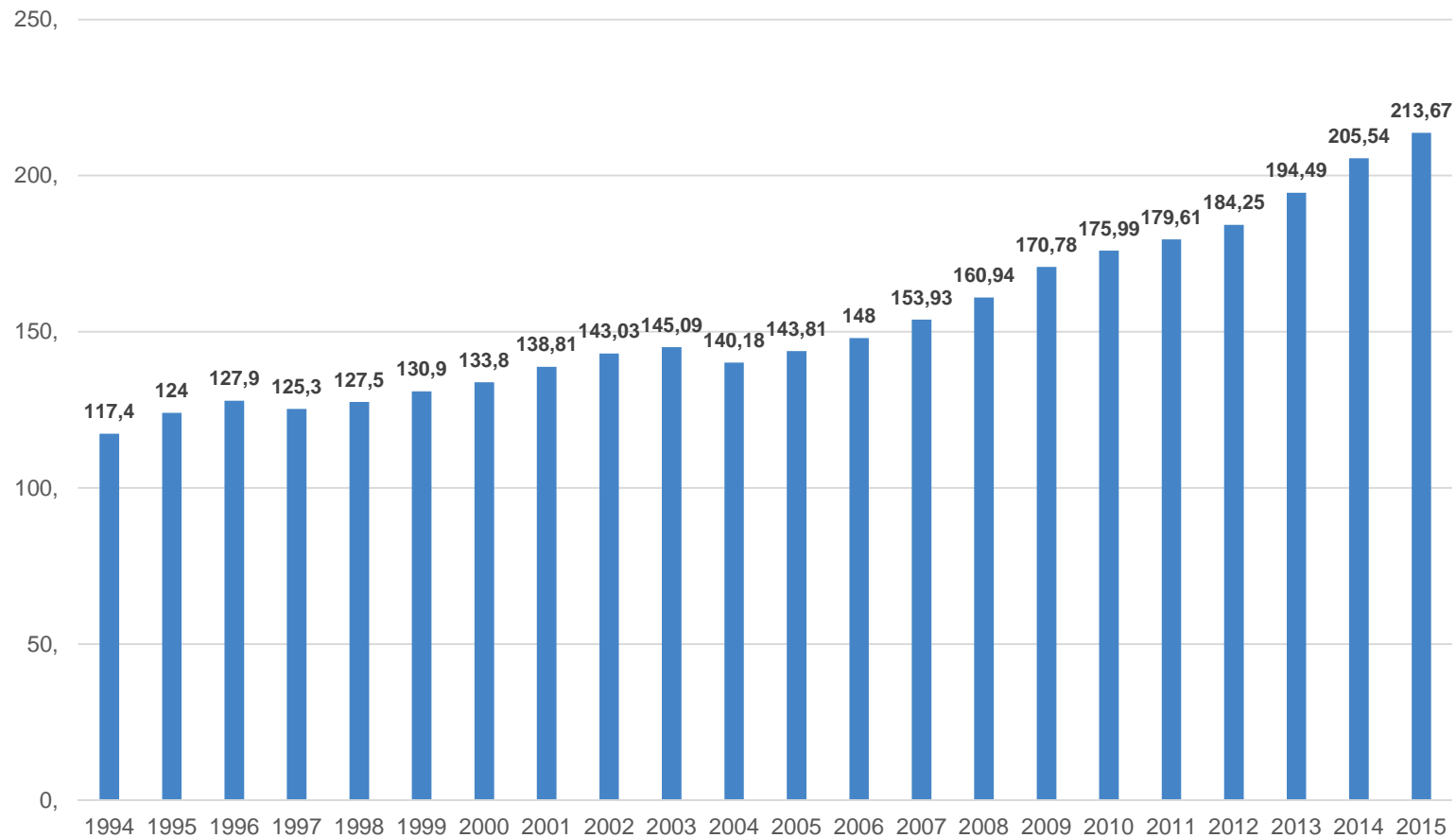
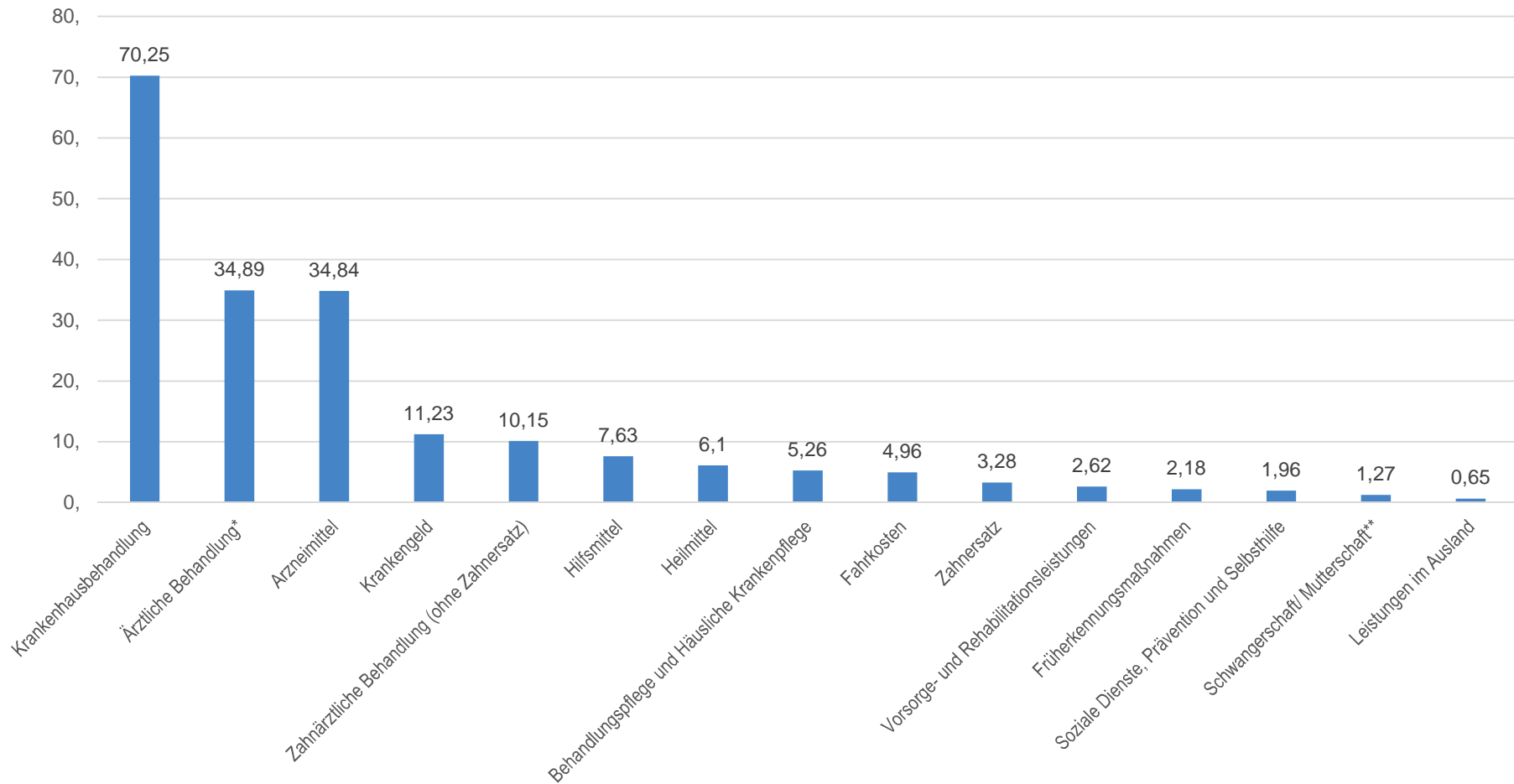


„GKV und Bürgerversicherung“

Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland in den Jahren 1994 bis 2015 (in Milliarden Euro)

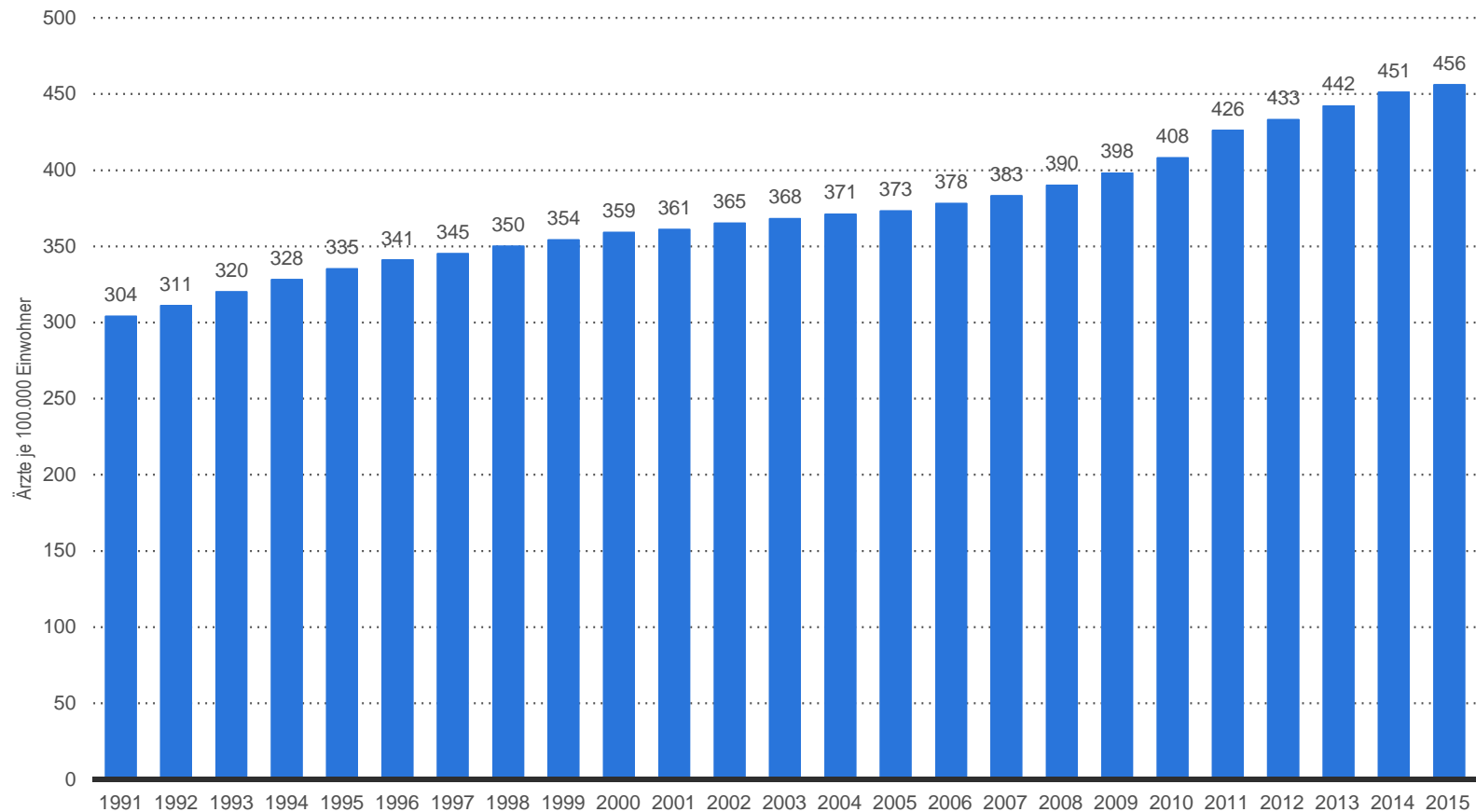


Ausgaben für ausgewählte Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland 2015 (in Milliarden Euro)



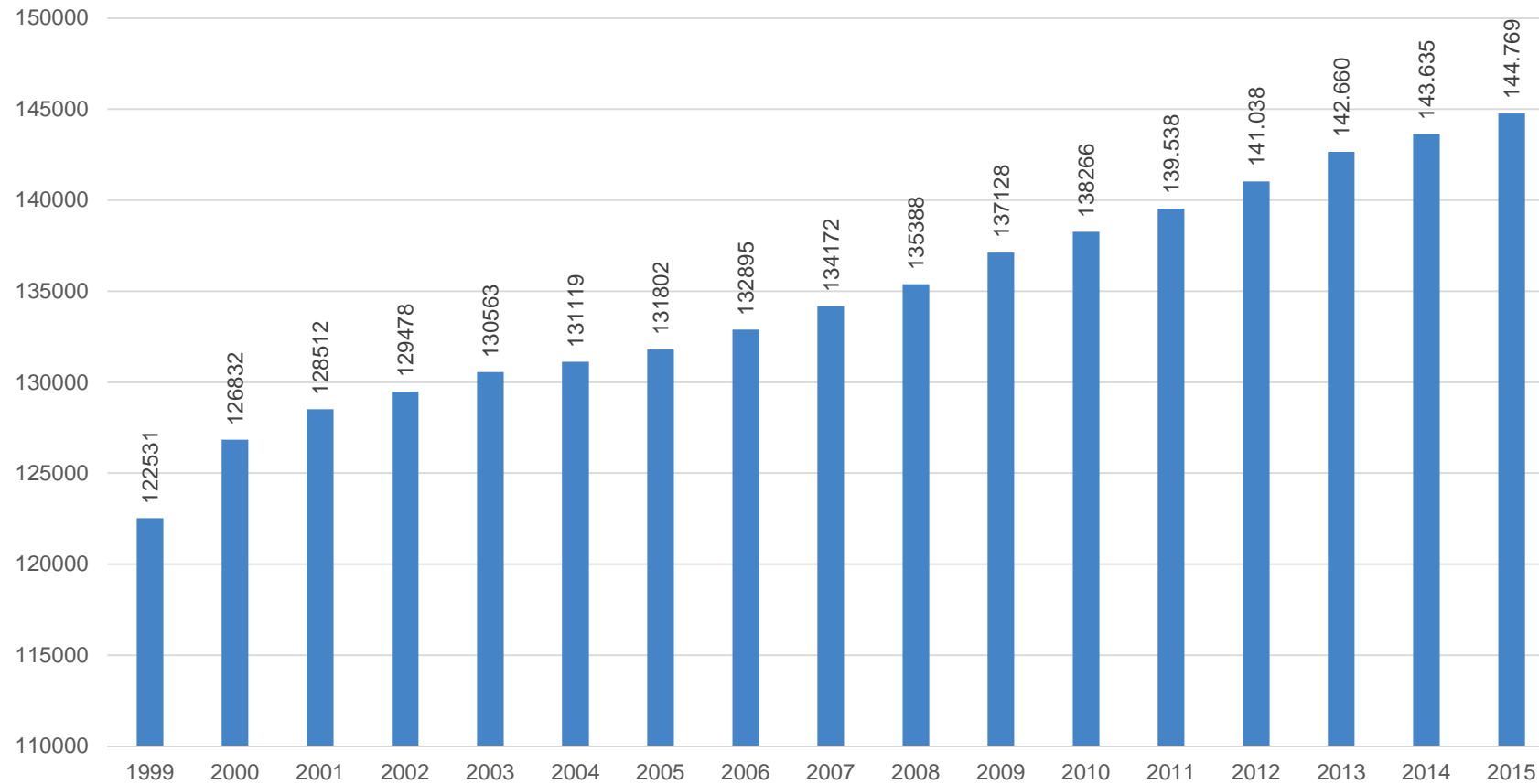
Quelle: BMG; Statista

Ärztedichte in Deutschland in den Jahren 1991 bis 2015 (Ärzte je 100.000 Einwohner)



Entwicklung der Zahl der Vertragsärzte

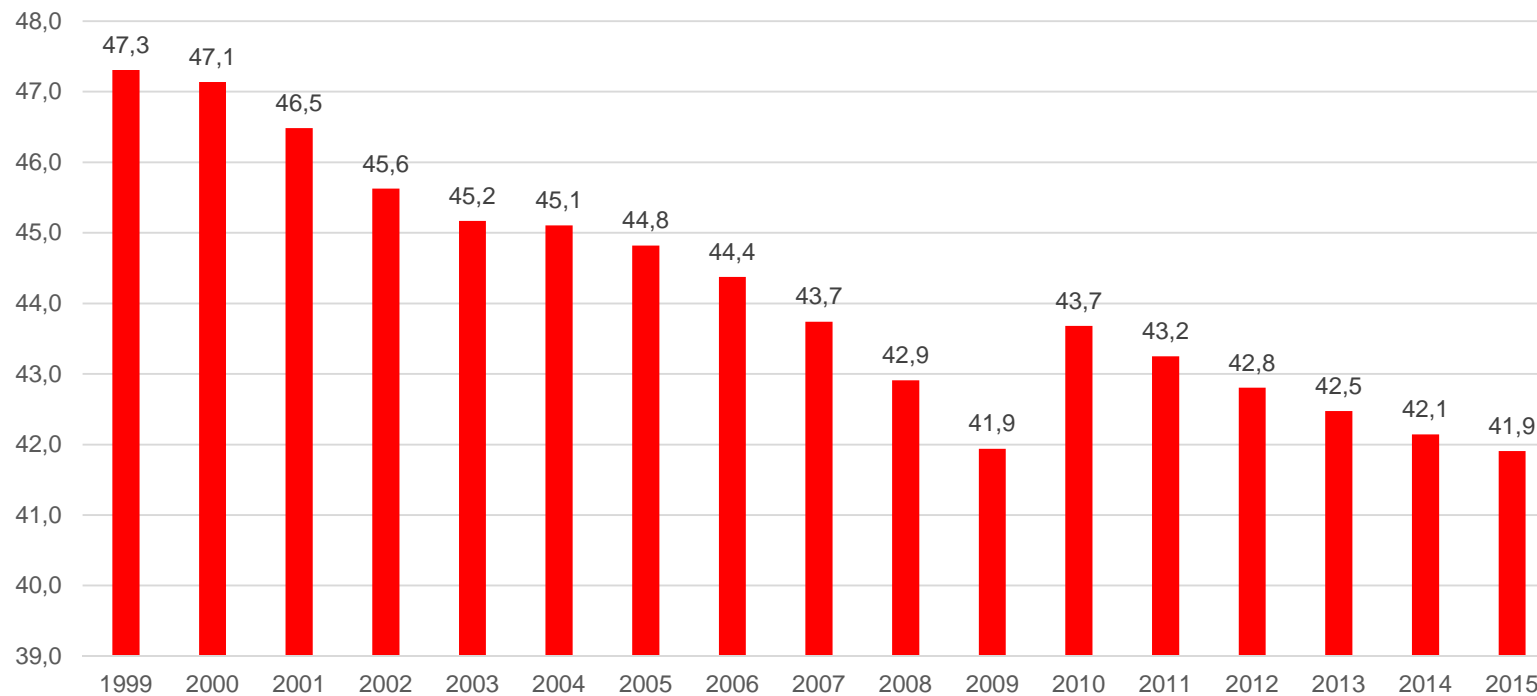
An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte



Quelle: KBV, GBE

Anteil der Hausärzte

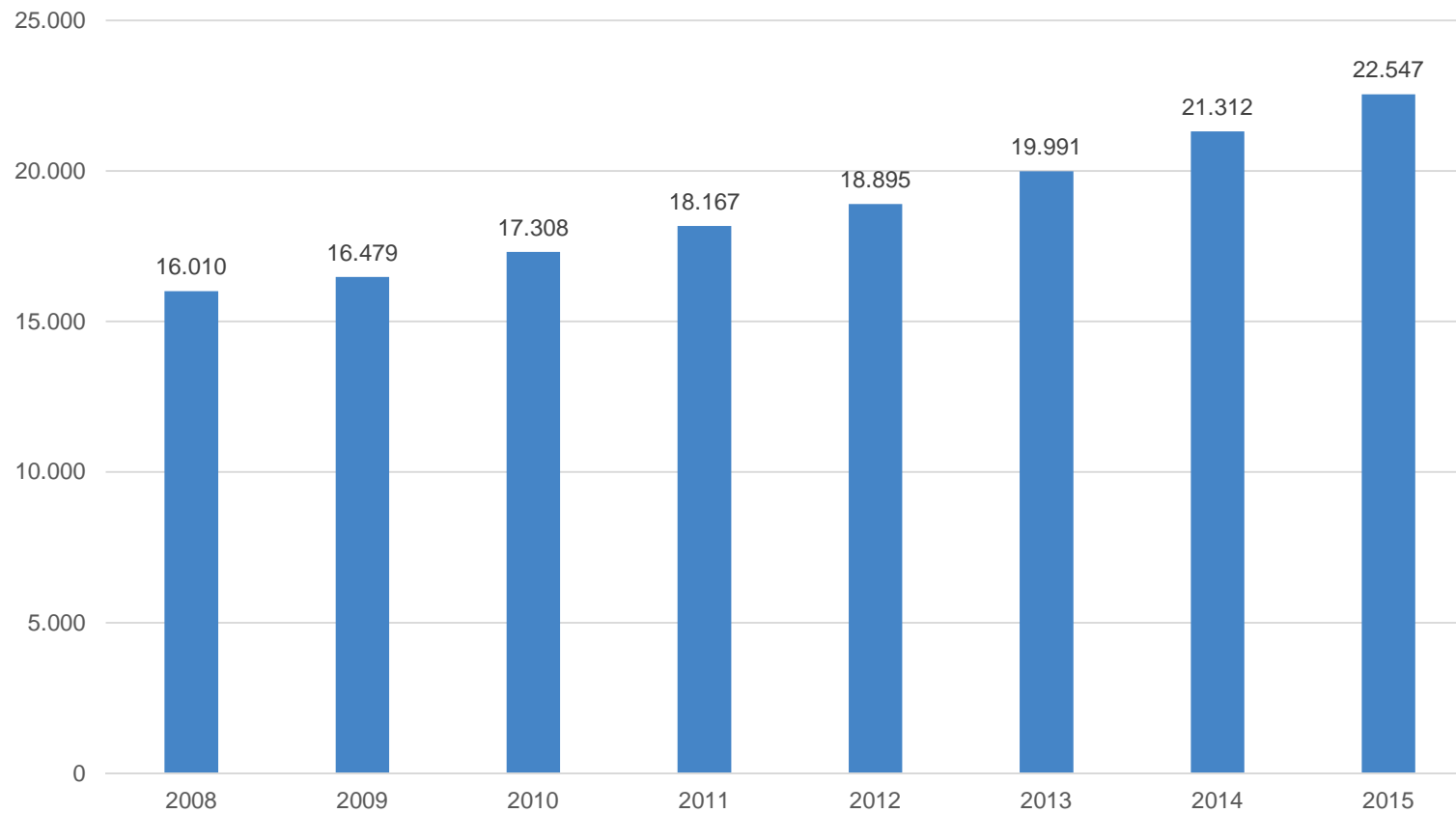
Anteil der Hausärzte an allen, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten
in Prozent



Quelle: KBV, GBE

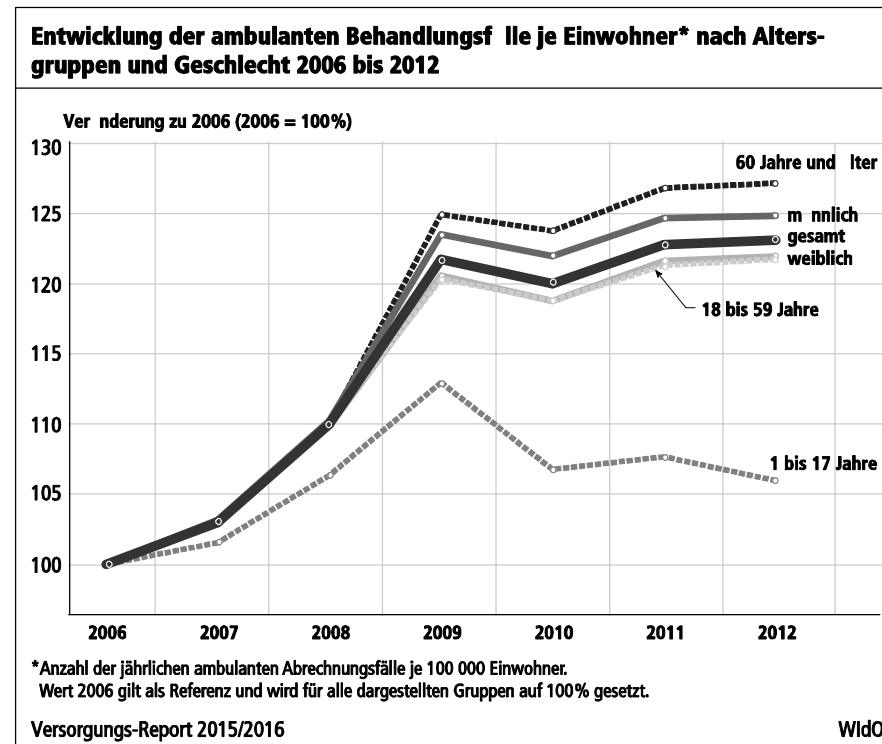
Entwicklung der Zahl der psychologischen Psychotherapeuten

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende psychologische Psychotherapeuten



Quelle: KBV, GBE

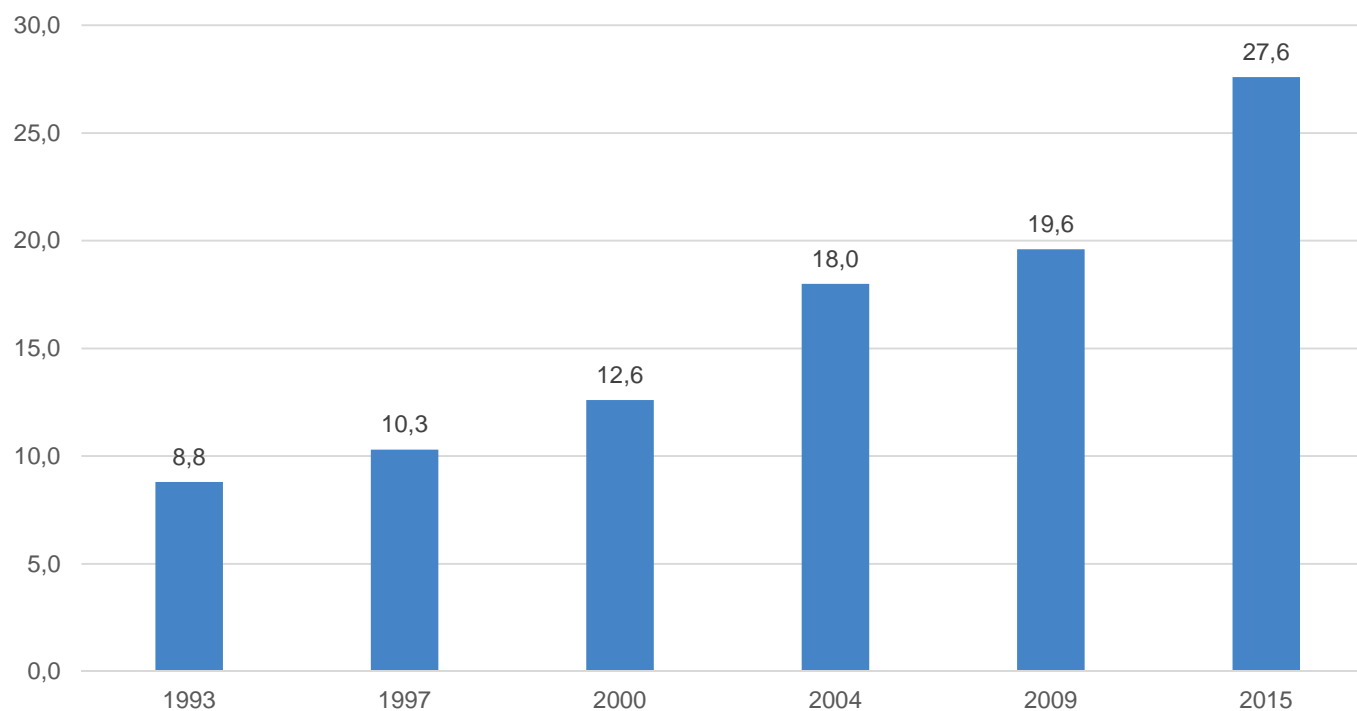
Entwicklung der ambulanten Behandlungshäufigkeit je Einwohner 2006 bis 2012



Quelle: Versorgungs-Report 2015/2016

Demographischer Wandel bei den niedergelassenen Ärzten

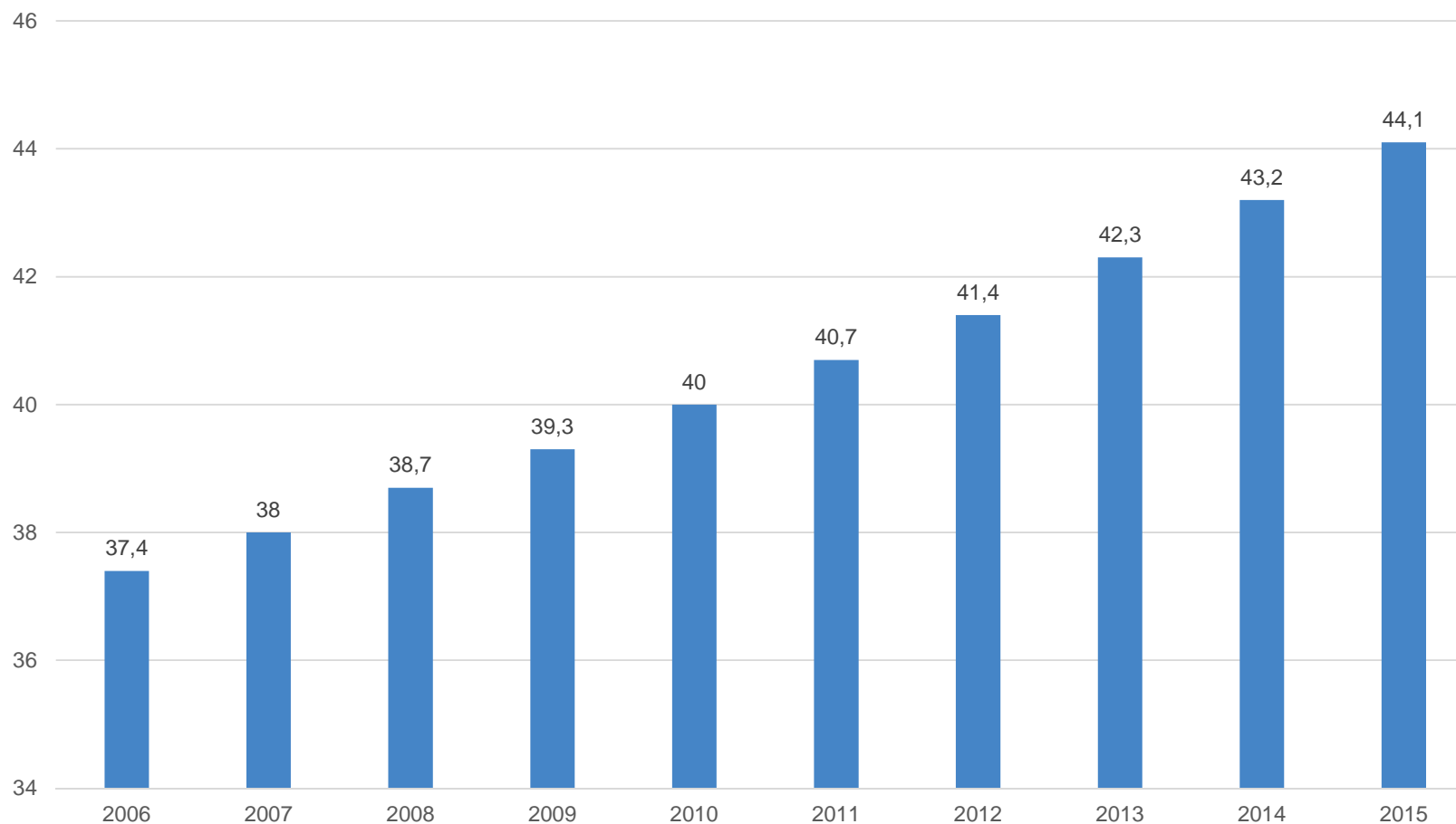
Bestand an Vertragsärzten, die zum jeweiligen Jahresende 60 Jahre oder älter waren in Prozent



Quelle: KBV

Ambulante Medizin wird immer weiblicher

Anteil der Frauen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten in Prozent



Quelle: KBV

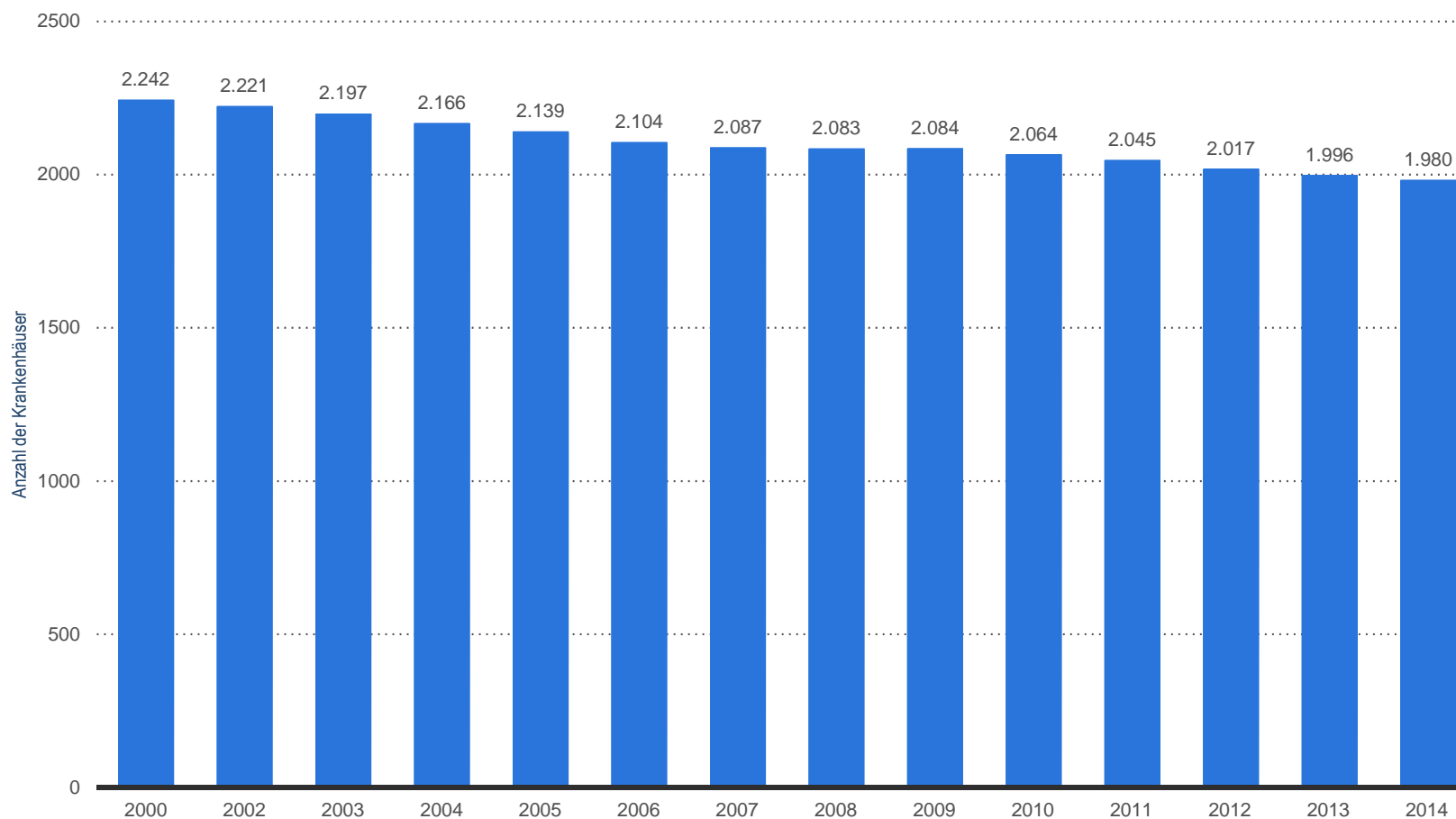
GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

- Verbesserung der Anreize für Ärzte/Psychotherapeuten zur Niederlassung in unterversorgten und strukturschwachen Gebieten und zum Abbau von Überversorgung, Aufkauf von Arztsitzen ab Versorgungsgrad von 140% soll, ab 110% kann
- Weiterentwicklung der Regelungen zur Teilnahme von Krankenhäusern und Hochschulambulanzen an der ambulanten Versorgung
- Regelungen zur Förderung von Praxisnetzen sowie zur Einrichtung und Ausgestaltung von MVZ
- Regelungen zur Konvergenz ärztliche Vergütung
- Einführung probatorische psychotherapeutische Erstsprechstunde
- Einrichtung Terminservicestellen bei den KV zur Verkürzung von Wartezeiten der Versicherten auf Facharzttermine, sowie auf psychotherapeutische Erstsprechstunde und Folgebehandlung, wenn diese eingeführt ist
- Anpassung der Rahmenbedingungen des Krankenhaus-Entlassmanagements
- Anspruch des Versicherten auf unterstützendes Krankengeldfallmanagement durch Krankenkasse, Folgekrankschreibung muss künftig erst am nächsten Werktag an die Kasse gemeldet werden
- Schaffung Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen

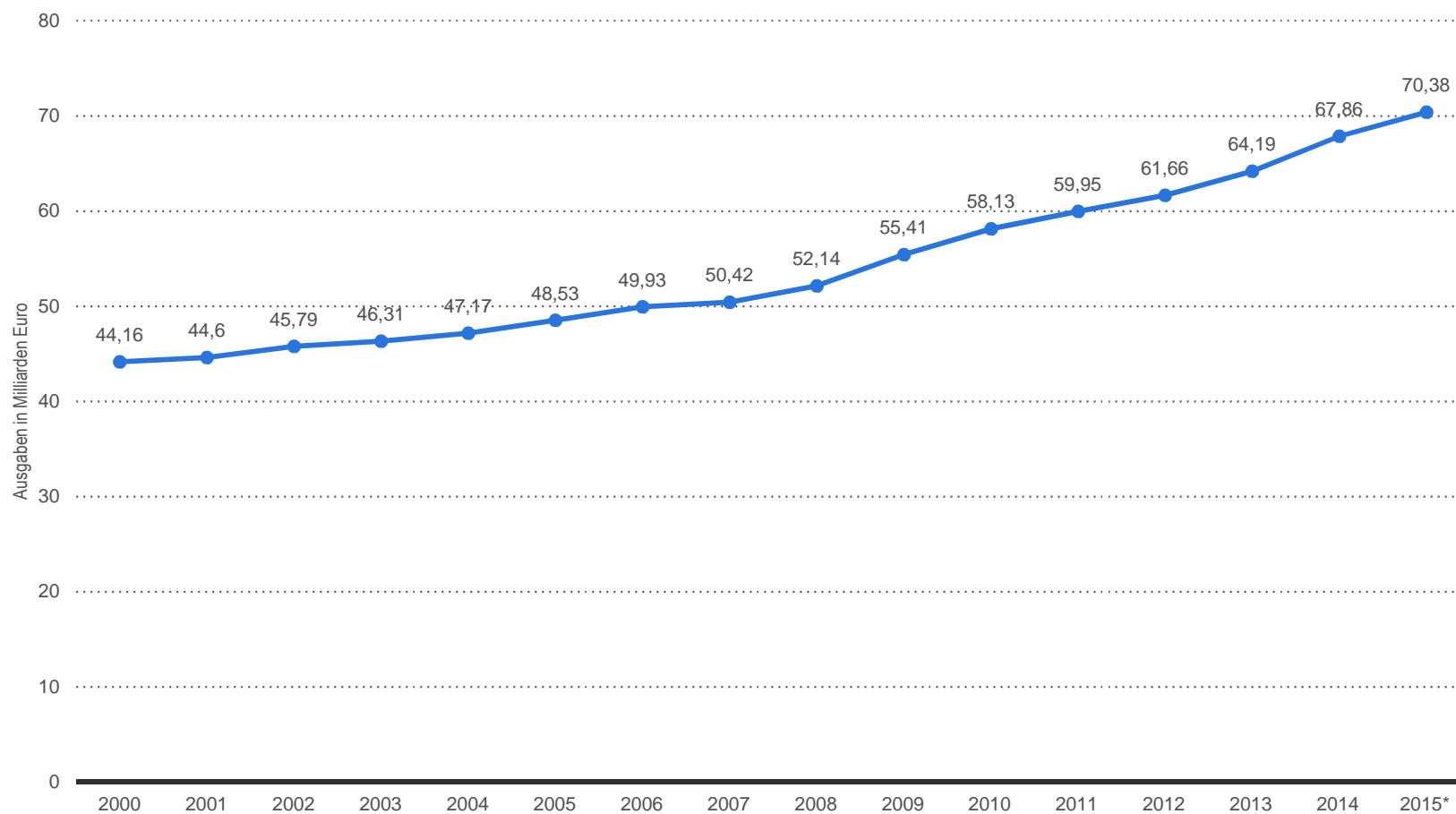
GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

- Ausbau DMP (Rückenleiden und Depression)
- Regressverzicht gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen
- Bildung Innovationsfonds zur Förderung innovativer, sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung jährlich 300 Millionen Euro
- Mehr Gestaltungsmöglichkeiten und Entbürokratisierung bei Regelungen zu Selektivverträgen
- Regelmäßiger Anspruch auf die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung bei bestimmten planbaren Eingriffen
- Anspruch auf zusätzliche Leistungen zur zahnmedizinischen Prävention für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen
- Neuordnung Mitwirkung MDK, Pflegebedürftige und Pflegeberufe werden durch Expertenbeirat einbezogen
- Systematisches, obligatorisches und fristgebundenes Verfahren zur Bewertung Medizinprodukte der höchsten Risikoklassen IIb und III
- Regionalisierung Wirtschaftlichkeitsprüfungen Arzneimittelbereich
- finanzielle Sicherstellung der Hochschulambulanzen

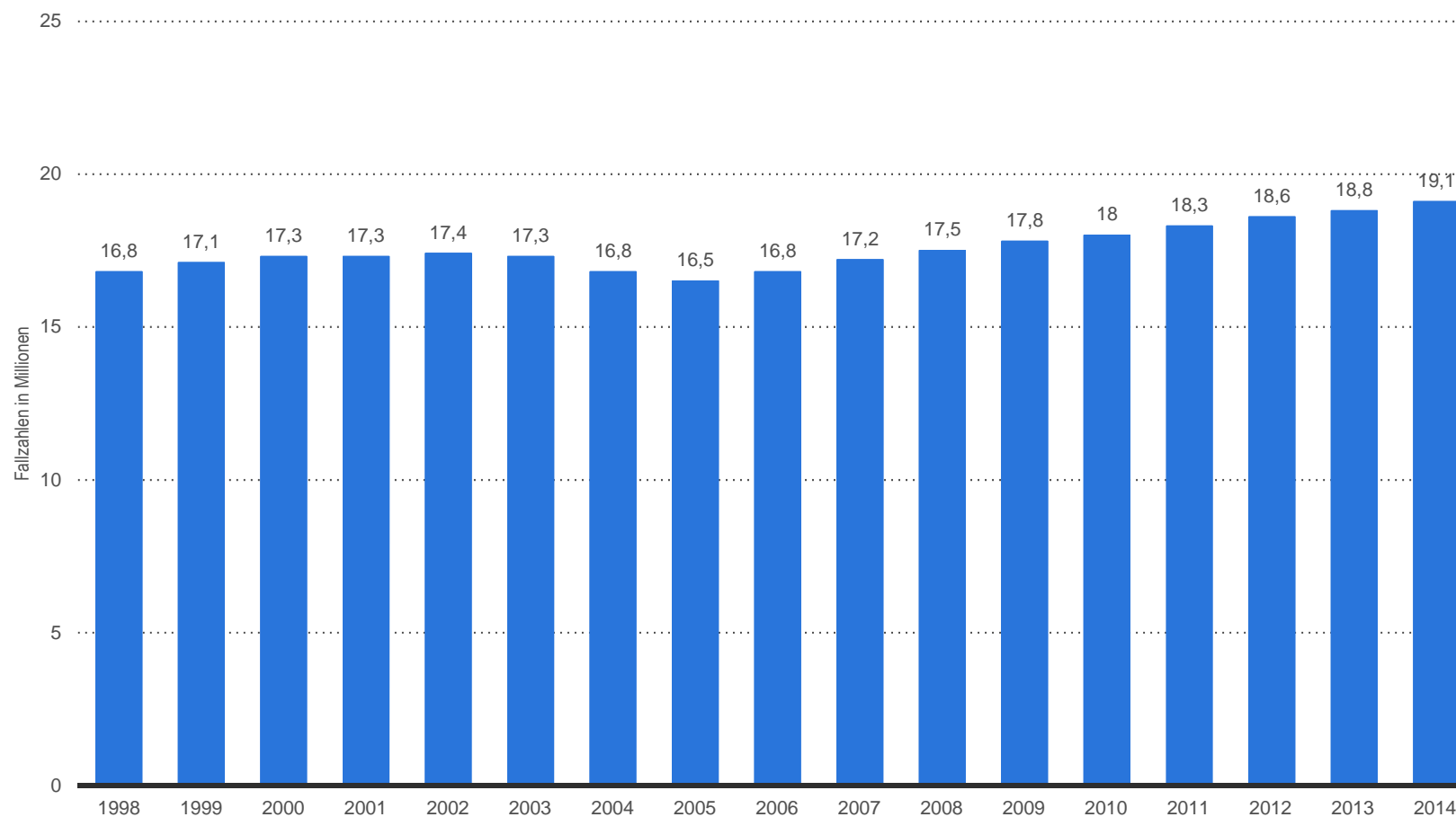
Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2014



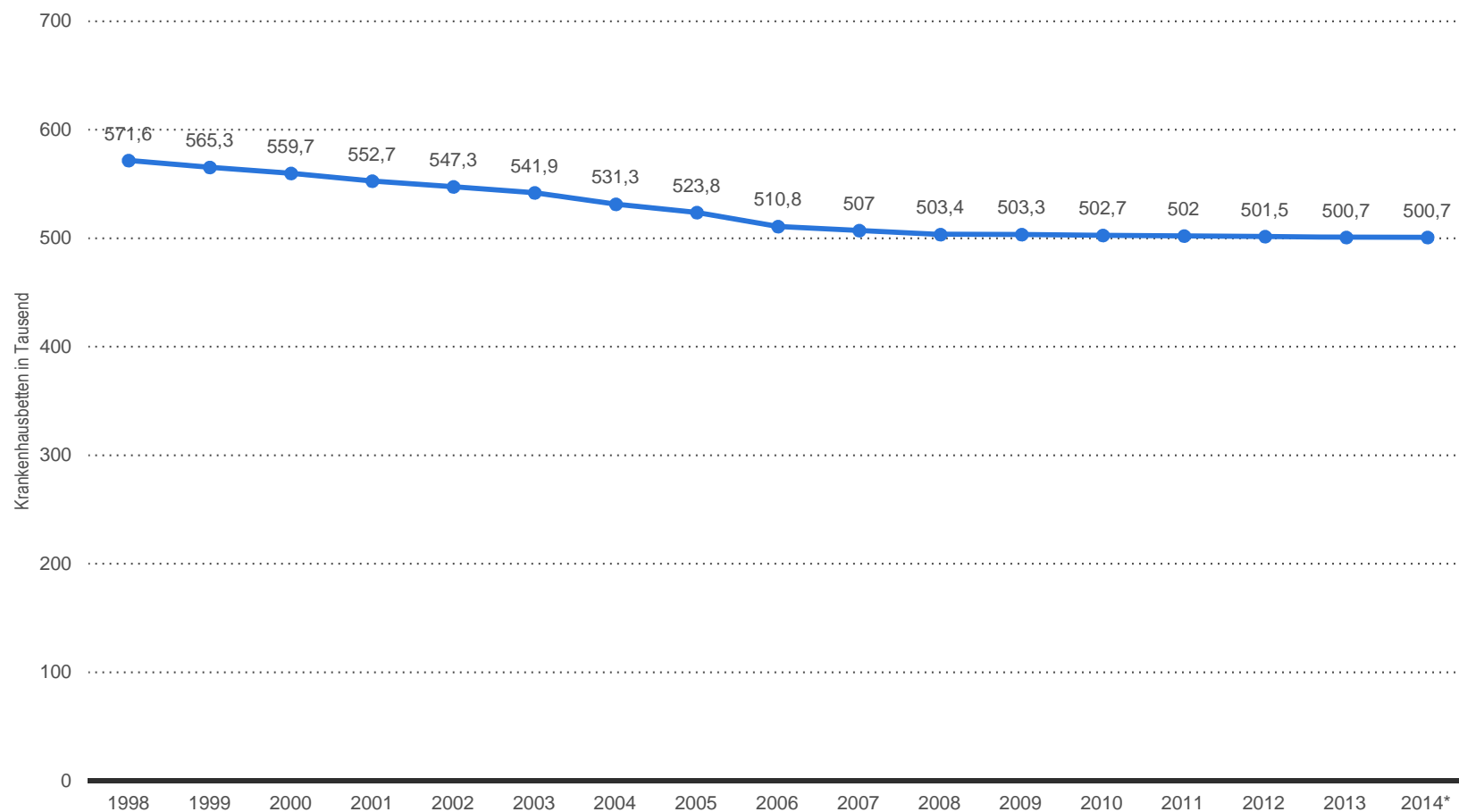
Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Krankenhausbehandlungen in den Jahren 2000 bis 2015 (in Milliarden Euro)



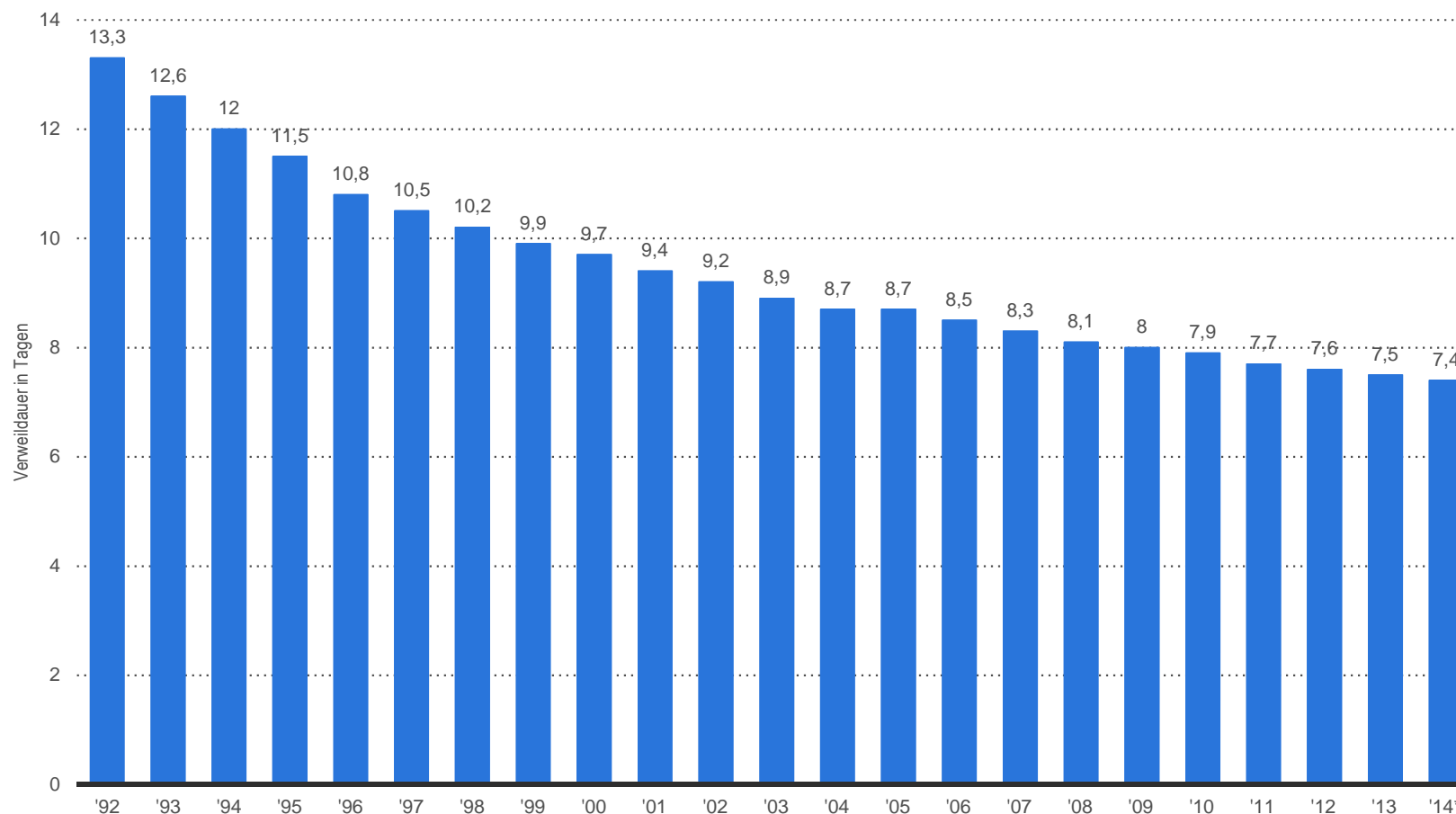
Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 1998 bis 2014 (in Millionen)



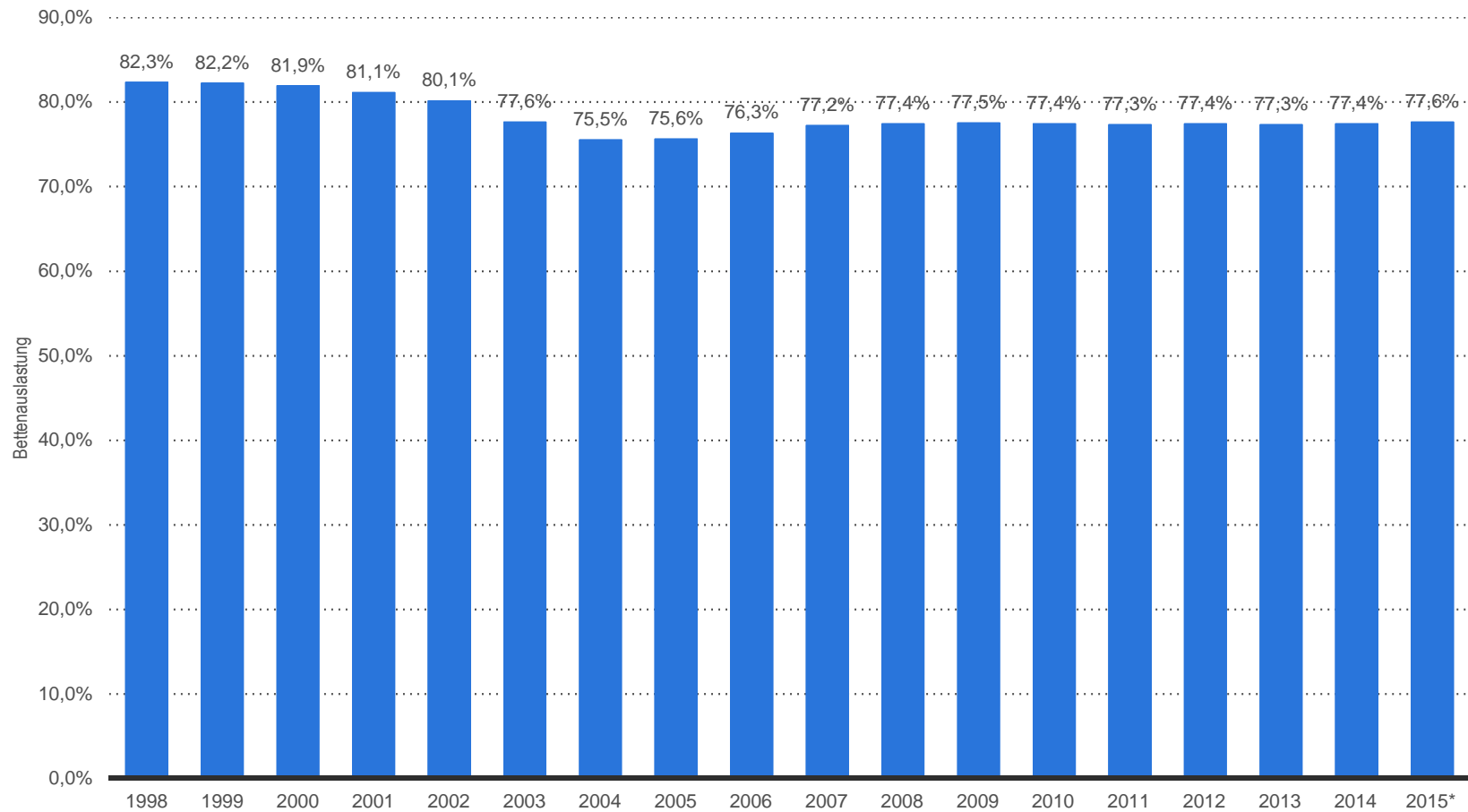
Anzahl der Krankenhausbetten in Deutschland in den Jahren 1998 bis 2014 (in 1.000)



Durchschnittliche Verweildauer in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 1992 bis 2014 (in Tagen)

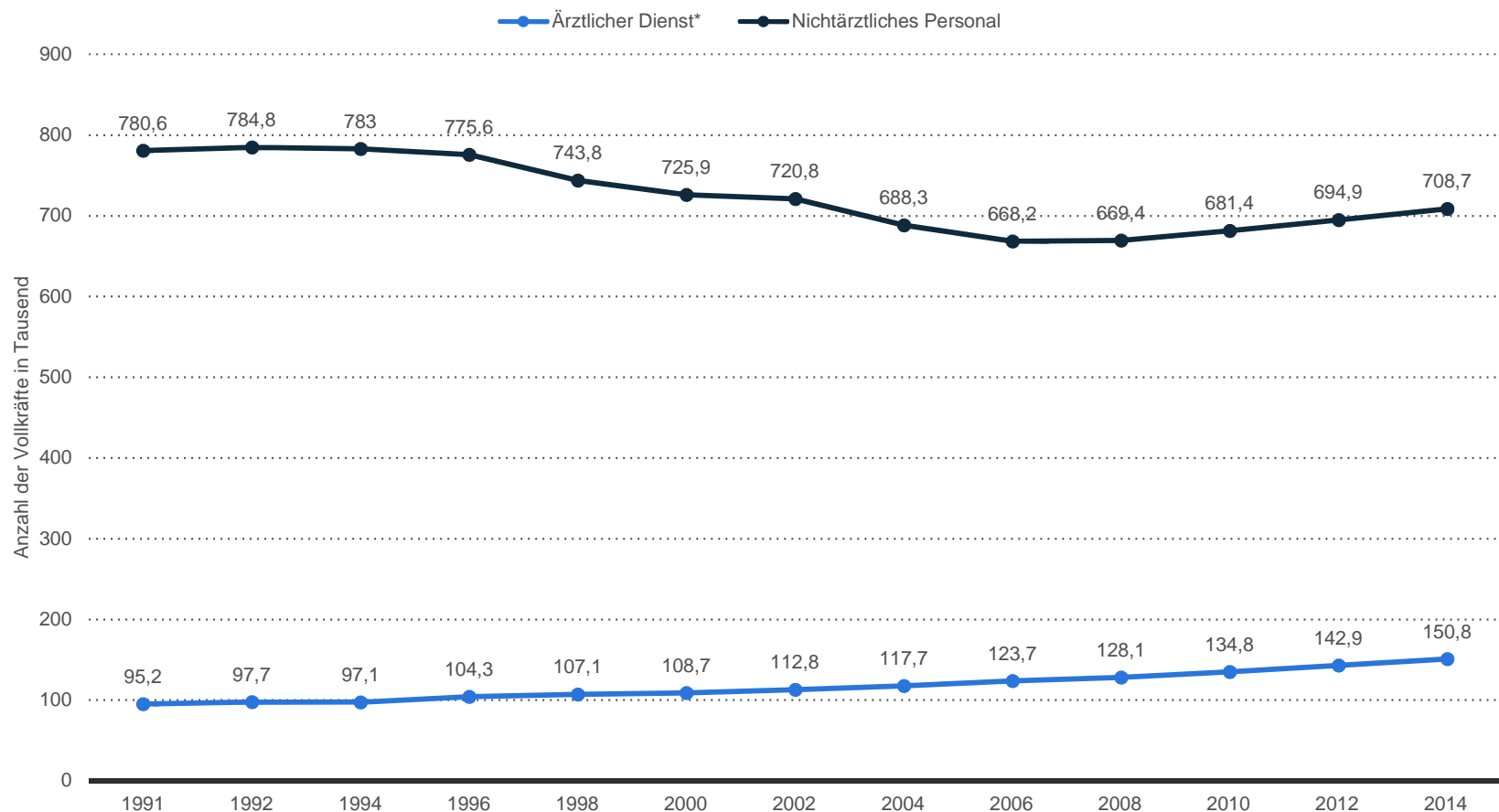


Bettenauslastung in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 1998 bis 2015



Quelle: Statistisches Bundesamt; Statista

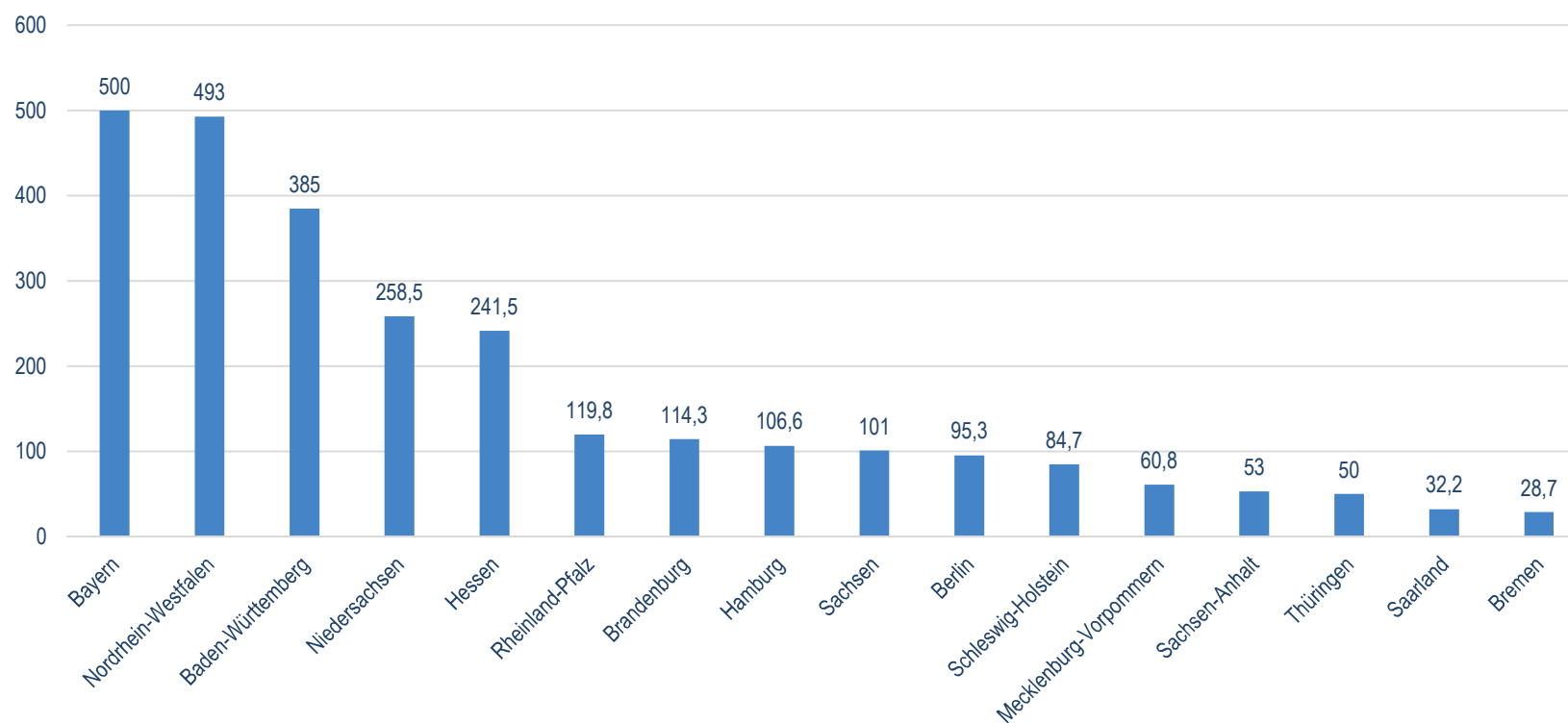
Ärztliches und nichtärztliches Krankenhauspersonal im Jahresdurchschnitt in Deutschland in den Jahren 1991 bis 2014 (in 1.000)



* Mit ärztlichem Personal sind in der Erhebung alle Vollkräfte (ohne Belegärzte und ohne Zahnärzte) gemeint, bis 2003 ohne Ärzte im Praktikum. Ab 2004 sind Assistenzärzte in der Zahl der hauptamtlichen Ärzte enthalten. Mit nichtärztlichem Personal wird in der Erhebung das restliche Personal bezeichnet (ohne Personal der Ausbildungsstätten), einschließlich der Schüler und Auszubildenden. Vollkräfte sind laut Quelle Beschäftigte umgerechnet auf die volle tarifliche Arbeitszeit. Anteilig einbezogen sind auch die Beschäftigten, die nicht am 31.12. im Krankenhaus angestellt waren, sondern nur für einen Zeitraum innerhalb eines Jahres. Zur besseren Übersicht wurden die Werte gerundet.

Höhe der Fördermittel durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nach Bundesland im Jahr 2013 (in Millionen Euro)

Höhe der Fördermittel durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nach Bundesland im Jahr 2013 (in Millionen Euro) 2012/2013



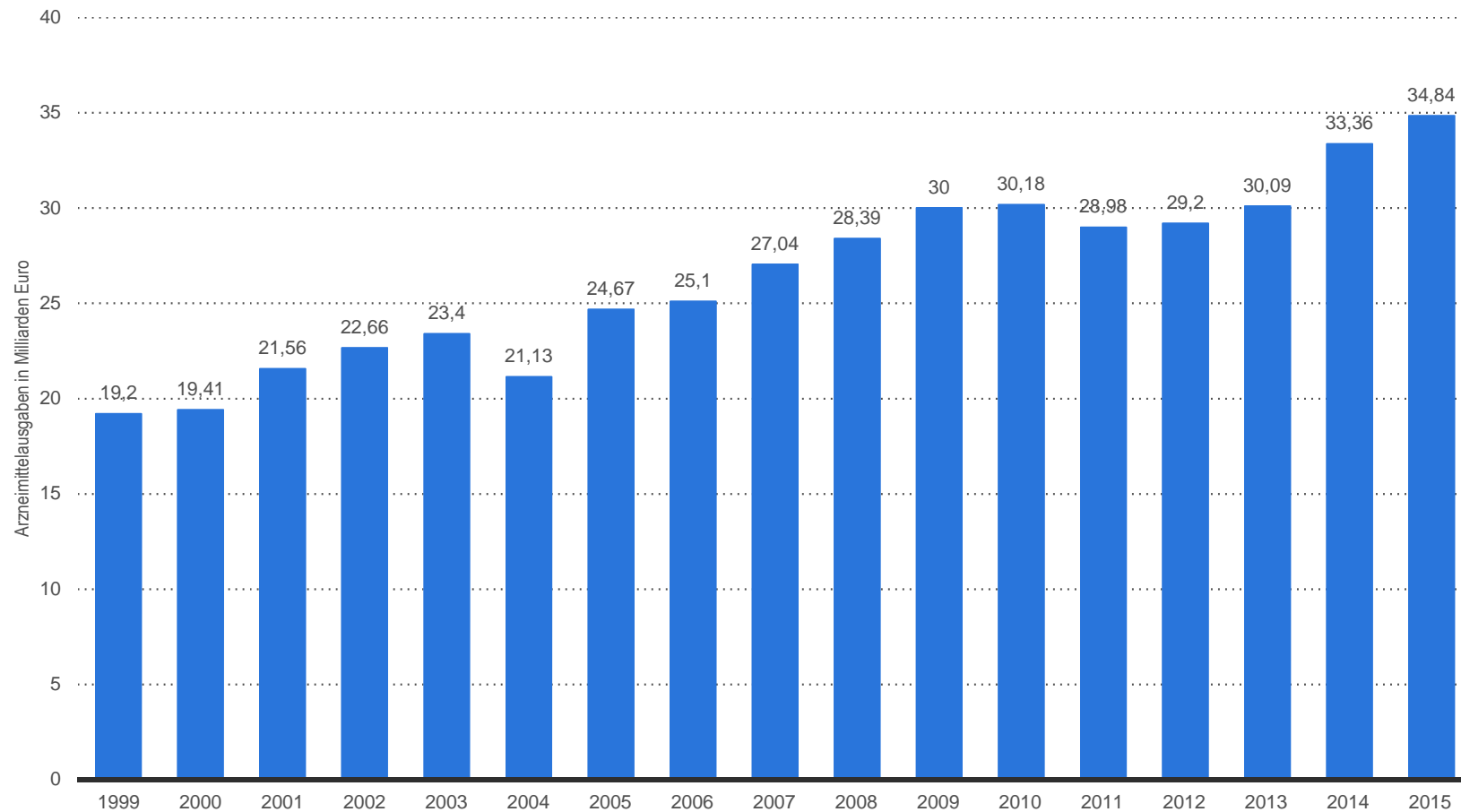
Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)

- Pflegestellenförderprogramm, Förderung von Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, ausgehend vom Bestand 01.01.2015, Intensivstationen sind nicht ausgeschlossen, 2016 bis 2018, insg. 660 Mio. €
- Ersetzung Versorgungszuschlag durch Pflegezuschlag, der Versorgungszuschlag wird ab 2017 durch einen Pflegezuschlag ersetzt in Höhe von 500 Millionen Euro jährlich, je höher der Anteil des Pflegepersonalbudgets eines Krankenhauses am gesamten Budget für das Pflegepersonal in Deutschland ist, umso höher ist der Pflegezuschlag
- Einsetzung Pflegepersonal Expertenkommission
- Steigende Kosten der Krankenhäuser infolge von Tarifabschlüssen, die die Obergrenze für Preiszuwächse überschreiten, werden hälftig von den Kostenträgern refinanziert
- Qualität wird entscheidendes Zielkriterium bei der KH-Planung, GBA empfiehlt planungsrelevante Qualitätsindikatoren
- Qualitäts-Zu- und Abschläge, GBA legt Katalog geeigneter Leistungen oder Leistungsbereiche fest, vor Ort wird konkret über die Erhebung entschieden
- Einrichtung eines Strukturfonds in Höhe von 500 Mio. Euro aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bei BVA

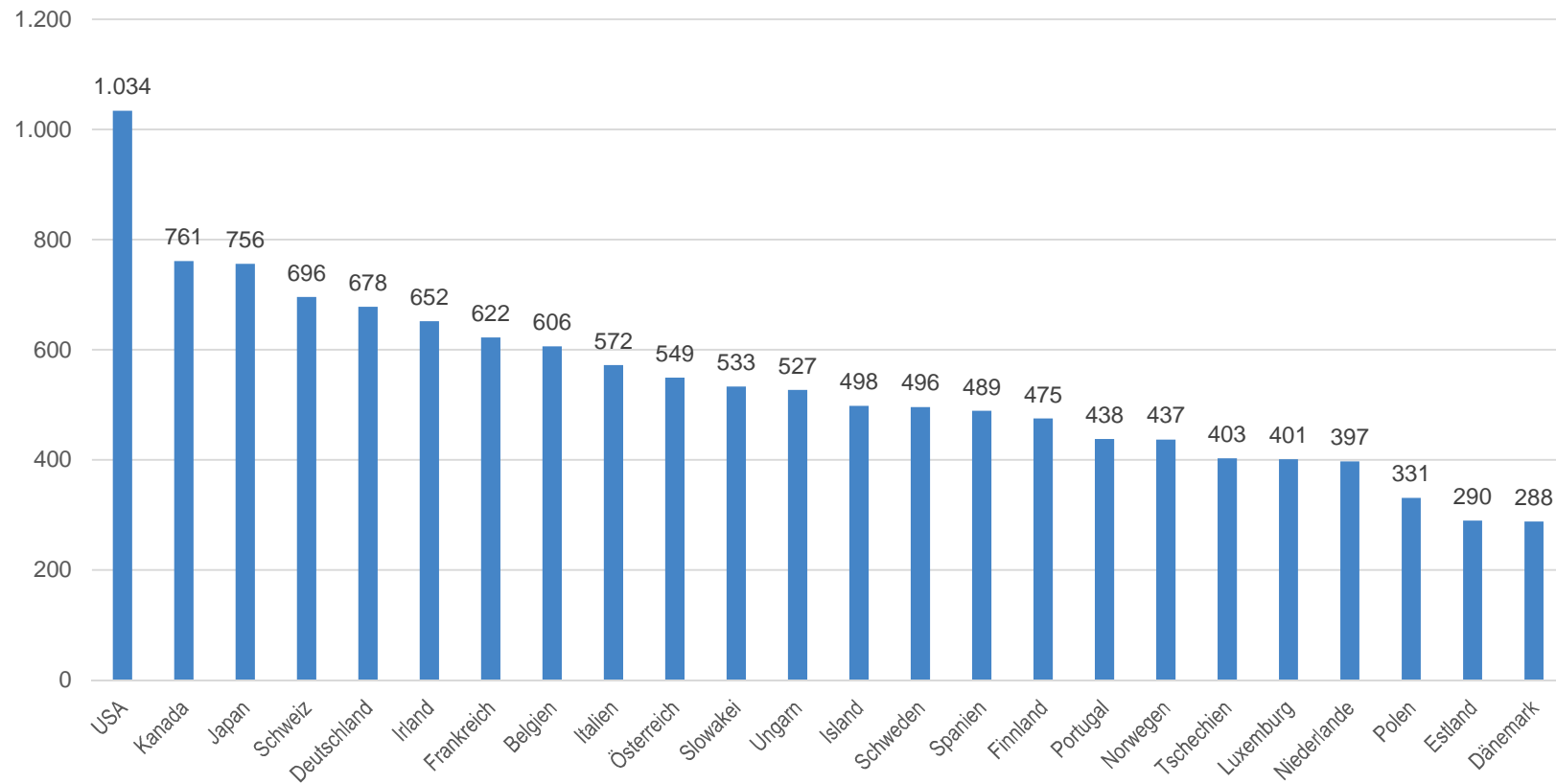
Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)

- Abbau von Überkapazitäten, Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten, Umwandlung von KH in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen, Förderung palliativer Versorgungsstrukturen
- Weiterentwicklung des DRG-Systems, Zuschlag für außerordentlich gute, Abschlag für unzureichende Qualität
- Grundsätzlich kein Vergütungsanspruch für Leistungen, für die festgelegte Mindestmengen unterschritten werden, G-BA kann Ausnahmen vorgeben
- Ab 2017 werden Leistungssteigerungen beim LBFW nicht mehr absenkend berücksichtigt, betriebswirtschaftliche Vorteile zusätzlicher Leistungen werden verursachergerecht beim einzelnen Krankenhaus berücksichtigt (Fixkostendegressionsabschlag).
- Der Investitionsabschlag bei der Vergütung ambulanter Leistungen des Krankenhauses wird ganz gestrichen
- Das Hygieneförderprogramm wird um weitere drei Jahre (2017 bis 2019) verlängert Steigende Kosten der Krankenhäuser infolge von Tarifabschlüssen, die die Obergrenze für Preiszuwächse überschreiten, werden hälftig von den Kostenträgern refinanziert
- Einrichtung der Pflegerischen Übergangsversorgung als Leistungsanspruch

Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den Jahren 1999 bis 2015 (in Milliarden Euro)



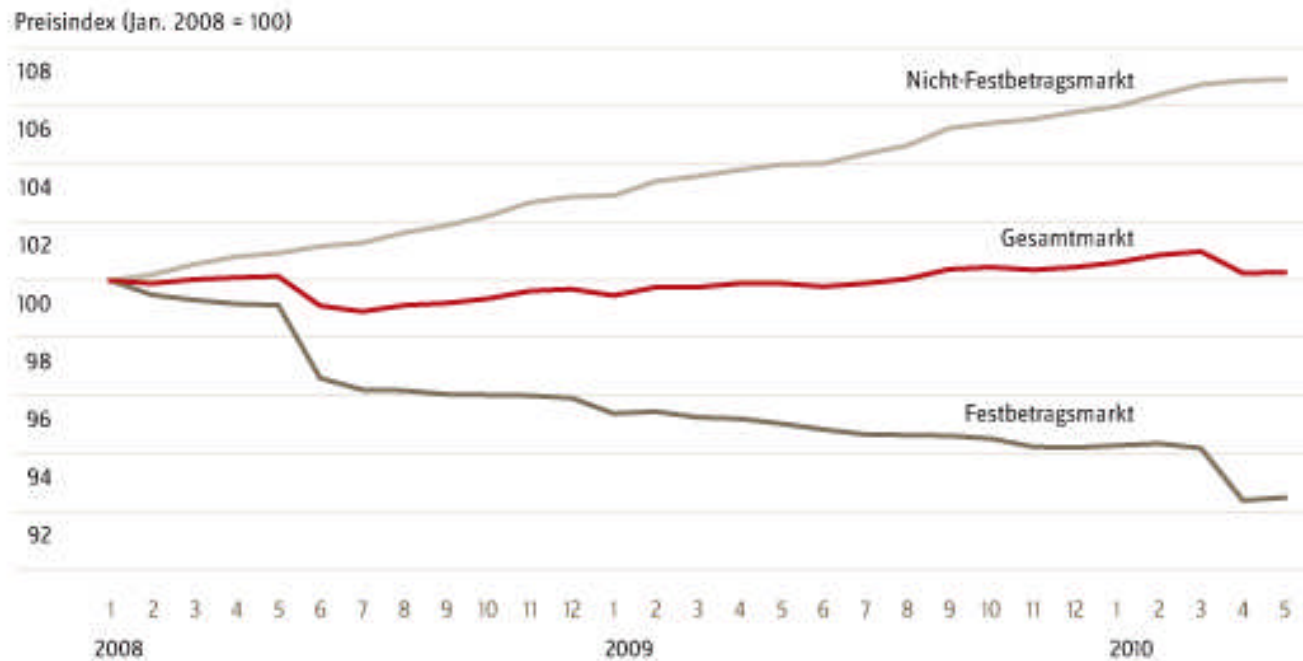
Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel ausgewählter Länder im Jahr 2015 (in US-Dollar*)



* kaufkraftbereinigt

Neue Arzneimittel

Neue Arzneimittel als Kostentreiber



Quelle: GKV-Arzneimittelindex im WIdO 2010
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Arzneimittelpreise im europäischen Vergleich

So entstehen Arzneimittelpreise in der Europäischen Union



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband, Februar 2012.

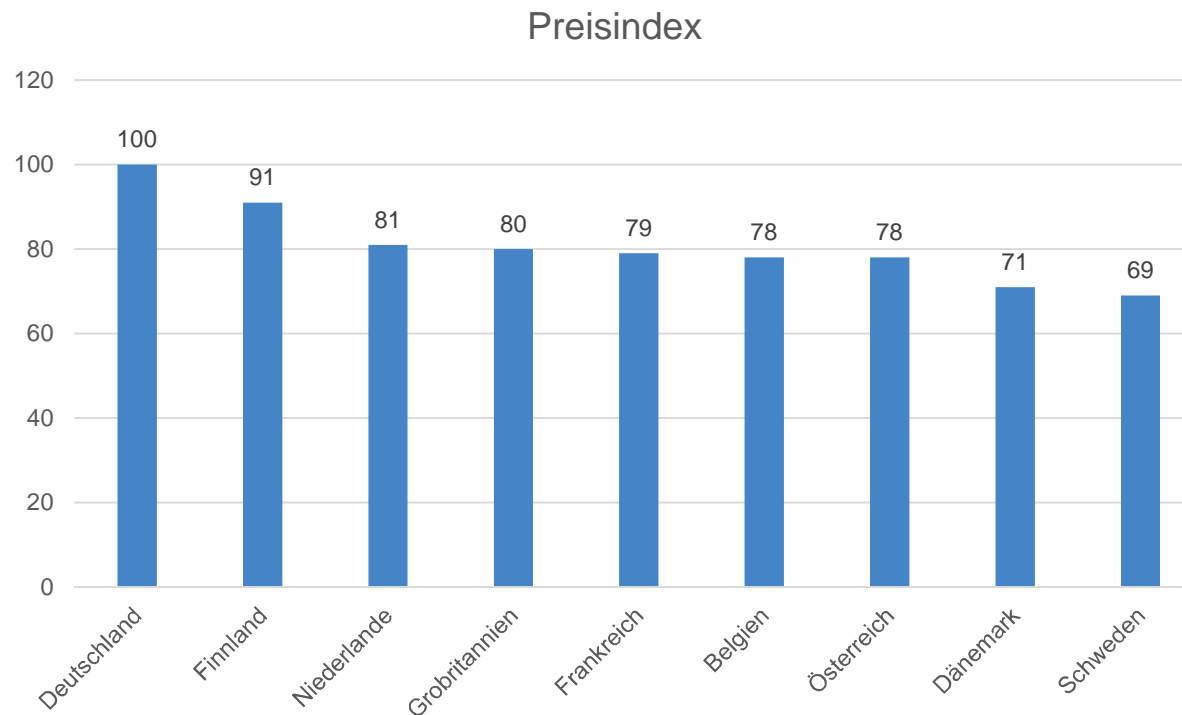
Arzneimittelpreise im europäischen Vergleich

Die fünf umsatzstärksten Arzneimittel nach Herstellerumsatz im Jahr 2015 auf der Basis der Listenpreise zum Stichtag 1.5.2016. Angegeben sind die BIP-adjustierten Listenpreise nach Land in Euro.

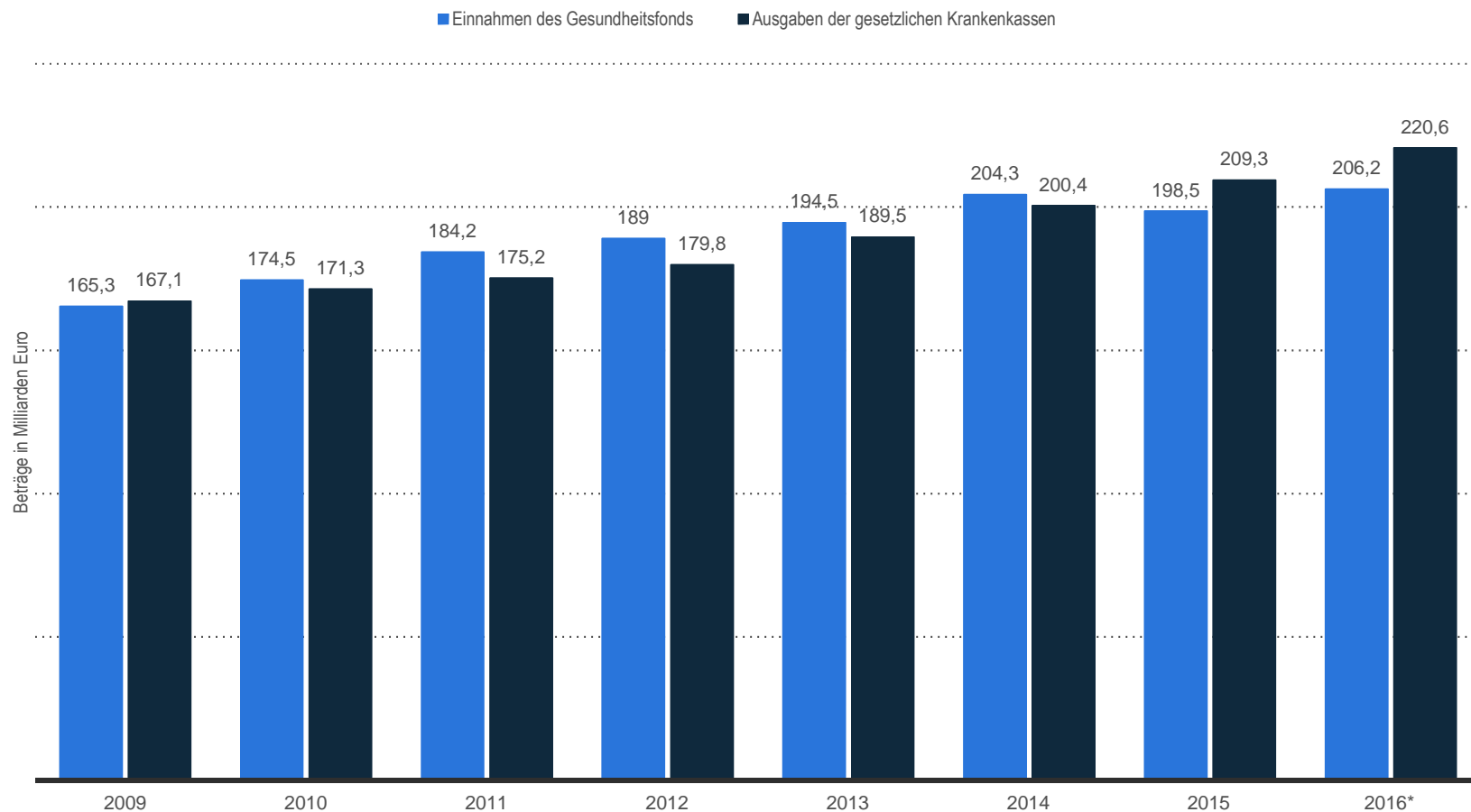
	Deutschland	Belgien	Dänemark	Finnland	Frankreich	Großbritannien	Niederlande	Österreich	Schweden
Humira 40mg 6Fertigspr.	4.221,30	2.810,87	2.503,39	2.933,33	2.496,56	2.397,76	2.915,56	2.682,32	2.522,15
Harvoni 28 Ftbl.	18.115,00	17.001,73	12.772,34	16.498,29	16.812,71	14.745,48	13.796,45	14.061,14	12.152,14
Xarelto 20mg 98 Ftbl.	245,00	217,33	155,28	226,71	214,91	200,19	190,47	249,84	166,59
Enbrel 50mg 12 Fertigspr.	4.221,30	2.474,77	2.503,39	2.881,30	2.363,67	2.434,25	2.881,87	2.613,81	2.365,10
Tecfidera 240mg 168 Kps.	5.175,00	3.193,37	3.362,45	3.153,04	2.976,86	4.674,45	3.079,35	2.962,71	2.750,45

Arzneimittelpreise im europäischen Vergleich

Preisindex für den gesamten Warenkorb der 250 umsatzstärksten Präparate nach Ländern berechnet auf der Basis von BIP-adjustierten Herstellerabgabepreisen (Listenpreisen).



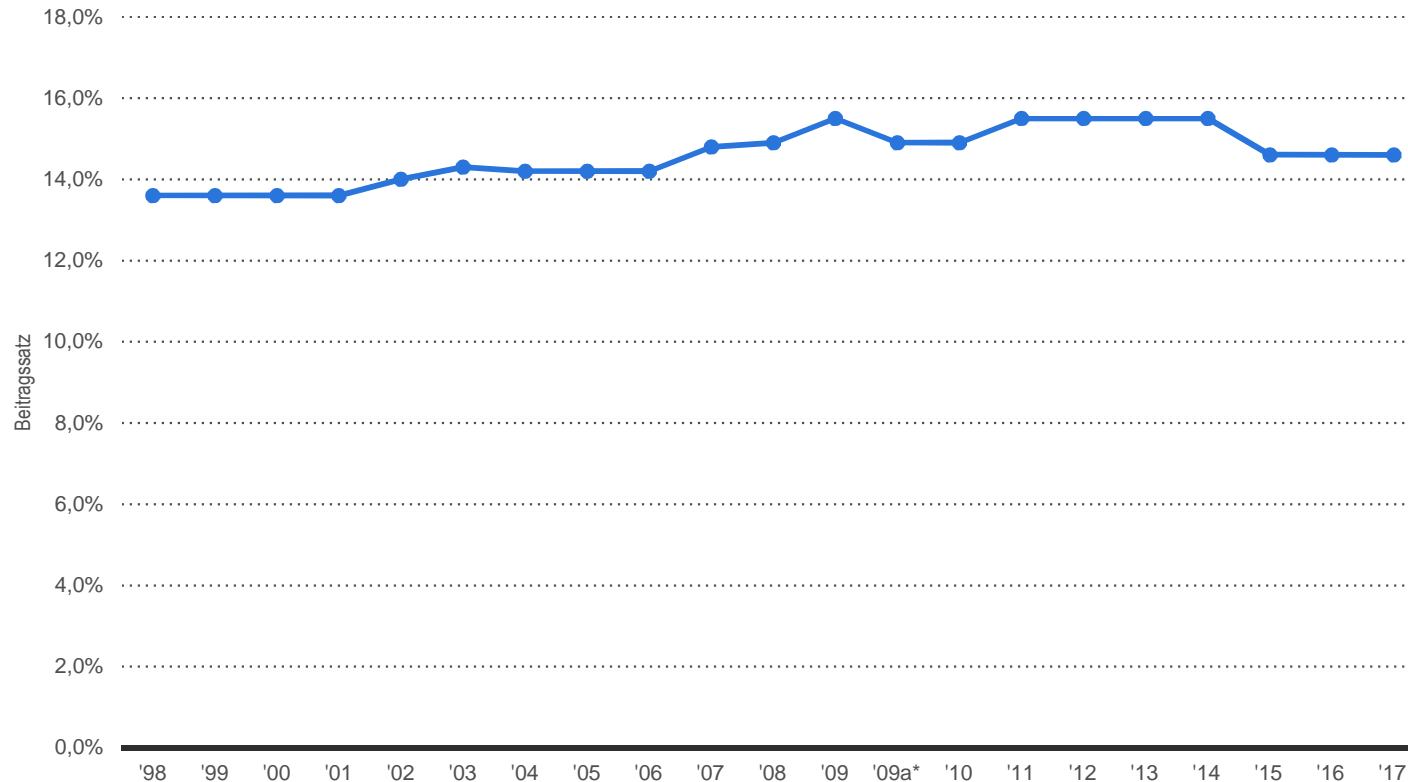
Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und Einnahmen des Gesundheitsfonds in den Jahren 2009 bis 2016 (in Milliarden Euro)



Quelle: BMG; GKV-Spitzenverband; Bundesversicherungsamt; Statista

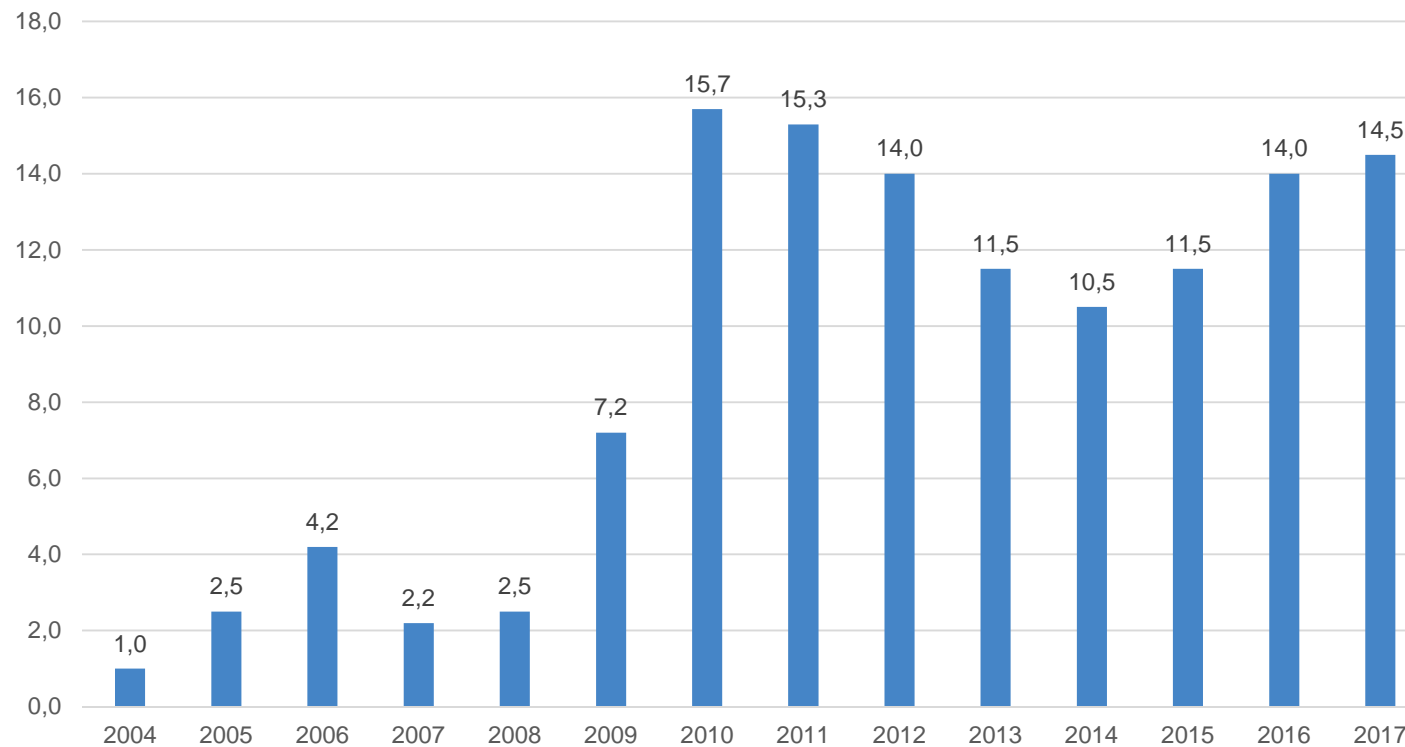
* Schätzung des Schätzerkreises vom 19. Oktober 2015

Entwicklung der Beitragssätze der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in den Jahren 1998 bis 2017



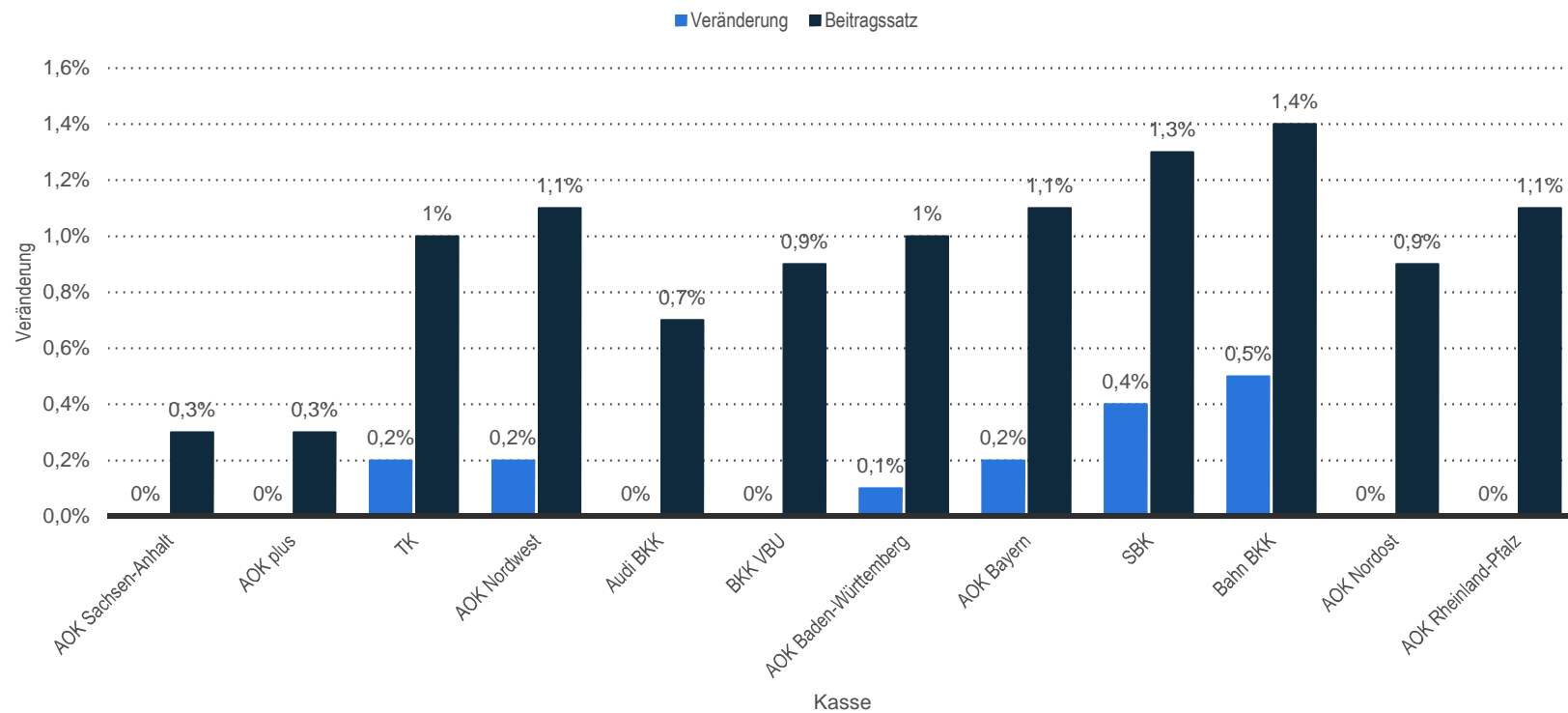
- Angaben zum GKV-Beitragssatz beziehen sich bis einschließlich 2008 auf durchschnittliche Beitragssätze aller Krankenkassen
- ab 2009 gilt ein einheitlicher, vom Gesetzgeber festgelegter Beitragssatz
- vom 1. Juli 2005 bis einschließlich 2014 beinhaltet der Beitragssatz den von den Mitgliedern allein zu tragenden Anteil von 0,9 Prozentpunkten
- ab 2015 gilt der gesetzlich festgelegte allgemeine Beitragssatz von 14,6 Prozent, optional können Krankenkassen einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag erheben
- für 2015 hat das Bundesgesundheitsministerium im Herbst 2014 einen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 0,9 Prozent prognostiziert, der tatsächliche durchschnittliche Zusatzbeitragssatz kann davon abweichen, betrug 2015 0,83 Prozent
- für 2016 geht das Bundesgesundheitsministerium von einem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 1,1 Prozent aus (Prognose vom Herbst 2015); der tatsächliche durchschnittliche Zusatzbeitragssatz beträgt im Mai 1,08 Prozent

Beteiligung des Bundes aus Steuermitteln an der Finanzierung der GKV in Milliarden Euro



Quelle: GKV-Spitzenverband

Veränderungen der Zusatzbeiträge ausgewählter gesetzlicher Krankenkassen zum 01. Januar 2016 (Stand: 17. Dezember 2015)



Quelle: statista (2016)

Paritätische Beitragsfinanzierung in der GKV Warum ist eine Rückkehr zur Parität angezeigt?

- Durch Zusatzbeiträge werden v.a. Bezieher kleiner und mittlerer Einkommen belastet. Die Löhne gerade für Geringverdiener dürfen durch steigende Zusatzbeiträge nicht weiter gesenkt werden.
- Für Arbeitgeber bedeutet die Rückkehr zur Parität einen wirtschaftlich irrelevanten Aufwand. Es gibt keine belastbaren empirischen Belege für die Behauptung, die Sozialabgaben seien in Deutschland zu hoch. Die Gesundheitskosten pro Arbeitsplatz liegen in Deutschland im internationalen Mittelfeld.
- Beispiel: Kosten für gesetzliche Sozialaufwendungen (inkl. Mutterschaft, Feiertage) betragen rund 10% der Kosten einer Handwerkerstunde von durchschnittlich 48,51€. Eine Erhöhung des Arbeitgeberanteils an den GKV-Beiträgen von zurzeit 7,3% auf paritätische 7,75% würde die Sozialaufwendungen der Arbeitgeber um nur **sechs Cent** anheben.

Paritätische Beitragsfinanzierung in der GKV Warum ist eine Rückkehr zur Parität angezeigt?

- Durch umfassende Versorgung der GKV im Krankheitsfall wird nicht nur die Arbeitsfähigkeit der Versicherten wiederhergestellt, sondern auch die Produktivität der Unternehmen erhalten.
 - | → Arbeitgeber profitieren in hohem Maße vom Gesundheitswesen. Sie müssen sich daher auch die gleiche finanzielle Verantwortung übernehmen wie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.
- Die Beteiligung der Arbeitgeber über die als reine Lohnersatzleistung konzipierte Entgeltfortzahlung greift zu kurz, denn diese leistet keinen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung als solche.
- Durch Festschreibung des Beitragssatzes verlieren Arbeitgeber jegliches Interesse an einer moderaten Beitragssatzentwicklung der GKV. Auch das Interesse an einer wirtschaftlichen und gleichzeitig qualitativ hochwertigen Versorgung im Rahmen der Selbstverwaltung mitzuwirken schwindet.
 - | → Arbeitgeber sollten sich mit gleichen Engagement an der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens beteiligen.

Grundstruktur der Finanzierung der paritätischen Bürgerversicherung

