

Statement



von

Christian Zahn

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

anlässlich

der Neujahrs-Pressekonferenz

**„Finanz- und Marktsituation der GKV und der Ersatzkassen
Chancen und Risiken der gesundheitspolitischen Gesetzgebung
in 2015“**

am 28. Januar 2015

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

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir beginnen das Jahr 2015 wieder mit einer Erfolgsmeldung: Immer mehr Menschen entscheiden sich für eine Ersatzkasse. 26,6 Millionen Versicherte (also zahlende Mitglieder plus mitversicherte Familienangehörige) waren im Dezember 2014 in einer der sechs Mitgliedskassen des vdek versichert, 401.000 mehr als im Dezember 2013. Zum Vergleich: Die gesamte gesetzliche Krankenversicherung (GKV) kann ein Plus von 528.000 Versicherten verzeichnen; es fallen also 76 Prozent der Zuwächse auf die Ersatzkassen. Damit bauen die Ersatzkassen ihre Position als Marktführer und stärkste Kassenart erneut aus. Ihr Marktanteil steigt auf 37,7 Prozent.

Vor allem die positive konjunkturelle Entwicklung und die Zuwanderung ausländischer Arbeitskräfte sind der Grund für diese erfreuliche Entwicklung. Laut Statistischem Bundesamt wuchs die Zahl der Arbeitnehmer im Jahresdurchschnitt 2014 um 1,1 Prozent auf 38,2 Millionen, das ist ein Plus von 423.000 im Vergleich zum Vorjahr.

Erfreulich ist aber auch, dass immer weniger Menschen in Deutschland von der GKV in die private Krankenversicherung (PKV) abwandern. Während wir im Jahr 2012 noch rund 160.000 Abgänge Richtung PKV zu verzeichnen hatten, waren es 2013 nur noch 124.000. Damit ist der Wanderungssaldo zur PKV seit 2002 um fast zwei Drittel zurückgegangen. Ein beträchtlicher Erfolg, der uns zeigt, dass die Menschen die Leistungen der GKV zu schätzen wissen – von den qualitätsgeprüften Präventionsangeboten bis zur beitragsfreien Familienversicherung.

Meine Damen und Herren,

seit dem 1. Januar 2015 ist der pauschale Zusatzbeitrag Geschichte. Die Krankenkassen erheben ihren Zusatzbeitragssatz nun wieder als Prozentsatz von den beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder. Dieser kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz und der allgemeine, paritätisch finanzierte Beitragssatz – per Gesetz festgelegt auf 14,6 Prozent – ergeben zusammen den Gesamtbeitragssatz, der bei den Arbeitnehmern direkt vom Gehalt einbehalten wird.

Insgesamt liegt die Beitragssatzspanne zwischen 14,6 und 15,9 Prozent. Viele, gerade große Krankenkassen sind jedoch mit dem gleichen Gesamtbeitragssatz wie 2014 – also mit 15,5 Prozent – in das neue Finanzierungssystem gestartet. Unter dem Strich hat sich damit für die

meisten Mitglieder so gut wie nichts geändert. Mehr als 46 Millionen von den rund 53 Millionen GKV-Mitgliedern insgesamt zahlen einen Zusatzbeitragssatz von 0,8 bzw. 0,9 Prozentpunkten. Das gilt auch für die Mitglieder der Ersatzkassen. Die kleinere Handelskrankenkasse (hkk) konnte wegen ihres stark regionalen Bezugs mit einem niedrigeren Zusatzbeitragssatz an den Start gehen. Bei den meisten Kassen, die unter 0,8 bzw. 0,9 Prozentpunkten liegen, handelt es sich um kleinere regionale Betriebskrankenkassen, die zum Teil geschlossen sind.

Die Ersatzkassen haben es sich bei der Kalkulation des Zusatzbeitragssatzes nicht leicht gemacht. Für die Ersatzkassen gehe ich davon aus, dass sie ihre Beitragssätze 2015 auch auf den jetzt festgesetzten Niveaus halten können.

Mit ihrer Zurückhaltung bei der Gestaltung des Zusatzbeitragssatzes tragen die Krankenkassen auch dem Umstand Rechnung, dass sich die Finanzsituation der GKV 2015 und in den Folgejahren verschlechtern wird. So entwickelt sich die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben seit 2014 wieder auseinander. Dieses Auseinanderdriften der Einnahme- und Ausgabenentwicklung führte bereits 2014 zu einer Unterdeckung der GKV von rund 800 Millionen Euro. Zusätzlich wurde zum 1.1.2015 der allgemeine Beitragssatz von 15,5 Prozent auf 14,6 Prozent gesetzlich abgesenkt. Insgesamt entsteht eine Deckungslücke bei den Krankenkassen von rund elf Milliarden Euro. Diese muss im Jahre 2015 nun durch einen Zusatzbeitragssatz kompensiert werden.

2016 bis 2018 wird diese sogenannte Unterdeckung weiter zunehmen, zumal weitere Finanzrisiken aus dem Versorgungsstärkungsgesetz, der Klinikreform, dem eHealth-Gesetz und dem Präventionsgesetz auf die GKV zukommen. Derzeit gehen wir davon aus, dass der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz von derzeit 0,9 Prozent im Jahr 2015 auf bis zu 1,7 Prozent 2018 ansteigen könnte.

Dabei gilt: Für jeden Euro, der darüber hinaus zum Beispiel durch diese Reformpakete (über eventuelle Zuwächse bei den beitragspflichtigen Einnahmen hinaus) zusätzlich ausgegeben wird, müssen die Versicherten allein aufkommen. Denn mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) hat die Politik den Arbeitgeberanteil bei 7,3 Prozentpunkten eingefroren.

Und damit komme ich zu meiner **ersten Forderung**: Wenn die Politik strukturelle Reformen angeht, muss sie auch für eine gerechte und

verlässliche Finanzierung sorgen. Der Arbeitgeberbeitragssatz darf deshalb nicht dauerhaft bei 7,3 Prozent festgeschrieben sein. Der allgemeine Beitragssatz muss angepasst werden, damit nicht einseitig die Versicherten mit den Kostenschüben belastet werden.

Meine Damen und Herren,

der Gesundheitsfonds verfügt im Jahre 2015 noch über Reserven in Höhe von zehn Milliarden Euro. Der Fonds ist aber so gestrickt, dass die Krankenkassen über diese Liquiditätsreserve **nicht frei** verfügen können, wenn das Geld knapp ist. Denn nur die Einnahmen bestimmen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, es sei denn der Gesetzgeber legt weitere Entnahmen (zum Beispiel zur Kompensation der Praxisgebühr) gesetzlich fest. Unsere **zweite Forderung** lautet daher: Die Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds sollte gesetzlich auf zum Beispiel 35 Prozent einer Monatsausgabe begrenzt werden. Ähnliche Regelungen gibt es in der gesetzlichen Rentenversicherung. Das sind umgerechnet rund sechs Milliarden Euro. Diese Rücklagen sollten im Fonds verbleiben. Der darüber hinausgehende Überschuss (etwa vier Milliarden Euro) sollte den Krankenkassen zur Finanzierung steigender Gesundheitsausgaben als Zuweisungen zur Verfügung gestellt werden. Das kann schrittweise entsprechend den Finanzwirkungen der Gesetze geschehen. So ließen sich die Reformpakete besser finanzieren, ohne die Versicherten über Gebühr zu belasten. So lange der Arbeitgeberbeitrag eingefroren ist, ist dies ein absolutes Muss!

Unsere dritte Forderung lautet: Beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, kurz Morbi-RSA, muss nachgebessert werden.

Der RSA wurde eingeführt, um faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen zu schaffen. Die Ersatzkassen unterstützen diesen Finanzausgleich – nicht akzeptabel ist jedoch, dass der RSA die Wettbewerbssituation der Ersatzkassen gegenüber anderen Kassenarten verschlechtert. Die Ersatzkassen erhalten seit Jahren weniger Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als ihnen – bei sachgerechter Verteilung – auf der Seite der Leistungsausgaben eigentlich zustehen müssten. Durch die jüngsten RSA-Änderungen im Bereich Krankengeld, Auslandsversicherte und durch die Sterbefallneuberechnung im Rahmen des GKV-FQWG hat sich die Wettbewerbssituation der Ersatzkassen sogar noch verschlechtert. 2013 betrug die Unterdeckung bei den Ersatzkassen bereits mehr als 400 Millionen Euro, während große Mitbewerber eine Überdeckung von mittlerweile fast 600 Millionen Euro aufweisen.

In Zeiten von Überschüssen fällt dieser wettbewerbliche Nachteil nicht so gravierend ins Gewicht, nimmt der Finanzdruck in der GKV jedoch weiter zu, so können falsche Weichenstellungen im RSA die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beeinflussen und damit die Wettbewerbssituation der betroffenen Krankenkassen schwächen. Und genau diese Situation tritt jetzt wieder ein. Der RSA erfordert permanente Nachjustierungen, er ist kein starres System. Wir begrüßen daher, dass die in diesem Jahr geplanten Gutachten des BVAs und Sachverständigenrates die Themen Auslandsversicherte und Krankengeld noch einmal aufgreifen wollen. Aber auch weitere Stellschrauben im RSA, wie eine Regionalkomponente oder die Zahl und Auswahl der berücksichtigungsfähigen Krankheiten, sollten auf ihre Folgewirkungen hin analysiert werden.

Meine Damen und Herren,

mit dem GKV-FQWG hat der Gesetzgeber den Krankenkassen zumindest einen kleinen Teil ihrer Finanzautonomie zurückgegeben. Diese Freiheit bezieht sich allerdings nur auf den kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz! Unseres Erachtens ist das zu wenig! Wir in der Selbstverwaltung sind bereit, Verantwortung für das Gesundheitswesen zu tragen und die medizinische Versorgung gemeinsam mit den Leistungserbringern weiterzuentwickeln. Dafür brauchen wir Freiräume – sowohl was die Finanzen anbelangt als auch was die Vertrags- und Leistungsausgestaltung betrifft. Leider erleben wir aber seit längerem Bestrebungen der Politik, immer stärker in die Selbstverwaltung hineinzuregieren. Besonders deutlich zeigt sich das bei den geplanten Neuerungen, die den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) betreffen: Landesbehörden sollen über die Besetzung der Gremien mitentscheiden und die Politik will die Selbstverwaltung einschränken in der Wahl der MDK-Verwaltungsratsmitglieder. Dies hätte eine Reorganisation der Gremien zur Folge, wodurch die Arbeitsfähigkeit der MDKs deutlich eingeschränkt würde. Die MDKs stehen aber gerade jetzt durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vor großen Herausforderungen und müssen organisatorisch gut aufgestellt sein, um diese Aufgaben zu meistern!

Noch ein Wort zum Langzeitprojekt elektronische Gesundheitskarte (eGK). Seit über zehn Jahren fordern die Ersatzkassen eine Beschleunigung des Verfahrens. Dass der Gesetzgeber dem Projekt nun mit klaren Fristen und auch durch die Einführung von Sanktionen einen neuen Schub geben will, ist

aus Sicht der Krankenkassen unumgänglich, um Blockadehaltungen der Leistungserbringer zu unterbinden.

Wir brauchen in dem Gesetz jedoch auch klare gesetzliche Regelungen, die verhindern, dass weiterhin Beitragsgelder unsinnigerweise für die Förderung und den Ausbau bestehender Netze verwendet werden, die in Konkurrenz zur Telematikinfrastruktur stehen. Zumal die Datensicherheit dieser Bestandsnetze bis heute nicht erwiesen ist! Entsprechend muss per Gesetz auch eindeutig festgelegt werden, dass ausschließlich die sichere Telematikinfrastruktur der gematik für die Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte eingesetzt werden darf – also zum Beispiel für den elektronischen Arztbrief oder die elektronische Patientenakte.

Nicht nachvollziehbar sind aus unserer Sicht finanzielle Anreize, wie sie der Gesetzesentwurf für die Ärzte vorsieht. Arztpraxen werden durch die elektronischen Anwendungen entlastet! Trotzdem sollen sie für das Einlesen oder den Versand von elektronischen Arztbriefen nun Extrazahlungen erhalten? Auch hier muss die Politik noch nachbessern.

Die Krankenkassen stehen zu dem Projekt, sie erwarten aber auch, dass sich die Investitionen rechnen und ein wirklicher Mehrwert für die Versicherten entsteht.

Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Aufmerksamkeit!