



Statement

Dr. Dieter Paffrath
Vorstandsvorsitzender
der AOK Schleswig-Holstein - Die Gesundheitskasse -

Finanzentwicklung in der GKV - Einstieg in den Zusatzbeitrag

Pressekonferenz

Montag, 25. Januar 2010

im Haus der Bundespressekonferenz, Berlin

Es gilt das gesprochene Wort.

Pressekonferenz

Finanzentwicklung in der GKV - Einstieg in den Zusatzbeitrag

am 25. Januar 2010 in Berlin



Sehr geehrte Damen und Herren,

die Gesetzlichen Krankenkassen sind selbstverwaltende Körperschaften. Die Festlegung des Beitragssatzes - und des Zusatzbeitrages - obliegt dem Verwaltungsrat. Da wir aktuell dazu keinen Beschluss haben, bin ich heute nicht autorisiert mitzuteilen, ab wann die AOK Schleswig-Holstein einen Zusatzbeitrag erheben wird! Das hindert mich allerdings nicht, hier zu einzelnen wesentlichen Hintergründen zu sprechen.

Unsere Beteiligung an der heutigen Veranstaltung soll verdeutlichen, dass aus unserer Sicht alle Krankenkassen - trotz des ausgeprägten Wettbewerbs untereinander - in der derzeitigen Finanzsituation in folgender Hinsicht in einem Boot sitzen: Alle Krankenkassen werden entsprechend ihrer Mitgliederzahl an dem 3,9 Mrd.-Euro-Defizit des Gesundheitsfonds beteiligt - in diesem Jahr rechnerisch mit etwa 80 EUR je Mitglied. Dieses ergibt sich aus der Struktur des Gesundheitsfonds und betrifft uns genauso wie die anderen Krankenkassen.

Das ist politisch gewollt! Bereits die letzte Bundesregierung hat die Konstruktion und Finanzausstattung des Gesundheitsfonds bewusst so angelegt, dass früher oder später alle Krankenkassen Zusatzbeiträge - also die „kleine Gesundheitsprämie“ - erheben müssen. Dieser Trend wird sich auch unter der neuen Bundesregierung nicht ändern, sondern eher verstärkt fortsetzen.

Lassen Sie mich kurz auf einige Faktoren eingehen, die von der Ausgabeseite her Druck auf die Krankenkassen ausüben: Für ärztliche Behandlungen wird in 2010 mit einem Anstieg von ca. 5,3 % gerechnet, die Ausgaben für Krankenhausbehandlungen sollen 2010 um 5,6 % steigen, die für Arzneimittel sogar um 6,11 %. Alles Steigerungsraten, die deutlich über dem prognostiziertem Wirtschaftswachstum von etwa 2,1 % (DIW) bzw. über dem vom Schätzerkreis kalkuliertem Nullwachstum (Stand: Dez. 2009) bei den Grundlöhnen.

Die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen kann sich nicht auf Dauer von der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung abkoppeln. Das können unsere Sozialsysteme nicht leisten. Daher sollten wir heute nicht nur über Zusatzbeiträge reden, sondern auch über Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung.

Ein ganz besonderes Ärgernis ist, dass wir nach § 73 b gezwungen werden können, mit besonders aggressiv agierenden Hausarztverbänden sehr teure Verträge abzuschließen, die dem Prinzip folgen: „Money for nothing“. Hierzu laufen derzeit in der ganzen Republik Schiedsverfahren an. Die ersten dieser oktroyierten Verträge lösen regelrechte Kostenexplosionen bei den Krankenkassen fast ohne irgendeine Leistungsverbesserung aus. Wir verstehen nicht, warum die neue politische Führung diese fragwürdige Konstruktion noch mindestens drei Jahre lang aufrecht erhalten will und fordern sie auf, diese Zwangsverträge zu beseitigen.

Schon in den kommenden zwei Jahren werden die ersten Krankenkassen die 8 Euro-Grenze nicht mehr einhalten können. Und dann beginnen die nächsten Probleme und der bürokratische Aufwand wächst: Es muss eine Einkommensprüfung erfolgen und Krankenkassen mit vielen Geringverdienern laufen in Gefahr, wegen der Überforderungsklausel (Zusatzbeitrag max. 1 % des Einkommens) diese Finanzlücke nicht aus eigener Kraft schließen zu können. An dieser Stelle bleibt der Gesetzgeber gefordert, die Überforderungsklausel grundlegend zu überarbeiten.

Die derzeitige Situation macht deutlich, dass die Erhebung von Zusatzbeiträgen sehr stark von den politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen determiniert wird. Als Orientierung für den Kunden bei der Wahl seiner Krankenkasse sind Zusatzbeiträge in der gegenwärtigen Situation kaum geeignet. Jeder, der seine Krankenkasse jetzt wegen eines Zusatzbeitrages verlässt, muss damit rechnen, dass auch seine neue Krankenkasse in Kürze einen solchen erheben wird. Die Suche nach einem kurzfristigen Vorteil schadet letztlich dem gesamten Gesundheitssystem - im Ergebnis werden der Gesundheitsversorgung zunächst weitere Finanzmittel entzogen.

Wer mehr Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen anstrebt, sollte den Wettbewerb um Versorgungsangebote und Dienstleistungen fördern, den Vertragspartnern also mehr Freiheiten bei der Ausgestaltung von Versorgungsleistungen einräumen. Ich gehe davon aus, dass wir für die soziale Krankenversicherung noch stärker auf wettbewerbliche Lösungen setzen müssen. Solche Lösungen entfalten die nötige Innovationskraft, auf die wir angewiesen sind, um die medizinische Versorgung für alle gesetzlich Krankenversicherten auf einem hohen Niveau zu halten.

Echter Wettbewerb braucht vernünftige Rahmenbedingungen. Dazu zählen vor allem eine nachhaltige, verlässliche Finanzierungsbasis und faire Spielregeln. Dafür muss es in der solidarischen Krankenversicherung einen verlässlichen Ausgleich zwischen den unterschiedlichen Einnahmen- und Ausgabenrisiken geben. Sonst entstehen Wettbewerbsverzerrungen, die einen Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit behindern.

Fairer Wettbewerb braucht aber auch Freiheit. Nur wer Bewegungsspielraum hat, kann auch handeln. Auch die Krankenkassen und Leistungserbringer müssen wählen können, mit wem sie - wie und wo - zusammenarbeiten. Den Weg hin zum Wettbewerb möchten wir weiter ausbauen, zum Beispiel im Krankenhausbereich. Dann können wir auch einen wirksamen Beitrag leisten, um die Effizienz und Qualität in unserem Gesundheitswesen zu erhöhen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!