eine aktive Beteiligung an der Finanzierung.“ Wenn der Bund mehr Kompetenzen bei der Krankenhausplanung bekäme, rechtfertige dies

auch eine finanzielle Beteiligung an den Investitionskosten, so die vdek-Vorstandsvorsitzende.

Auch in der Pflegeversicherung dürften Reformen nicht mehr auf die lange Bank geschoben werden. „Mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der die Ungleichbehandlung von demenziell und somatisch eingeschränkten Pflegebedürftigen beheben soll, muss jetzt begonnen werden“, so Elsner. Ein entsprechendes Gesetz müsse zügig auf den Weg gebracht werden, da für die Umsetzung ein zeitlicher Vorlauf benötigt wird. Wichtig ist daher, dass noch in diesem Jahr die angekündigten Verbesserungen und die Dynamisierung der Leistungen in Kraft treten.

Elsner begrüßte die Absicht der Bundesregierung, einen Vorsorgefonds zur Abfederung der demografischen Effekte in der Pflegeversicherung einzurichten. In diesen sollen bis spätestens 2015 0,1 Beitrags-satzpunkte eingezahlt werden. Allerdings sei davon auszugehen, dass dieser nicht ausreichen werde, um das bestehende Leistungsniveau zu halten und künftige Beitragszahler zu entlasten. „Wir erwarten deshalb, dass die private Pflegeversicherung sich an dem Vorsorgefonds beteiligt.“ Die private Pflegeversicherung verfügt jetzt bereits über Rücklagen in Höhe von rund 25 Milliarden Euro. Mit den Rücklagen kann sie etwa 32 Jahre lang die Ausgaben für die Pflege decken. Im Vergleich dazu reichen die Vermögensrücklagen der gesetzlichen Pflegeversicherung gerade mal ein Quartal. Elsner forderte daher, neben den 0,1 Beitragssatzpunkten auch die jährlichen Überschüsse der privaten Pflegeversicherung in den Pflegevorsorgefonds einfließen zu lassen.

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen, die zusammen mehr als 26 Millionen Menschen in Deutschland versichern:

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

* (sortiert nach Mitgliederstärke)

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist die Nachfolgeorganisation des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK), der am 20. Mai 1912 unter dem Namen „Verband kaufmännischer eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)“ in Eisenach gegründet wurde. In der vdek-Zentrale in Berlin sind rund 240 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt.

In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen und eine Geschäftsstelle in Westfalen-Lippe mit insgesamt rund 300 sowie weiteren 40 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

Statement

von

Christian Zahn

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

anlässlich

der Neujahrs–Pressekonferenz

**„Was bringt uns die Große Koalition in
Sachen Krankenhaus, Pflege und GKV–Finanzierung?“**

am 22. Januar 2014

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

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Ersatzkassen starten mit guten Voraussetzungen ins Jahr 2014. Denn immer mehr Menschen entscheiden sich für eine Ersatzkasse! Nachdem die sechs Ersatzkassen bereits seit längerem Marktführer innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung sind, konnten sie diese Position im Verlaufe des Jahres 2013 deutlich weiter ausbauen. Im Dezember 2013 waren mehr als 26,2 Millionen gesetzlich Krankenversicherte in einer Ersatzkasse versichert, das sind 300.000 Versicherte mehr als im Dezember 2012. Mit einem Marktanteil von jetzt 37,4 Prozent stellen die Ersatzkassen somit die größte Kassenart in Deutschland dar.

Erfreulich finde ich es auch, dass offenbar immer weniger GKV-Versicherte ihre gesetzliche Krankenversicherung verlassen und in die private Krankenversicherung abwandern. Während die GKV im Jahre 2002 noch etwa 360.000 Abgänge in Richtung PKV verzeichnete, nimmt diese Zahl immer weiter ab, im Jahre 2012 waren es nur noch 160.000. Dies zeigt, die Menschen schätzen die Vorteile der GKV: Und diese sind das qualitätsgeprüfte umfassende medizinische Leistungsangebot, das Sachleistungsprinzip, die kostenfreie Familienmitversicherung und vieles mehr. Die GKV als selbstverwaltetes, solidarisch und beitragsfinanziertes System funktioniert auch unter schwierigen ökonomischen Rahmenbedingungen wie Euro- und Finanzkrise!

Meine Damen und Herren,

die soziale Selbstverwaltung muss aber auch handlungsfähig sein. Dazu gehört auch die Freiheit, über die Gestaltung der Beitragssätze selbst bestimmen zu können. Das derzeitige System von festgeschriebenem Beitragssatz mit pauschalen Zusatzbeiträgen hat sich nicht bewährt. Acht Euro pro Monat reichten aus, um bis dahin nie dagewesene Mitgliederwanderungen zwischen den Krankenkassen auszulösen.

Dass dieses Finanzexperiment laut Koalitionsbeschluss jetzt bald vorbei sein soll, ist gut. Jede Krankenkasse erhebt zukünftig einen kassenindividuellen Beitragssatz, der sich aus dem einheitlichen allgemeinen Beitragssatz und dem kassenspezifischen Zusatzbeitragssatz zusammensetzt. Den allgemeinen Beitragssatz von 14,6 Prozent teilen sich Arbeitgeber und Versicherte, er wird gesetzlich festgeschrieben. Diese Beiträge nebst Bundeszuschuss fließen in den Gesundheitsfonds ein und werden gemäß dem Morbi-RSA wieder an die Krankenkassen ausgeschüttet. Daneben wird

es eine weitere Finanzierungssäule geben, und zwar prozentuale und einkommensbezogene Zusatzbeitragssätze. In diesen Zusatzbeitragssatz fließt zunächst der auch heute schon vom Mitglied allein zu tragende Anteil von 0,9 Beitragssatzpunkten ein. Je nach Finanzlage der Krankenkasse kann dieser nach oben oder nach unten differieren. Die Entscheidung darüber trägt die Kasse.

Mit diesem neuen Modell sind die Ersatzkassen ihrem Ziel nach Beitragssatzautonomie einen großen Schritt näher gekommen, da die Kassen ihren Finanzbedarf passgenau und flexibel abschätzen und zeitnah auf veränderte Bedarfslagen reagieren können. Die Beiträge können unproblematisch wie heute im Quellenabzugsverfahren erhoben werden. Es entsteht kein Änderungsbedarf und praktisch kein zusätzlicher Verwaltungs- oder Umstellungsaufwand. Auch der bisher vorgesehene aufwändige Sozialausgleich aus Steuermitteln wird überflüssig. Allerdings gibt es vor allem zwei Punkte, die wir sehr kritisch sehen:

- Dies betrifft vor allem den festgeschriebenen Arbeitgeberanteil. Dieser bedeutet, dass künftige Ausgabensteigerungen allein die Versicherten zu tragen haben. Hier muss es Anpassungsmechanismen beim allgemeinen Beitragssatz geben, um die Versicherten nicht allein zu belasten. Ich hoffe sehr, dass hier das letzte Wort noch nicht gesprochen ist. Bekanntermaßen gibt es hierzu ja bereits Nebenabsprachen.
- Der Gesundheitsfonds muss auch in Zukunft solide finanziert sein. Das bezieht sich sowohl auf den allgemeinen Beitragssatz als auch auf die Steuermittel. Hier brauchen wir eine größere Verlässlichkeit des Staates und eine größere Nachhaltigkeit. Der für 2014 geltende Steuerzuschuss von 14 Milliarden Euro zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen darf nicht angetastet werden, denn damit werden die vom Staat gewünschten versicherungsfremden Leistungen in der GKV finanziert. Allerdings findet sich im Koalitionsvertrag leider keine klare Aussage mehr dazu.

Wir gehen davon aus, dass das neue Modell zum 1.1.2015 umgesetzt wird und die gesetzlichen Vorgaben bereits im Spätsommer 2014 vor Beginn der Haushaltsplanung 2015 bei den Krankenkassen vorliegen. Handlungsdruck ist da. Schon im Laufe des Jahres 2014 werden die Ausgaben der Krankenkassen die Einnahmen übersteigen. So liegen die geschätzten laufenden Einnahmen des Gesundheitsfonds in 2014 bei 196,4 Milliarden Euro. Die Ausgaben werden nach Schätzung des BMG/BVA voraussichtlich um

5,4 Prozent je Versicherten auf insgesamt 199,6 Milliarden Euro steigen. Daraus ergibt sich rein rechnerisch ein Defizit von etwa -3,3 Milliarden Euro, das aber gedeckt werden kann durch die maximal mögliche Entnahme aus der Liquiditätsreserve des Fonds in Höhe von 5,8 Milliarden Euro. In 2014 werden die Ausgaben der Krankenkassen deshalb wahrscheinlich ausreichend aus Mitteln des Fonds gedeckt sein. Die Liquiditätsreserve des Fonds schrumpft allerdings zusammen auf 10 Milliarden Euro. Die Rücklagen der Krankenkassen in Höhe von 17 bis 18 Milliarden Euro sind bei dieser Betrachtung außen vor, sie sind bekannterweise sehr unterschiedlich bei den einzelnen Kassen verteilt.

Trotz möglicherweise noch hoher Finanzreserven des Fonds wird es dann jedoch 2015 zu einer GKV-weiten Unterfinanzierung der Krankenkassen kommen, denn ohne gesetzliche Änderung können keine Mittel aus der Liquiditätsreserve des Fonds für Zuweisungen verwendet werden. Für einige Kassen, die über weniger Rücklagen verfügen, wird sich die finanzielle Situation deshalb anspannen. Um die Probleme der Vergangenheit in Bezug auf die Mitgliederfluktuation in den Jahren 2011/2012 infolge der Erhebung von geringen Zusatzbeiträgen durch einige wenige Krankenkassen zu vermeiden, sind die geplanten Änderungen bei der GKV-Finanzierung deshalb aus unserer Sicht in diesem Jahr gesetzlich umzusetzen.

Meine Damen und Herren,

Beitragssatzautonomie ist das eine, wir wollen die Selbstverwaltung aber auch an anderen Stellen stärken und modernisieren. Dazu gehört auch eine Reform der Sozialwahlen. Wir freuen uns daher, dass die Große Koalition beabsichtigt, die Selbstverwaltung zu stärken und eine Reform der alle sechs Jahre stattfindenden Sozialwahlen auf den Weg zu bringen. Die Ersatzkassen drängen seit längerem darauf, neben der Briefwahl bei den Sozialwahlen auch Online-Wahlen zuzulassen. Wir würden uns wünschen, dass dies schon bei den nächsten Sozialwahlen im Jahre 2017 möglich wird! Entsprechende Vorbereitungsarbeiten laufen bereits bei den Krankenkassen, allerdings müsste die Politik nun schnellstmöglich ein entsprechendes Gesetz auf den Weg bringen. Auf jeden Fall wären wir Trendsetter und hätten Vorbildfunktion für weitere Wahlen wie Kommunalwahlen. Darüber hinaus setzen wir uns dafür ein, dass vor allem bei den Krankenkassen mehr Direktwahlen durchgeführt werden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Statement

von

Ulrike Elsner

Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

anlässlich

der Neujahrs–Pressekonferenz

**„Was bringt uns die Große Koalition in
Sachen Krankenhaus, Pflege und GKV–Finanzierung?“**

am 22. Januar 2014

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

(Es gilt das gesprochene Wort.)

2013 haben die gesetzlichen Krankenkassen 64 Milliarden Euro für die stationäre Behandlung ausgegeben. Das sind 22,5 Prozent mehr innerhalb der letzten sechs Jahre. Und Jahr für Jahr steigen die Fallzahlen. Dabei werden die Menschen nicht kränker. Das IGES Institut hat im Rahmen der DRG-Begleitforschung erst kürzlich noch einmal festgestellt, dass sich nicht einmal die Hälfte des Leistungsanstiegs auf die demografische Entwicklung zurückführen lässt. Und seit der DRG-Einführung 2003 hat es keine wirkliche Krankenhausreform mehr gegeben. In der Folge haben wir zunehmend Struktur-, Mengen- und Qualitätsprobleme.

Es ist deshalb gut, dass die Bundesregierung eine Krankenhausreform als eines der großen gesundheitspolitischen Reformprojekte in dieser Legislaturperiode angehen will. Es sollten gute und effektive Reformen werden, die den Krankenhausbereich fit für die Zukunft machen.

Wir möchten dazu zwei Vorschläge machen:

1. Die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung in eine qualitäts- und versorgungsorientierte Planung nach bundesweiten Kriterien.
2. Eine Reform der Investitionsfinanzierung mit einer Beteiligung des Bundes.

Heute vollzieht sich die Krankenhausplanung in jedem Bundesland unterschiedlich. In der Regel werden allein Kapazitäten, nämlich Betten und Fachabteilungen, krankenhausbefugten geplant. Bedingt durch die Anreize des Festpreissystems der DRG-Vergütung, entwickeln sich das stationäre Leistungsgeschehen und die Planungsvorgaben der Bundesländer zunehmend auseinander. Auf der einen Seite die fall- und leistungsbezogene Vergütung – auf der anderen Seite die Planungsvorgabe Bett bzw. Fachabteilung. Wir müssen den Planungsprozess reformieren. Dazu gehören eine Neuverteilung der Kompetenzen zwischen Bund, Ländern und Selbstverwaltungspartnern sowie eine Harmonisierung der Planungskriterien. Wir brauchen eine Planung, die sich nach bundesweiten Kriterien, zum Beispiel zur Entfernung und Erreichbarkeit der Krankenhäuser der Grundversorgung einerseits und der Spezialversorgung andererseits oder zu Qualitätsmindeststandards ausrichtet. Und eine Planung, die den Vertragspartnern (Krankenhaus und Krankenkassen) vor Ort den Raum lässt, auf Basis dieser bundesweiten Kriterien in den Budgetverhandlungen das Leistungsspektrum des einzelnen Krankenhauses konkretisieren zu können. Im Ergebnis werden wir zu einer Konsolidierung der Kapazitäten und zu einer stärkeren Spezialisierung kommen. Und wir möchten schlechte Qualität von der Versorgung ausschließen. Nämlich dann, wenn Mindeststandards

unterschritten und innerhalb eines akzeptablen Zeitraums, zum Beispiel zwei Jahre, nicht wieder erreicht werden.

Dazu benötigen wir bundesweit eine Festlegung zu folgenden Fragestellungen:

- Was sind die planungstauglichen Qualitätsindikatoren, und wie können die Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsverfahren in die Krankenhausplanung einfließen?
- Nach welchen Kriterien erfolgt eine Schwerpunktbildung, und wie werden Innovationszentren ausgewiesen?
- Wann sprechen wir von Überversorgung, wann von Unterversorgung?

Diese Fragen beantworten sich für ländliche Regionen anders als für die Ballungsgebiete. Und natürlich muss auch eine Grundversorgung überall sichergestellt sein. Das ist lösbar und für den ambulanten Bereich bereits mit der Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinien vorgemacht worden. Das muss auch für den stationären Bereich möglich sein. Denn nur über bundesweite Regeln lässt sich der Anspruch der neuen Regierung, Qualität als eigenständiges Kriterium der Krankenhausplanung zu machen, realisieren.

Über diesen Weg werden wir auch die medizinisch nicht indizierten Mengensteigerungen besser in den Griff bekommen. Eingriffe an der Wirbelsäule und Knie- und Hüftprothesen zeigen die Fehlentwicklungen eindrucksvoll auf. Nirgendwo im OECD-Raum werden Hüften so häufig operiert wie in Deutschland. Und bei den Knien belegen wir Platz 2. Mit einem Zweitmeinungsverfahren allein wird das Problem nicht zu lösen sein.

Gut ist auch, dass bei diesem Ansatz die freie Krankenhauswahl erhalten bleibt. Die ist ein hohes Gut. Denn die Versicherten und Patienten müssen wählen können, welchem Haus sie ihre Gesundheit anvertrauen. Die dafür notwendige Transparenz ist herzustellen. Zum Beispiel über lesbare Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Die versteht nämlich heute kaum ein Fachmann. Und über Krankenhausvergleichslisten. Die diesbezüglichen Absichten der Koalitionspartner unterstützen wir ausdrücklich.

Die Krankenhausreform muss weitergehen als es derzeit im Koalitionsvertrag vorgesehen ist. Wir brauchen auch eine Verständigung zur Investitionskostenfinanzierung. Denn ein wesentliches Problem liegt in der seit Jahren sinkenden Investitionsfinanzierung durch die Länder. So ist der Anteil der Investitionskosten an den Gesamtkosten seit vielen Jahren

rückläufig. 1994 betrug er noch knapp 7,5 Prozent. 2011 mit etwa 3,5 Prozent nicht einmal mehr die Hälfte davon.

Die fehlenden Investitionsmittel begünstigen die viel zitierte „Flucht in die Menge“. Wenn Krankenhäuser ihre Investitionen aus den Entgelten für die Behandlung tätigen müssen, besteht auch der Anreiz, beim Personal zu sparen; vornehmlich in der Pflege. Fromme Wünsche und Appelle – das zeigt die Vergangenheit – helfen hier nicht weiter. Wir müssen die bisherige Förderpraxis reformieren. Dabei möchten wir die Länder keinesfalls aus ihrer Verantwortung entlassen. Aber der Bund sollte sich künftig in das Thema Investitionsfinanzierung mit einbringen – sei es durch Definition von Investitionsquoten oder eine aktive Beteiligung an der Finanzierung. Letztere rechtfertigt sich durch das Mehr an Kompetenzen, die die Bundesebene bekommen soll. Indem sie den gesetzlichen Auftrag erhält, bundesweit einheitliche und verbindliche Vorgaben für die Krankenhausplanung festzulegen und damit einen Qualitätsrahmen für die Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft steckt.

Das zweite große Reformprojekt der Bundesregierung wird die Pflege sein. Ich finde es gut, dass die neue Bundesregierung mit der Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs Ernst machen will. Eine wirkliche Reform darf nicht mehr länger zögern, mit der Ungleichbehandlung von somatisch und demenziell eingeschränkten Pflegebedürftigen Schluss zu machen. Damit darf die Regierung auch nicht bis zum Ende der Wahlperiode warten. Die Umstellung des bisherigen Systems der Begutachtung auf einen neuen Pflegebegriff wird uns ohnehin mindestens 18 Monate Zeit kosten. Deshalb müssen wir sofort anfangen. Das Geld – vorgesehen sind dafür 0,2 Beitragssatzpunkte – muss dann 18 Monate später fließen. Das gibt uns aber hinreichend Zeit, bei der Umsetzung kontinuierlich zu prüfen, was klappt und wo es hakt.

Für weitere Leistungsverbesserungen und die gesetzlich verankerte Dynamisierung sollen spätestens ab 2015 ebenfalls 0,2 Beitragssatzpunkte zur Verfügung stehen. Beitragssteigerungen sind gemeinhin zwar unpopulär, in der Pflege allerdings völlig akzeptabel. Heute liegt der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung bei 2,05 Prozent. Kinderlose zahlen 0,25 Beitragssatzpunkte mehr. Dieser Beitragssatz ist seit Gründung der Pflegeversicherung als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung zum Januar 1995 nur sehr moderat gestiegen. Er lag zunächst bei 1,0 Prozent. Er erhöhte sich am 1. Juli 1996 – mit Beginn der Leistungen für stationäre Pflege – auf 1,7 Prozent und am 1. Juli 2008 auf 1,95 Prozent. Zuletzt wurde er zum 1. Januar 2013 auf 2,05 Prozent erhöht. Gleichzeitig sind die Preise für die

Leistungen in der Pflege kontinuierlich angestiegen. Eine Dynamisierung der Leistungen ist zur Wahrung des Leistungsniveaus deshalb unerlässlich. Hier erscheinen mir die Regelungen des Koalitionsvertrages unzureichend. Denn dieser sieht lediglich eine Überprüfung der Anpassungsnotwendigkeiten alle drei Jahre vor. Um einer Entwertung der Leistungen der Pflegeversicherung wirksam zu begegnen, wäre es besser, die Dynamisierung an eine gesamtwirtschaftliche Kenngröße zu koppeln.

Wesentlich ist auch, die Finanzierung der Pflege nachhaltig zu gestalten. Denn anders als in der Krankenversicherung – in der sich bei längerem Leben die medizinische Behandlungsnotwendigkeit in die letzte Lebensphase verlagert – werden hier die demografischen Effekte deutlich spürbar werden. Je nach Schätzung wird der Beitragsbedarf dauerhaft auf über fünf Prozent ansteigen. Die Regierung plant deshalb die Einrichtung eines Vorsorgefonds, in den ab spätestens 2015 0,1 Beitragssatzpunkte eingespeist werden sollen. Die Idee findet grundsätzlich unsere Zustimmung. Auch wenn noch viele Fragen offen sind.

Wenn aber die heutigen Beitragszahler in der sozialen Pflegeversicherung Verantwortung für die demografische Entwicklung übernehmen und in einen Vorsorgefonds einzahlen, dann müssen das auch die Privatversicherten tun. Die private Pflegeversicherung profitiert seit ihrer Gründung von einer für sie günstigen Versichertenstruktur. Ihre Beitragseinnahmen sind Jahr für Jahr deutlich höher als ihre Ausgaben. Bislang fließt dieses Geld in die Rücklagen, die mittlerweile so hoch sind, dass sie damit 32 Jahre lang die Ausgaben für die Pflege bestreiten könnten. Zum Vergleich: die Vermögensrücklagen in der sozialen Pflegeversicherung reichen gerade mal für ein Quartal. Deshalb bin ich dafür, dass neben 0,1 Beitragssatzpunkten auch die jährlichen Überschüsse der privaten Pflegeversicherung in den Pflegevorsorgefonds fließen müssen. Mit diesem Geld würde dessen Aufbau beschleunigt und der Ertrag vergrößert werden.

Die demografische Entwicklung in der Pflegeversicherung stellt für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar. Es gibt deshalb keinen Grund, auf einen Beitrag der privaten Versicherungswirtschaft zu verzichten. Wir brauchen hier die Solidarität aller Versicherten.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

GKV – Versicherte und Mitglieder
Dezember 2013 / Dezember 2012

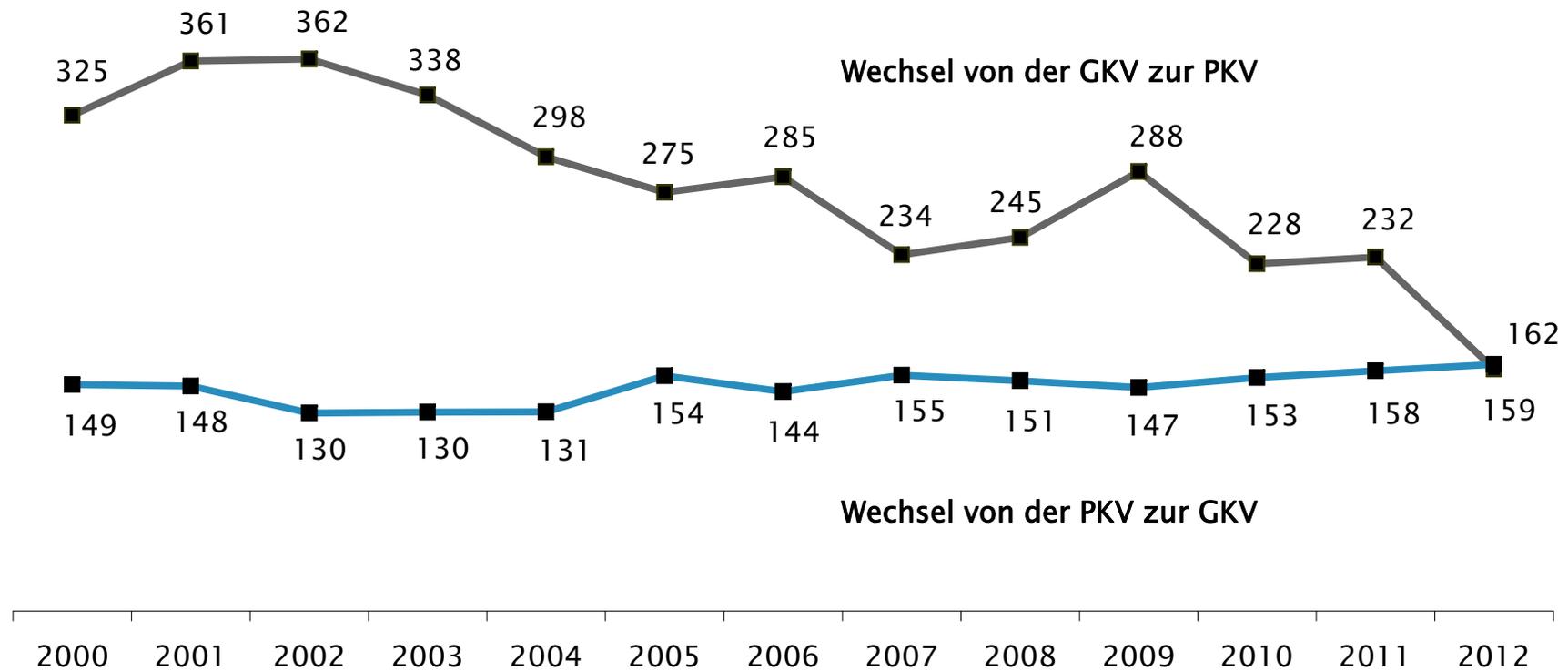


Versicherte	12/2013	12/2012	Veränderung	
	in Mio.	in Mio.	absolut	in %
AOK	24.330.417	24.370.472	- 40.055	-0,2
BKK	11.651.243	11.690.850	- 39.607	-0,3
IKK	5.457.066	5.468.854	- 11.788	-0,2
vdek	26.207.381	25.871.050	336.331	1,3
KBS	1.738.374	1.753.490	- 15.116	-0,9
LKK	733.202	755.153	- 21.951	-2,9
GKV	70.117.683	69.909.869	207.814	0,3

Mitglieder	12/2013	12/2012	Veränderung	
	in Mio.	in Mio.	absolut	in %
AOK	18.347.626	18.336.690	10.936	0,1
BKK	8.505.771	8.479.140	26.631	0,3
IKK	4.033.362	4.023.502	9.860	0,2
vdek	19.981.005	19.618.758	362.247	1,8
KBS	1.428.923	1.437.489	- 8.566	-0,6
LKK	536.689	546.810	- 10.121	-1,9
GKV	52.833.376	52.442.389	390.987	0,7

Quelle: BMG, KM1.

PKV – Wanderungsbewegungen in Tausend 2000 – 2012 – Bundesgebiet



Quelle: Eigene Darstellung nach: PKV-Rechenschaftsbericht.

Wechsel von der GKV zur PKV 2012: 158.700
Wechsel von der PKV zur GKV 2012: 161.700

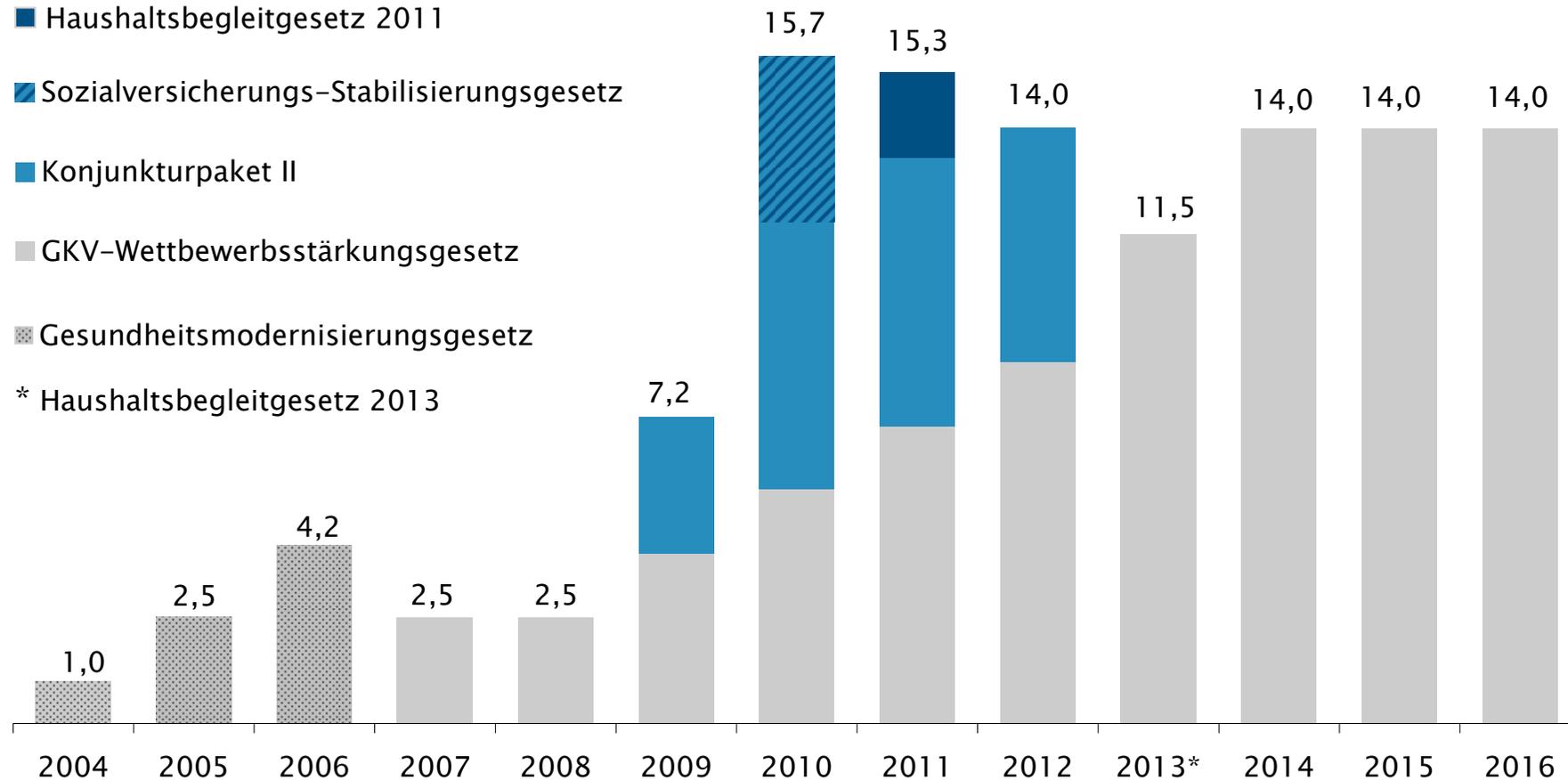
Finanzarchitektur 2015 Koalitionsvereinbarung

- Der allgemeine paritätisch finanzierte Beitragssatz wird bei 14,6 Prozent festgesetzt, der Arbeitgeberanteil damit bei 7,3 Prozent festgeschrieben.
- Die gesetzlichen Krankenkassen erheben im Wettbewerb den kassenindividuellen Zusatzbeitrag zukünftig als prozentualen Satz vom beitragspflichtigen Einkommen.
- Der heute vom Arbeitnehmer alleine zu tragende Anteil von 0,9 Beitragssatzpunkten fließt in diesen Zusatzbeitrag ein.
- Damit die unterschiedliche Einkommensstruktur der Krankenkassen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen führt, ist ein vollständiger Einkommensausgleich notwendig.
- Die Notwendigkeit eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs entfällt damit.

GKV – Bundeszuschuss in Milliarden EUR



- Haushaltsbegleitgesetz 2011
- ▨ Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz
- Konjunkturpaket II
- GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
- ▨ Gesundheitsmodernisierungsgesetz
- * Haushaltsbegleitgesetz 2013



Quelle: vdek.

Projektion

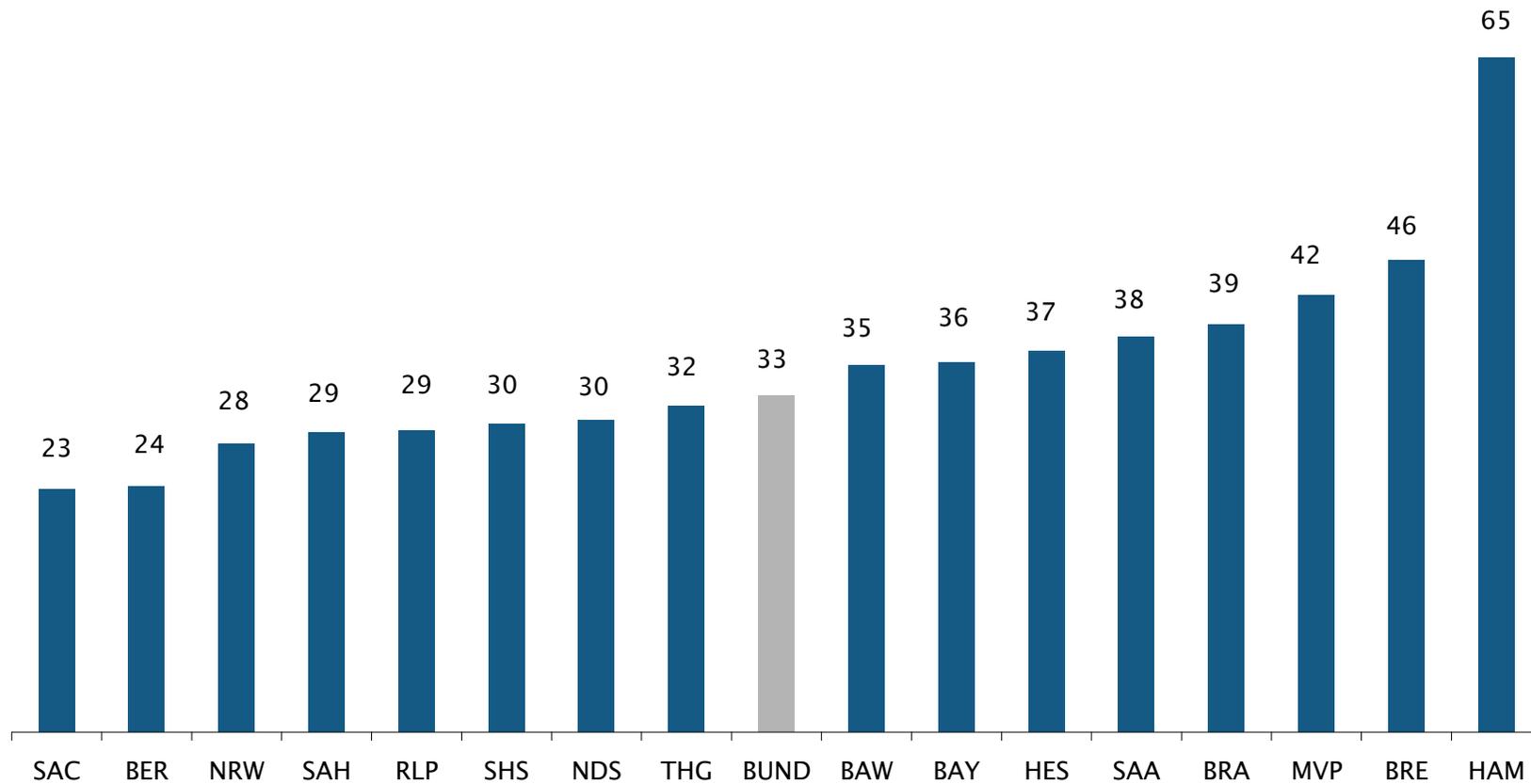
Geschätzte Jahresergebnisse 2013/2014*

	2013	2014
	in Mrd. EUR	in Mrd. EUR
(Geschätzte) Einnahmen Gesundheitsfonds	192,2	196,4
Zuweisungen inkl. Kompensation für Praxisgebühr	192,0	199,6
(Geschätztes) Ergebnis des Fonds	0,261	-3,3
(Geschätzte) Ausgaben Kassen	189,1	199,6
Ausgabenwuchs je Versicherter gegenüber	2012: + 4,9 %	2013: + 5,4 %
Geschätzter Überschuss der Krankenkassen aus Fondszuweisungen	2,9	0

Quelle: vdek.

*GKV-Schätzerkreis Oktober 2013.

Krankenhausinvestitionen der Bundesländer je Einwohner in EUR 2011



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach: Umfrage der AG Krankenhauswesen der AOLG und StBA.

Pflegeversicherung

Vergleich "Soziale Pflegeversicherung vs. Private Pflegeversicherung" 2012

	SPV	PPV
Personen mit Pflegeversicherung	69,7 Mio.	9,6 Mio.
Einnahmen	23,0 Mrd. EUR	2,0 Mrd. EUR
Rücklagen/Rückstellungen	5,5 Mrd. EUR	25,0 Mrd. EUR
Leistungen	23,0 Mrd. EUR	0,8 Mrd. EUR
Verhältnis Rücklagen zu Leistungen	0,24	32
Pflege-Bahr: Versicherte		70.000

SPV = Soziale Pflegeversicherung

PPV = Private Pflegeversicherung

Quelle: Eigene Darstellung nach: BMG und PKV-Rechenschaftsbericht 2012.