

Statement

von

**Uwe Klemens**

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

anlässlich

der Neujahrs-Pressekonferenz

**von Morbi-RSA, Finanzsituation GKV und  
Pflegeversicherung bis E-Health-Gesetz II  
- Gesundheitspolitik in 2019**

am 30. Januar 2019

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

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Sehr geehrte Damen und Herren,

wo stehen wir derzeit vor allem finanziell in der GKV und sozialen Pflegeversicherung? Wo gibt es noch Handlungsbedarf im Jahr 2019?

Die gute konjunkturelle Lage in Deutschland, die leichte Zunahme der Gesamtbevölkerung auf 82,8 Millionen Personen und die gestiegene Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten wirken sich insgesamt positiv auf die GKV aus. Mehr als 73 Millionen Menschen waren Ende 2018 bei den gesetzlichen Krankenkassen versichert. Erfreulich ist, dass die Ersatzkassen mit rund 28 Millionen Versicherten weiterhin die größte Kassenart sind. Unser Marktanteil beläuft sich auf 38,4 Prozent.

Erfreulich ist auch, insbesondere als Versichertenvertreter: Durch die **Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung beim Zusatzbeitragssatz** werden die GKV-Versicherten allein in 2019 um rund sieben Milliarden Euro entlastet. Dies ist ein deutliches Signal: Die Arbeitgeber müssen auch wieder mehr finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Versicherten und den medizinischen Fortschritt übernehmen. Und sie werden wohl manche Aktivität, besonders im BMG, kritischer beobachten.

Finanziell steht die GKV aktuell insgesamt solide da. Doch haben wir zwei Risikobereiche, die die Ersatzkassen bei der Finanzplanung sehr genau im Auge behalten müssen.

### **1. Die Konjunktur trübt ein und die Krankenkassen müssen teure Gesetze finanzieren**

Obwohl der GKV-Schätzerkreis in diesem Jahr noch von einer stabilen und guten Konjunktur- und Beschäftigungslage ausgeht, sehen aktuelle Einschätzungen der Wirtschaftsforschungsinstitute eine Zunahme der Risiken für das Wirtschaftswachstum in diesem Jahr. Durch die aktuelle Gesetzgebung werden zudem erhebliche finanzielle Belastungen auf die Krankenkassen zukommen, die zum Teil heute noch nicht genau abzusehen sind. Allein durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) und das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) summieren sich die zusätzlichen Kosten auf bis zu 6 Milliarden Euro (PpSG: bis 3,3 Milliarden Euro, abhängig von der Besetzung von neuen Pflegestellen/TSVG: 2,7 Milliarden Euro). Und ein Ende der Verteilung unserer Beitragsgelder durch den Minister ist nicht in Sicht.

### **2. Der Morbi-RSA führt zu Fehlverteilung der Gelder aus dem Gesundheitsfonds**

Dies ist der Grund dafür, dass sich die finanzielle Situation bei den Krankenkassen sehr unterschiedlich darstellt. So sind die Überschüsse nach Kassen und Kassenarten nach wie vor sehr ungleich verteilt. Je nach Kassenart liegt die Spannweite vom 1.-3. Quartal 2018 zwischen einem Defizit von 2 Millionen Euro (Landwirtschaftliche Krankenversicherung) und einem Überschuss von 920 Millionen Euro (AOKen). Der Morbi-RSA muss daher dringend reformiert werden – Frau Elsner kommt darauf noch zu sprechen.

Aufgrund dieser Risiken hat der überwiegende Teil der Krankenkassen die Zusatzbeitragssätze nicht abgesenkt. 67 Krankenkassen (insgesamt 37 Millionen Mitglieder) haben ihren Zusatzbeitragssatz unverändert gelassen. 36 Krankenkassen (rund 19 Millionen Mitglieder) haben eine Beitragssatzabsenkung zum 1.1.2019 beschlossen. Fünf kleine Betriebskrankenkassen (65 Tausend Mitglieder) mussten ihren Zusatzbeitragssatz anheben. Bei den Ersatzkassen haben zwei Kassen eine Absenkung beschlossen (TK, hkk), die anderen (BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, HEK) halten ihre Beitragssätze stabil. Die Spanne der Zusatzbeitragssätze bei den gesetzlichen Krankenkassen liegt aktuell zwischen 0,2 und 1,7 Beitragssatzpunkten.

Die steigenden Ausgaben werden dazu führen, dass die Rücklagen im Gesundheitsfonds und bei den Krankenkassen abgebaut werden. Derzeit liegen sie insgesamt in der GKV noch bei geschätzt 9,4 Milliarden Euro im Fonds und 21,2 Milliarden bei den Krankenkassen (Stand 1.-3. Quartal 2018). Das entspricht im Übrigen nicht mehr als etwa einer Monatsausgabe.

Meine Damen und Herren,

mit Blick auf eine langfristige Finanzierungsstrategie möchten wir die Koalition auch daran erinnern, der GKV **kostendeckende Beiträge für die Bezieher von ALG II** zu finanzieren. Das steht im Koalitionsvertrag auf Seite 102 und sollte – ordnungspolitisch betrachtet – eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein. Nebenbei bemerkt verfügt die Bundesagentur für Arbeit derzeit ja wohl auch über das nötige Finanzierungspotential.

Mindereinnahmen in Milliardenhöhe würden im Übrigen auch durch die Absenkung der **Verbeitragung der Betriebsrenten** auf die GKV zukommen. Diskutiert wird ja gerade, die Betriebsrenten nur mit einem halben Beitragssatz zu belegen. Wir stehen dieser Neuregelung offen gegenüber, erwarten aber, dass die Mindereinnahmen der GKV (je nach Ausgestaltung zwischen zwei und drei Milliarden Euro) über **Steuermittel** ausgeglichen werden, weil das Problem auch 2003 von der Politik ausgelöst wurde. Und es passt auch nicht, wenn die Politik jetzt die Beitragsausfälle

bei den Betriebsrenten durch eine Aufstockung der Beiträge für ALG-II-Bezieher kompensieren will. Das sind ganz klar zwei unterschiedliche Paar Schuhe!

Meine Damen und Herren,

kommen wir zur **Pflege**. Die aktuelle Diskussion um die mittel- und langfristige Finanzierung der Pflege ist richtig und wichtig. Auch wir meinen: Nur die Beitragssätze zur Pflegeversicherung immer weiter zu erhöhen, wird auf Dauer auf Grenzen der gesellschaftlichen Akzeptanz stoßen.

Erst 2017 wurde der **Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung (SPV)** um 0,2 Prozentpunkte angehoben, zum 1.1.2019 noch einmal um 0,5 Prozentpunkte. Die Mehreinnahmen von 7,6 Milliarden Euro pro Jahr (bei Gesamtbeitragseinnahmen von 46,6 Milliarden Euro) werden damit bis 2022 ausreichen, um die zusätzlichen Kosten zu decken – Kosten, die u. a. durch mehr Anspruchsberechtigte und neue Betreuungsleistungen entstehen.

Problematisch ist, dass die Eigenanteile der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen weiter zunehmen. Bewohner von Pflegeeinrichtungen zahlen heute bereits im Bundesdurchschnitt 1.830 Euro pro Monat aus eigener Tasche. Diese Summe wird unweigerlich anwachsen. Damit besteht auch die Gefahr, dass immer mehr Menschen im Pflegefall auf Sozialhilfe angewiesen sind. Im ambulanten Bereich bedeuten wachsende Kosten vor allem zunehmende Belastungen der pflegenden Angehörigen. Denn bei steigenden Preisen kann mit dem Pflegegeld der Kasse immer weniger an Leistungen eingekauft werden.

Es gibt mehrere Möglichkeiten, auf die Situation zu reagieren. Für uns ist klar: Es darf nicht zu einer schleichenden Privatisierung des Pflegerisikos kommen, das Risiko der Pflegebedürftigkeit muss weiterhin solidarisch als gesamtgesellschaftliche Frage getragen werden! Vier Maßnahmen schlagen wir dazu vor:

#### **Erstens: Leistungsbeträge sachgerecht dynamisieren**

Die SPV stellt heute für jeden Pflegebedürftigen – je nach Pflegegrad – einen gesetzlich fixierten Festbetrag zur Verfügung. Was dieser Leistungsbetrag nicht abdeckt, müssen die Pflegebedürftigen (bzw. ihre Angehörigen) selbst aufbringen. (Zur Not springt das Sozialamt ein.) Um die Belastungen nicht weiter steigen zu lassen, müssen die Leistungsbeträge der SPV dynamisiert, das heißt regelmäßig an die Preisentwicklung in der Pflege angepasst werden – so einen Anpassungsmechanismus haben wir auch in der Rentenversicherung. Wir schlagen für die SPV eine verbindliche Orientierung an der Bruttolohnentwicklung vor.

Denn die Personalkosten sind der Hauptkostenfaktor, sie machen 80 Prozent der Ausgaben der SPV aus und geben damit am besten die Preisentwicklung wieder.

#### **Zweitens: Länder in die Pflicht nehmen**

Die Bundesländer müssen ihrer gesetzlichen Verpflichtung endlich nachkommen, Förderprogramme für notwendige Investitionen in der Altenpflege aufzulegen. Wir kennen das Problem ja schon aus der Krankenhausfinanzierung. In der Pflege bleibt ein Großteil der Ausgaben aber an den Pflegebedürftigen hängen. Heimbewohner zahlen aus ihrem Eigenanteil im Schnitt bereits 447 Euro nur für Investitionen, wie zum Beispiel den Bau und Erhalt der Pflegeheime.

#### **Drittens: Steuerzuschüsse einführen**

Die Pflege älterer Menschen geht die gesamte Gesellschaft an – wir müssen also über Steuerzuschüsse reden. Die SPV übernimmt heute schon viele Leistungen, die mit der Pflege der Betroffenen nichts oder nur entfernt zu tun haben. Seien es die Rentenbeiträge von Pflegenden oder das Pflegeunterstützungsgeld für Menschen, die wegen der Pflege eines Angehörigen vorübergehend nicht arbeiten gehen können. Die Ausgaben für diese und andere versicherungsfremde Leistungen beliefen sich 2018 auf mindestens 2 Milliarden Euro. Das entspricht rund 0,2 Beitragssatzpunkte. In der Kranken- und Rentenversicherung sind Steuerzuschüsse bekanntlich längst geübte Praxis.

#### **Viertens: Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung einführen**

Auch die private Pflegeversicherung (PPV) muss sich endlich an einem Solidarausgleich in der Pflege beteiligen. Privat Versicherte verursachen nicht nur aufgrund der günstigeren Altersstruktur, sondern auch aufgrund der Tatsache, dass tendenziell die Gesünderen in die Privatversicherung wechseln, geringere Ausgaben. Zudem sind sie deutlich einkommensstärker. Ihr Einkommen liegt im Schnitt bis zu 60 Prozent über dem Niveau der GKV-Versicherten. Ein Finanzausgleich zwischen der PPV und SPV würde daher die SPV nach Aussage des Pflegewissenschaftlers Professor Rothgang um bis zu zwei Milliarden Euro jährlich entlasten.

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