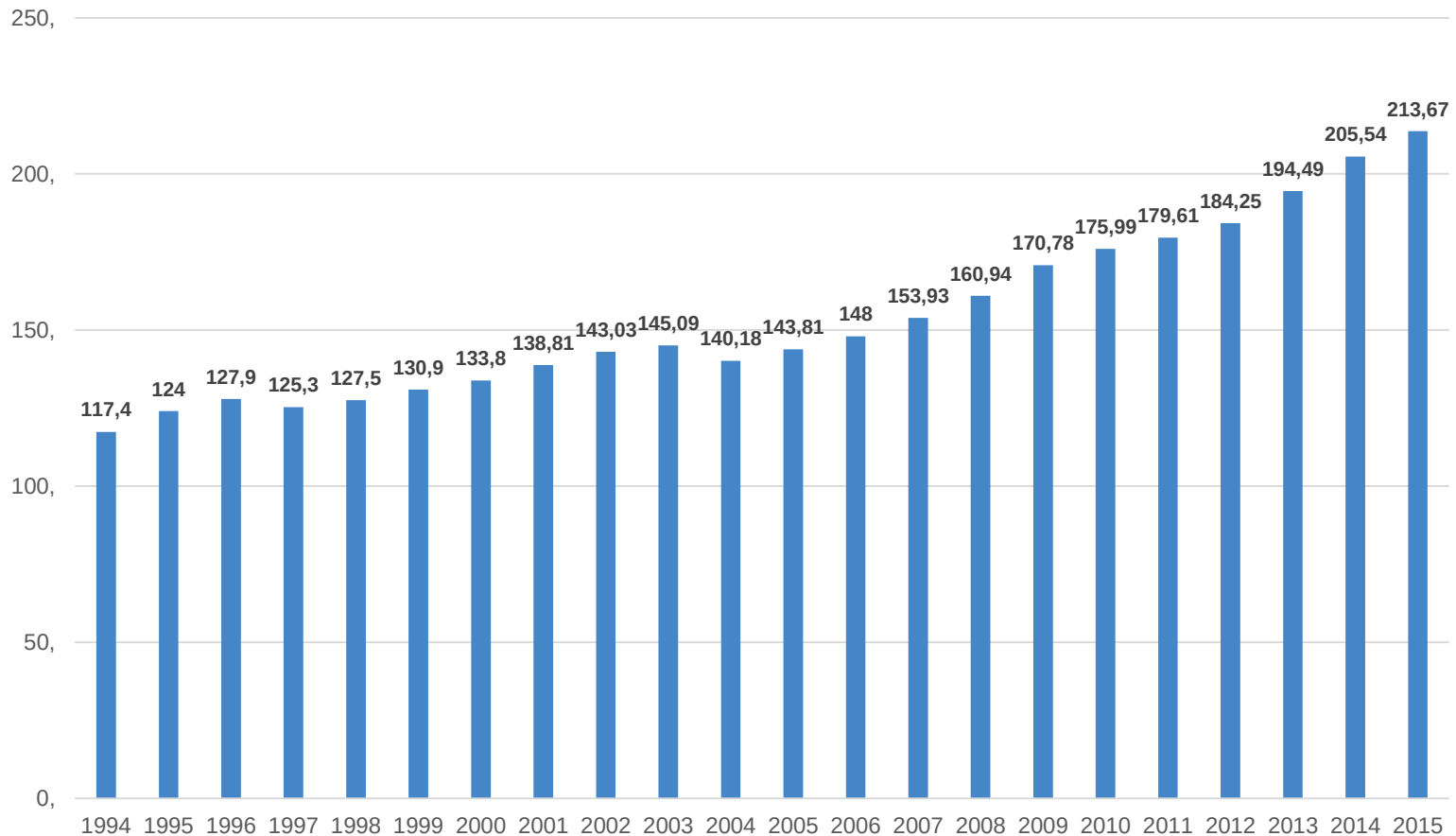


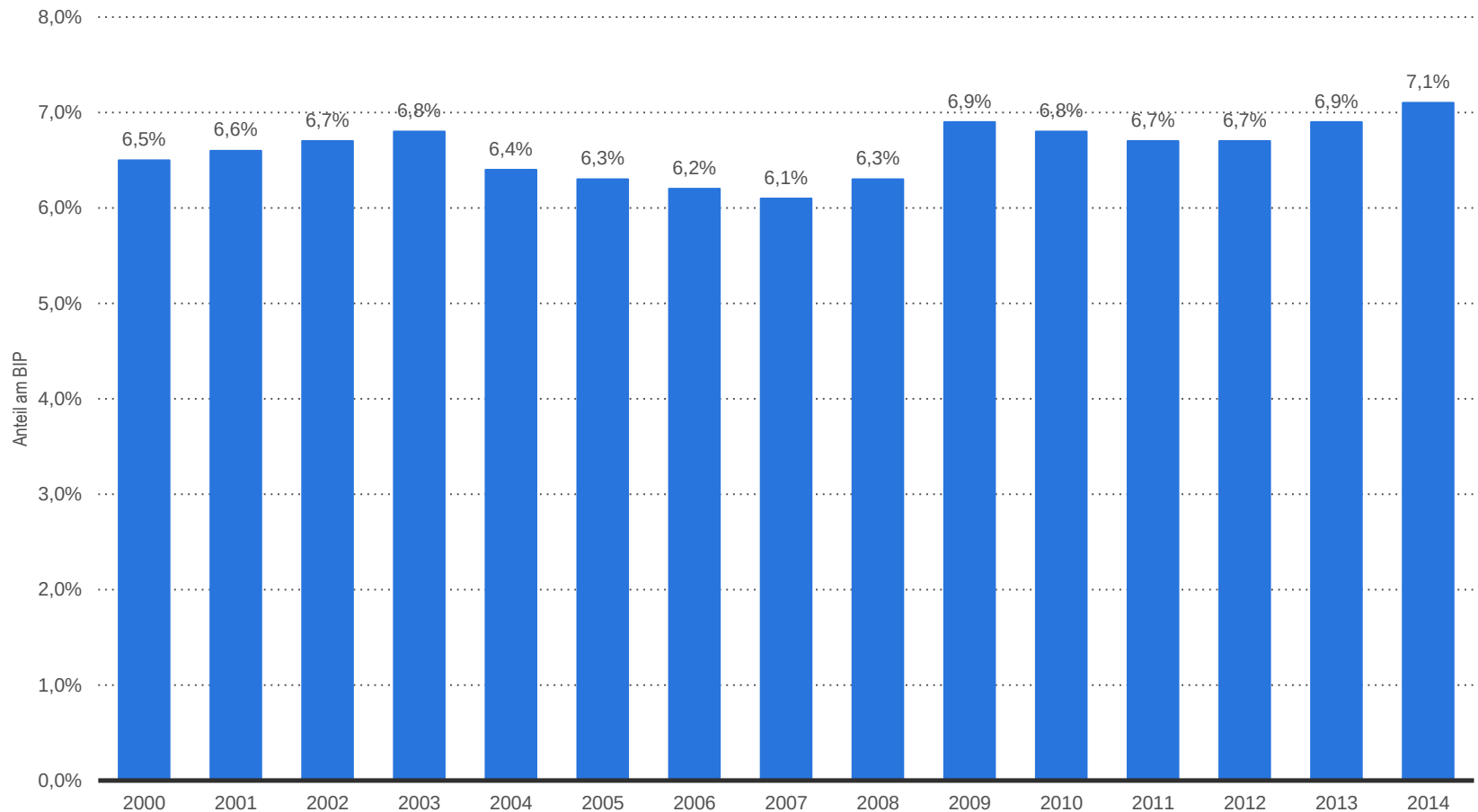
"Für eine gute Gesundheit und menschenwürdige Pflege"

Nordhausen, 11.1.2017

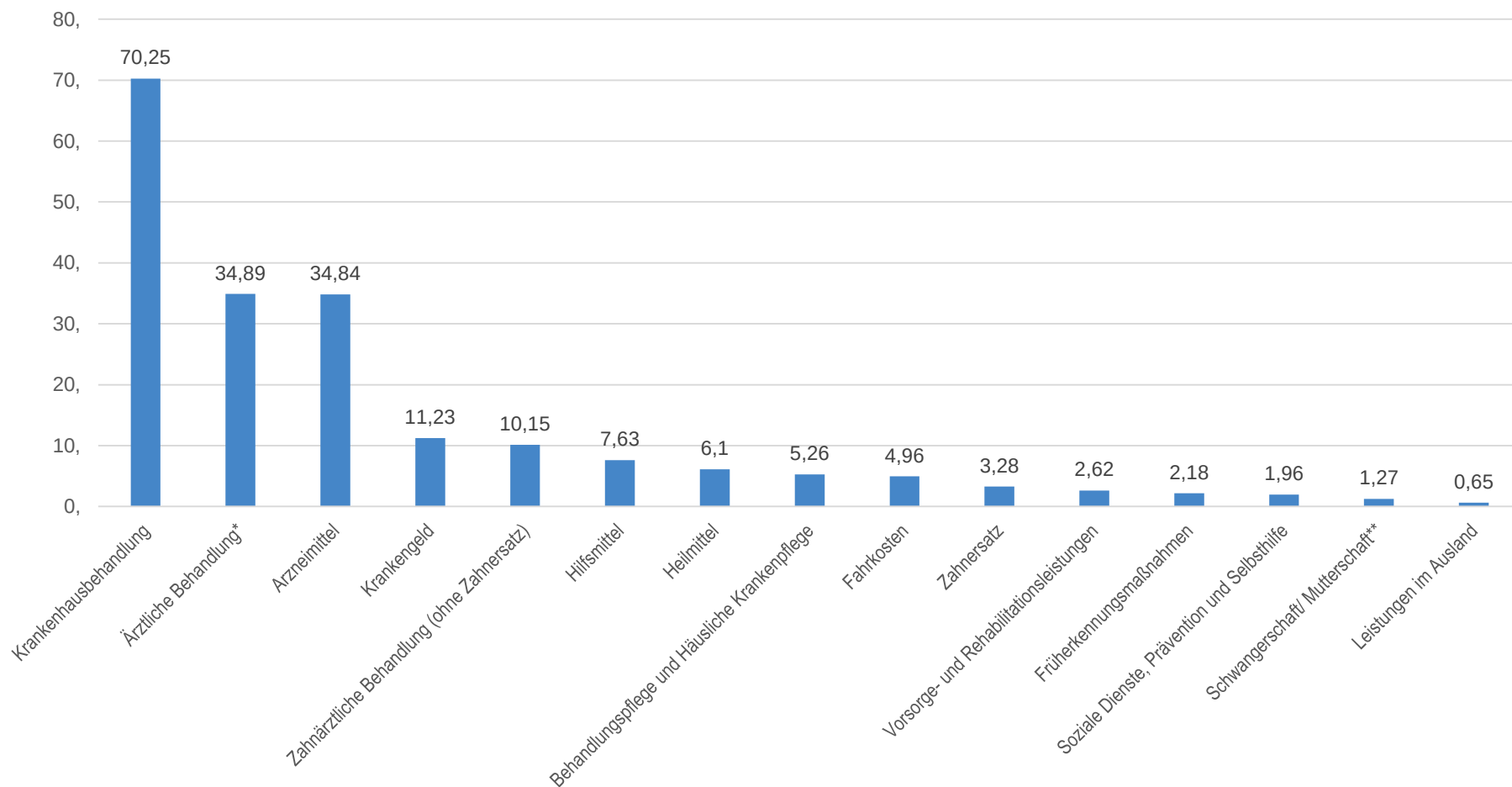
Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland in den Jahren 1994 bis 2015 (in Milliarden Euro)



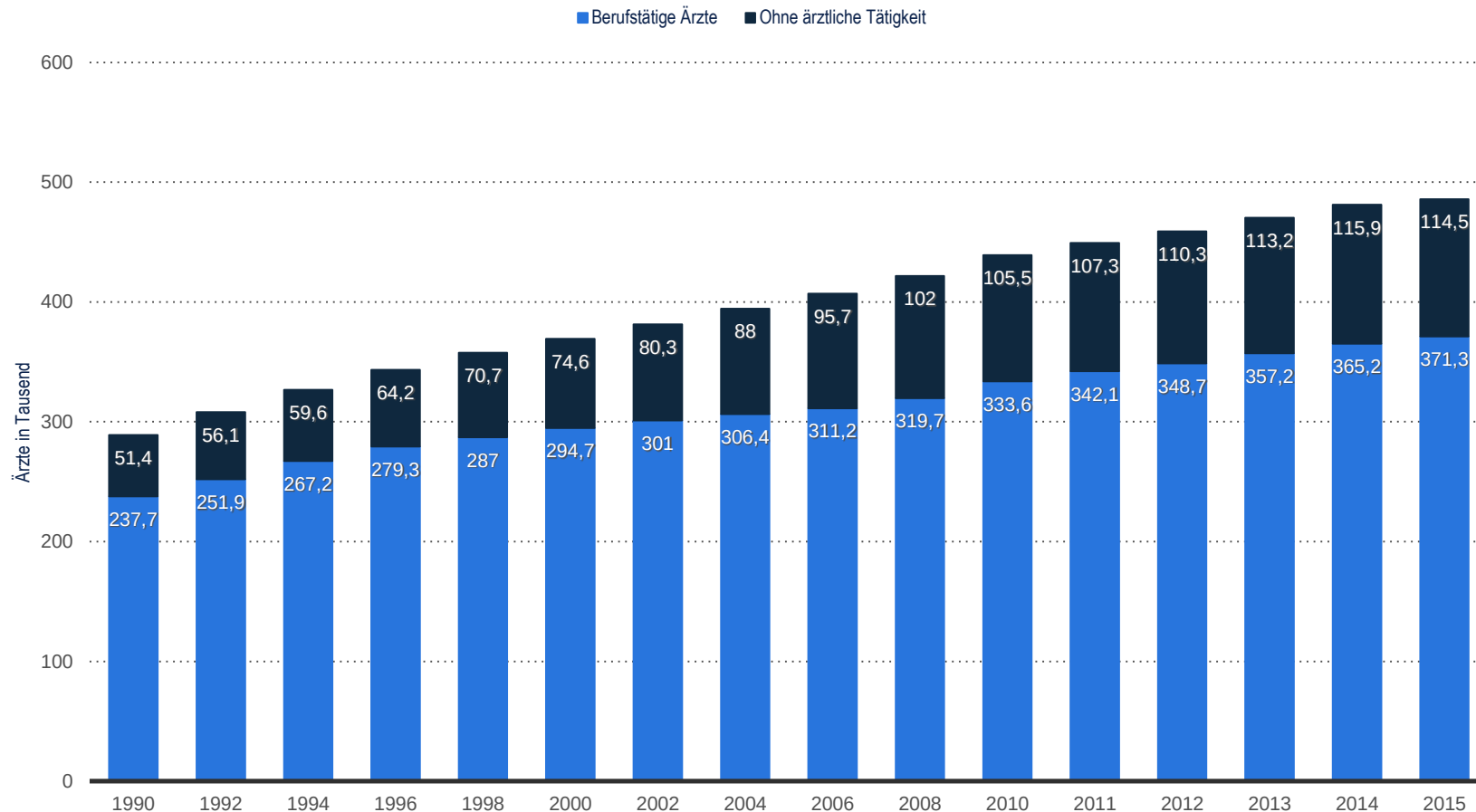
Anteil der Ausgaben der GKV am Bruttoinlandsprodukt Deutschlands in den Jahren 2000 bis 2014



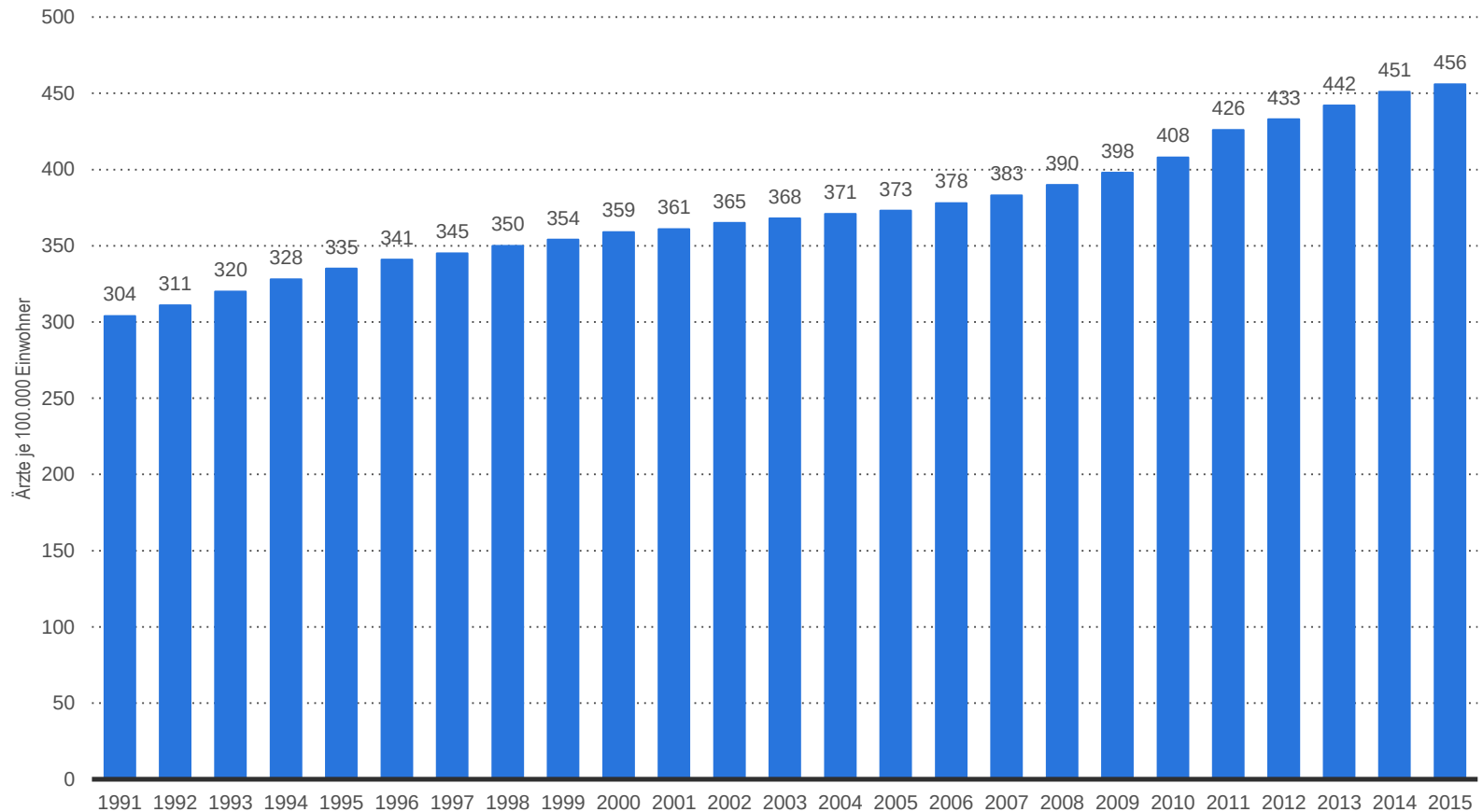
Ausgaben für ausgewählte Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland 2015 (in Milliarden Euro)



Entwicklung der Ärztezahlen in Deutschland seit 1990

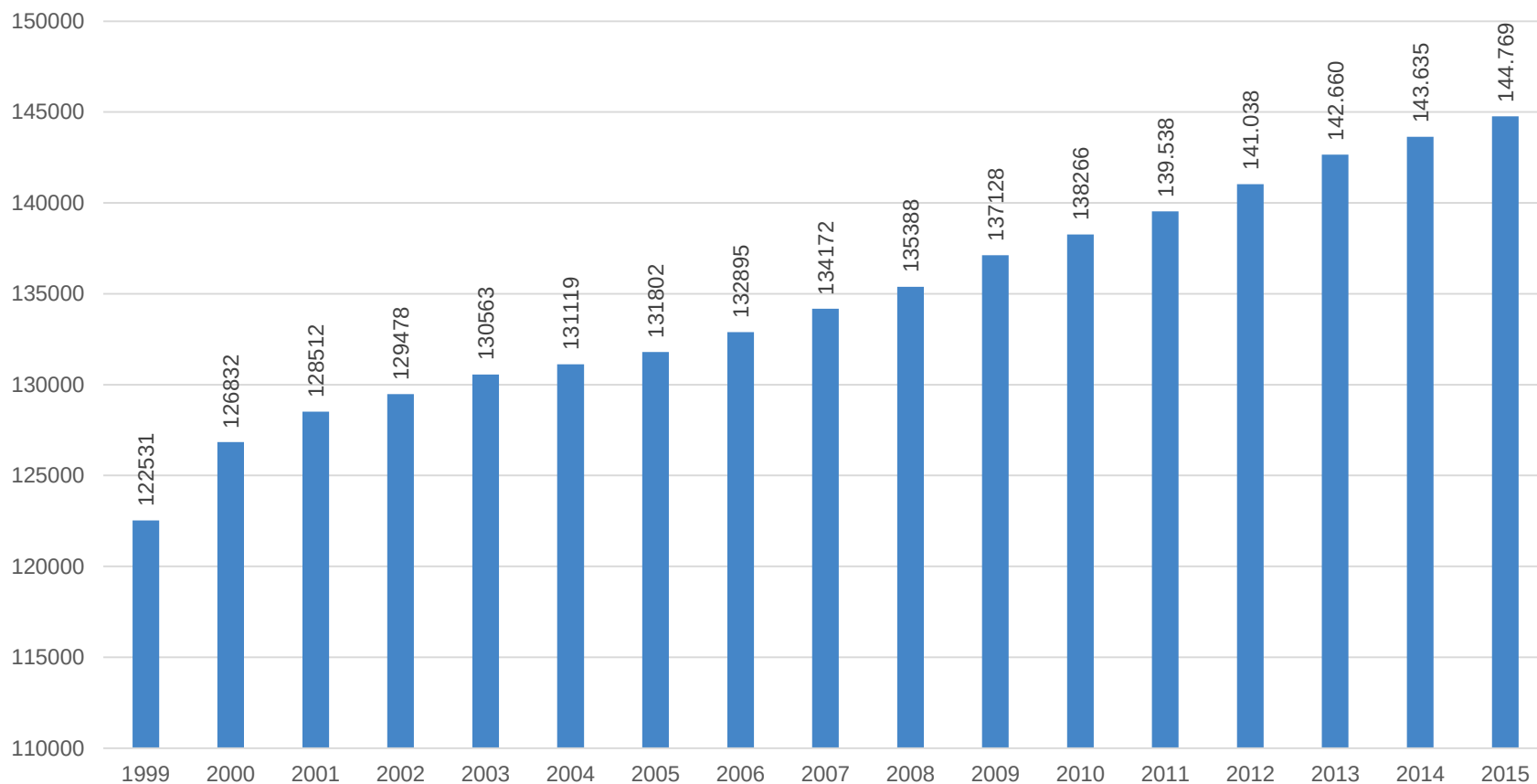


Ärztedichte in Deutschland in den Jahren 1991 bis 2015 (Ärzte je 100.000 Einwohner)



Entwicklung der Zahl der Vertragsärzte

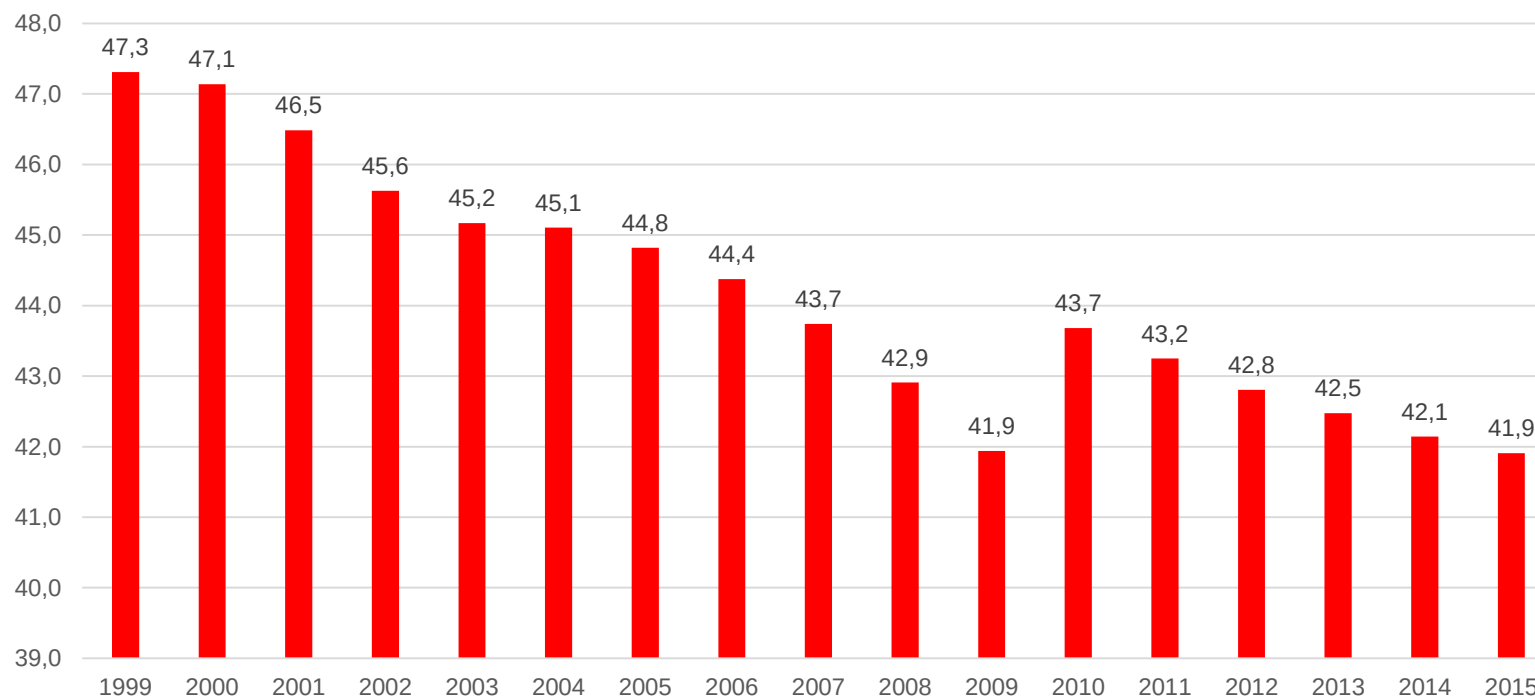
An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte



Quelle: KBV, GBE

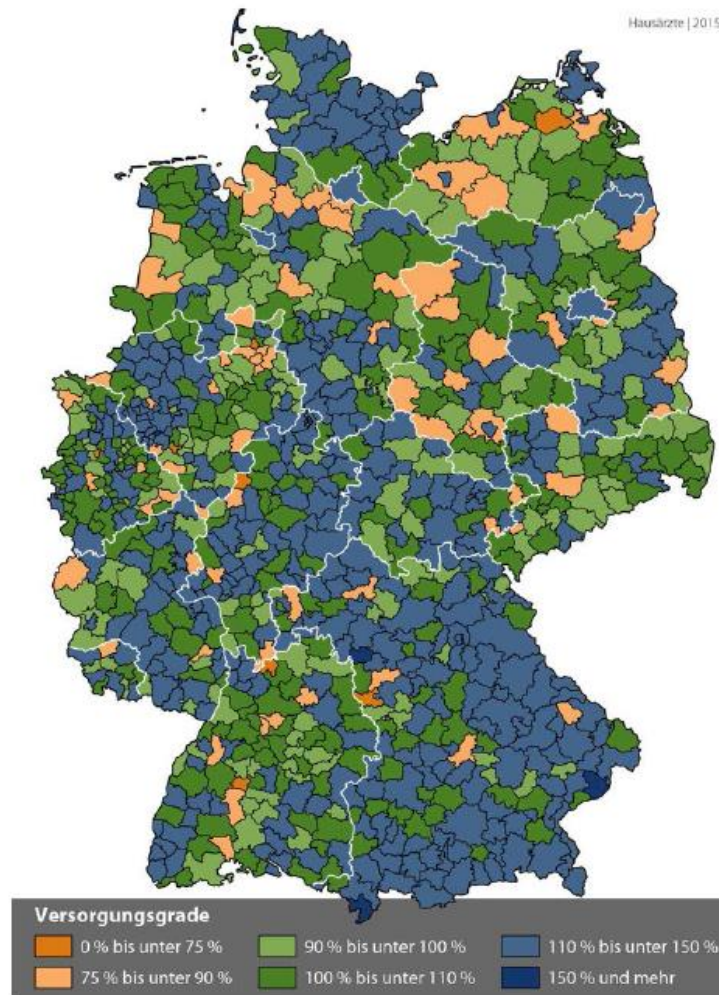
Anteil der Hausärzte

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



Quelle: KBV, GBE

Regionale Verteilung der Hausärzte* (Vertragsärzte) nach Planungsbereichen



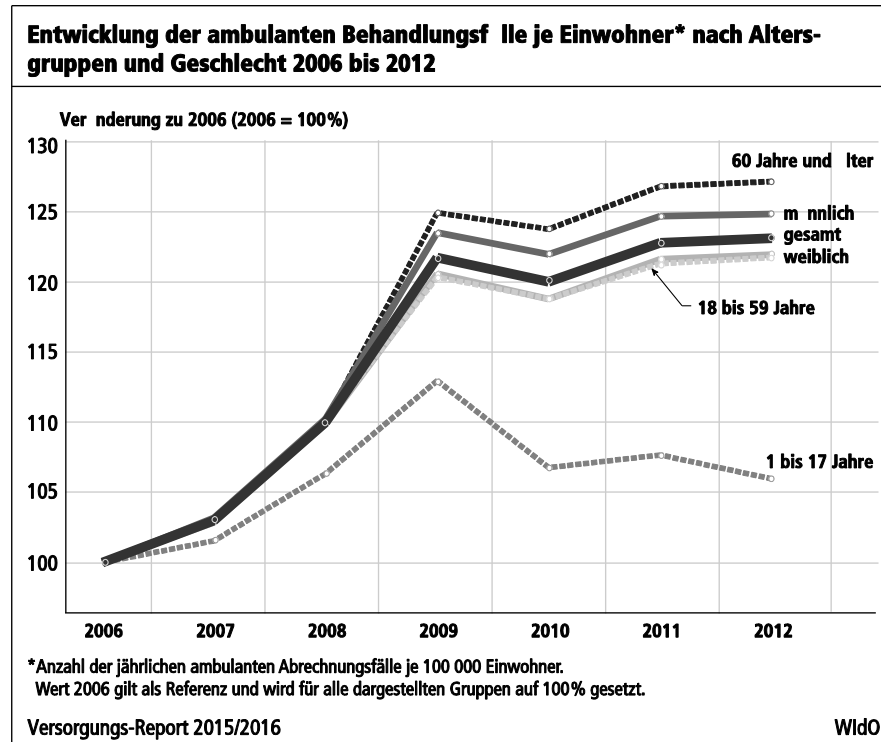
* Allgemeinärzte, praktische Ärzte, nicht fachärztlich tätige Internisten ohne Kinderärzte

Hausärzte*: Planungsbereiche mit den höchsten und niedrigsten Versorgungsgraden nach KVen 2015

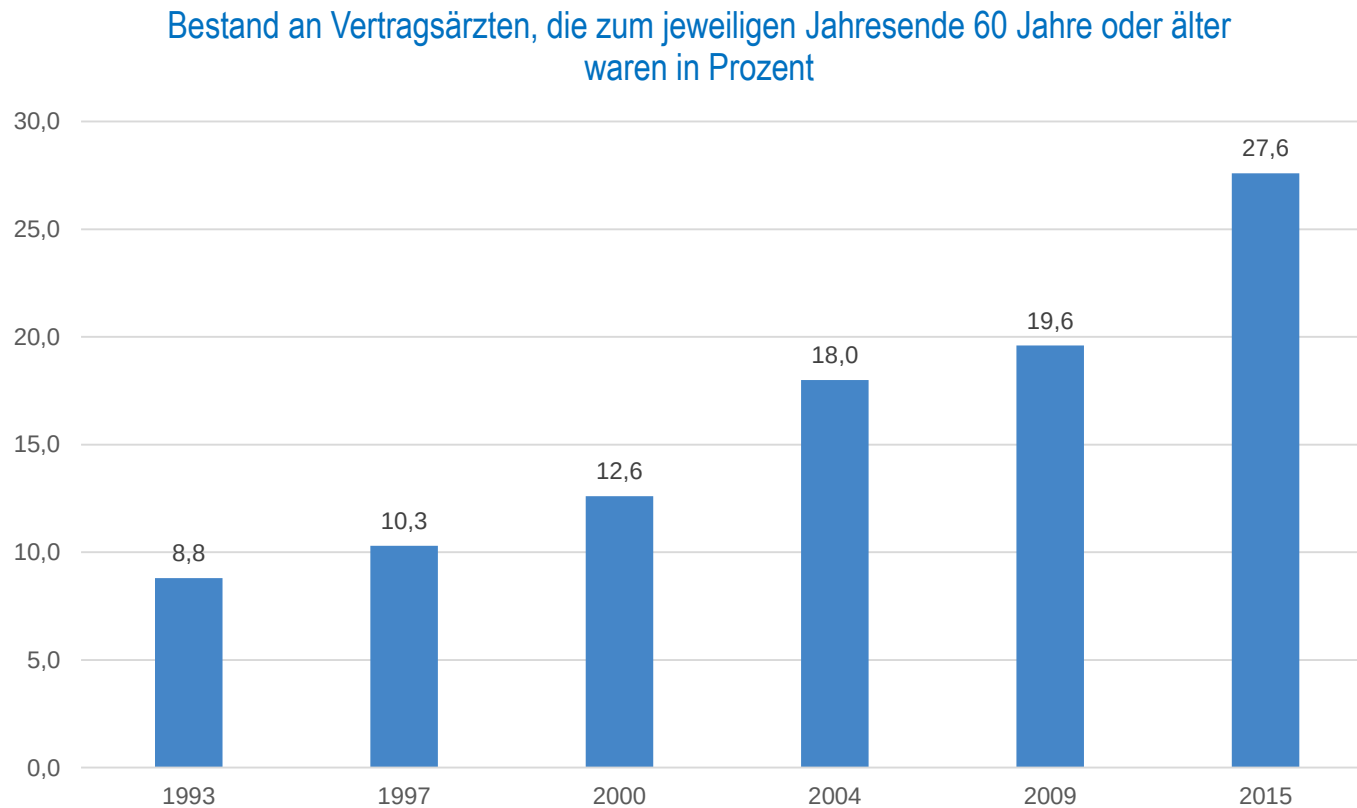
KV	Planungsbereiche mit den höchsten Versorgungsgraden	Versorgungsgrad
Schleswig-Holstein	Westerland	208,7
Bayern	Pocking/Ruhstorf a. d. Rott	184,1
Bayern	Oberstdorf	178,8
Westfalen-Lippe	Herdecke MB	161,0
Bayern	Uffenheim	152,0
KV	Planungsbereiche mit den niedrigsten Versorgungsgraden	Versorgungsgrad
Nordrhein	Kaarst	72,9
Baden-Württemberg	Horb	72,7
Baden-Württemberg	Eberbach	67,7
Westfalen-Lippe	Altena MB	67,6
Mecklenburg-Vorp.	Grimmen	67,3

* Allgemeinärzte, praktische Ärzte, nicht fachärztlich tätige Internisten ohne Kinderärzte

Entwicklung der ambulanten Behandlungshäufigkeit je Einwohner 2006 bis 2012



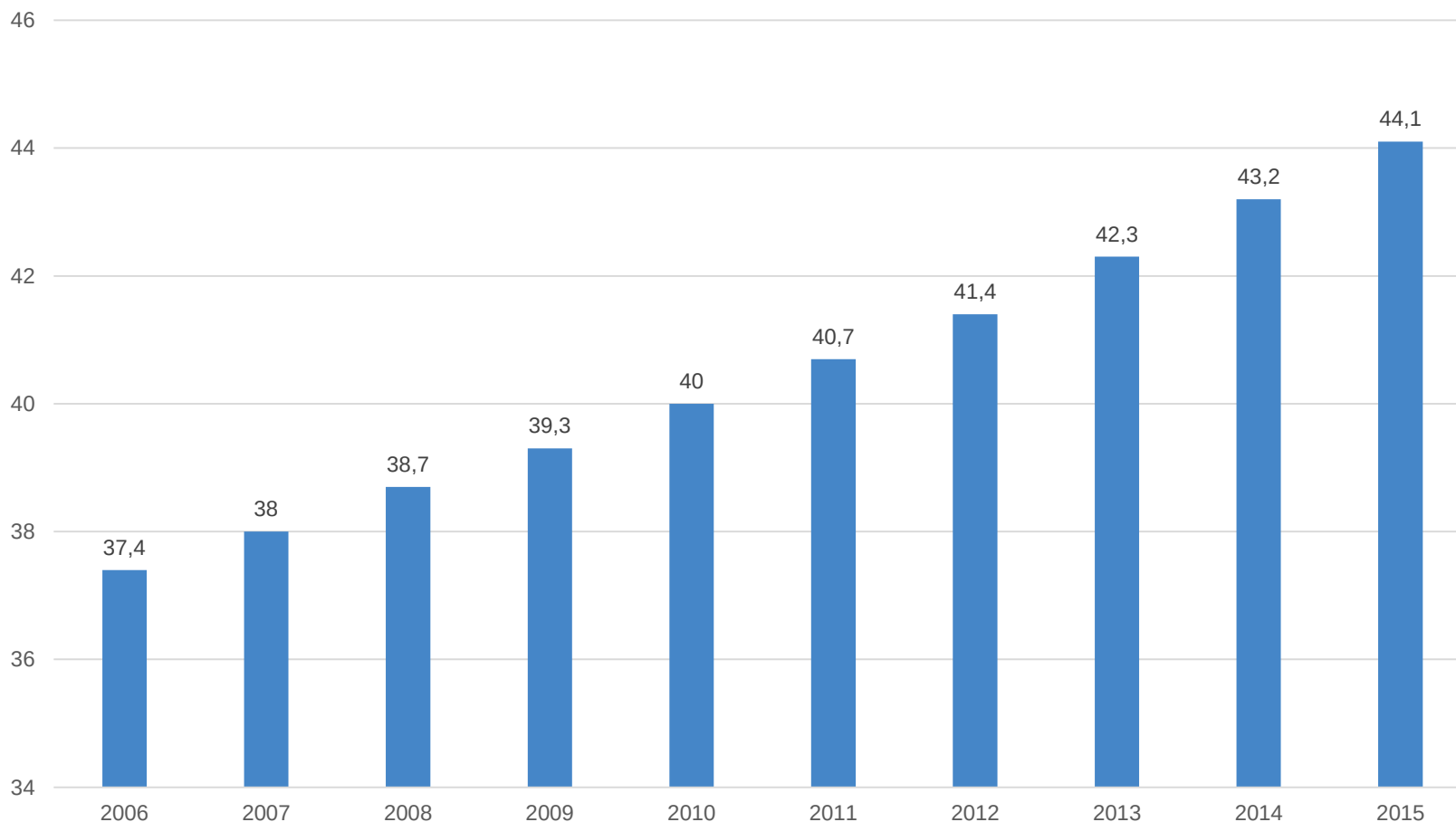
Demographischer Wandel bei den niedergelassenen Ärzten



Quelle: KBV

Ambulante Medizin wird immer weiblicher

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



Quelle: KBV

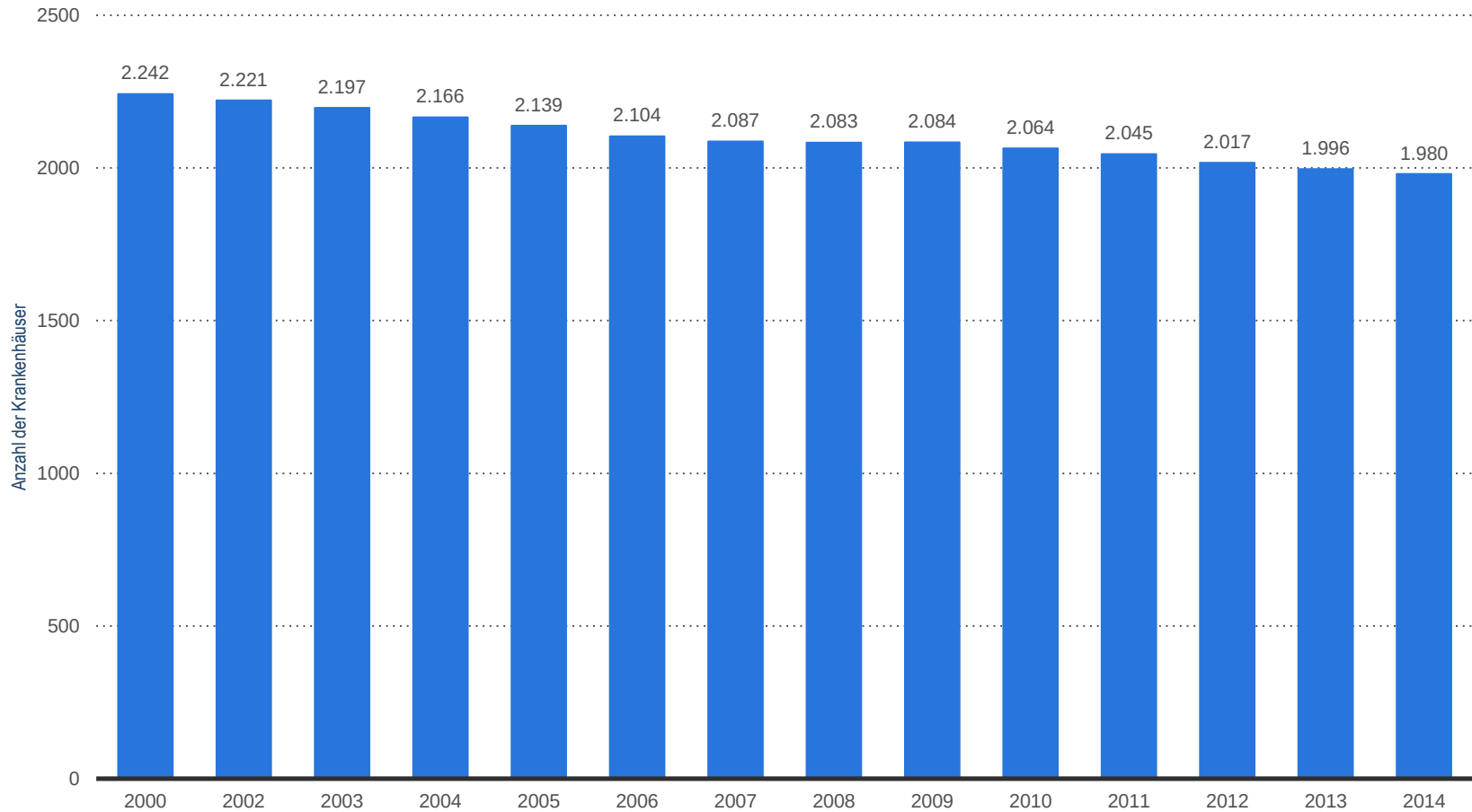
GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

- 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

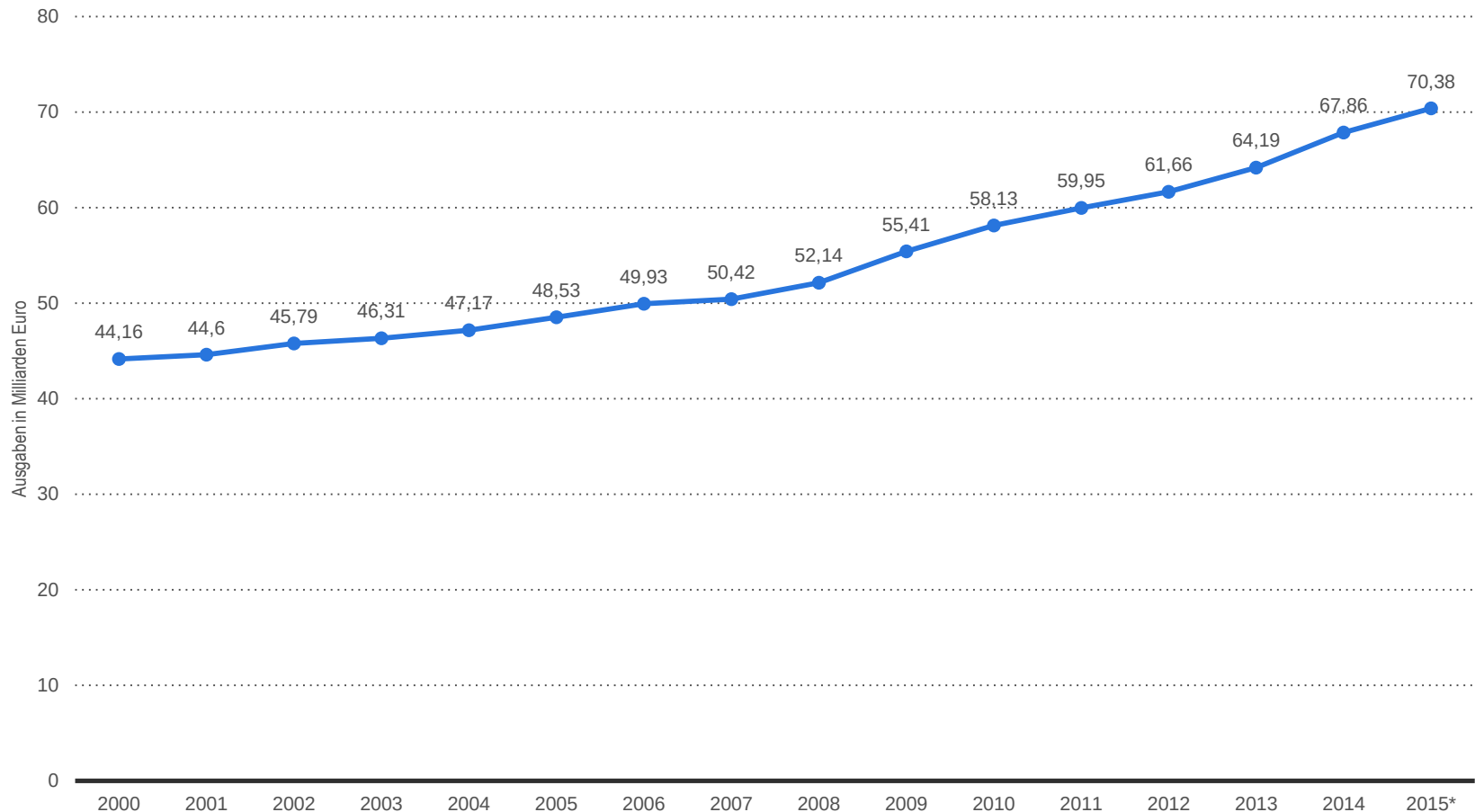
GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

- Ausbau DMP (Rückenleiden und Depression)
- Regeressverzicht 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
- Regelhafter 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



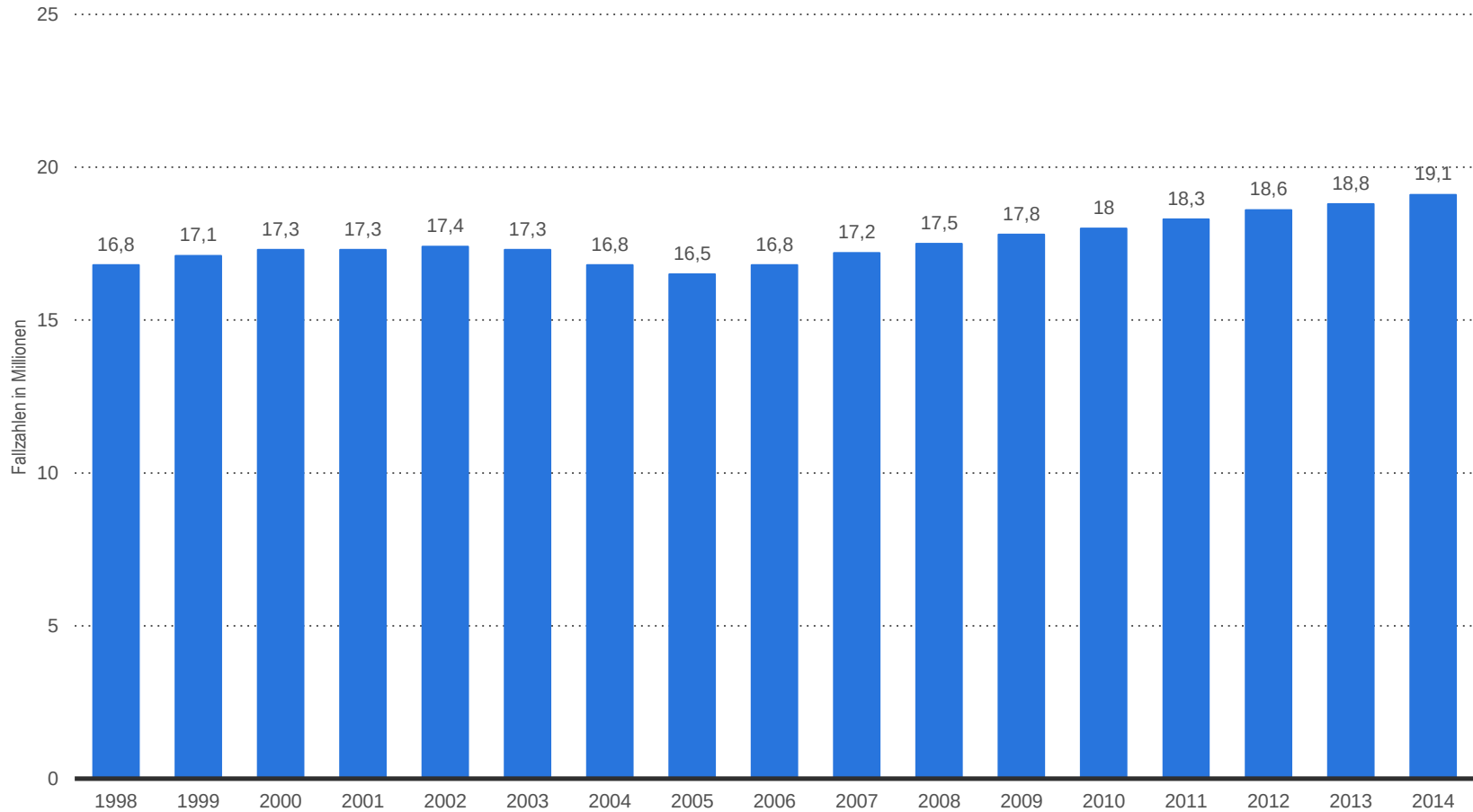
Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Krankenhausbehandlungen in den Jahren 2000 bis 2015 (in Milliarden Euro)



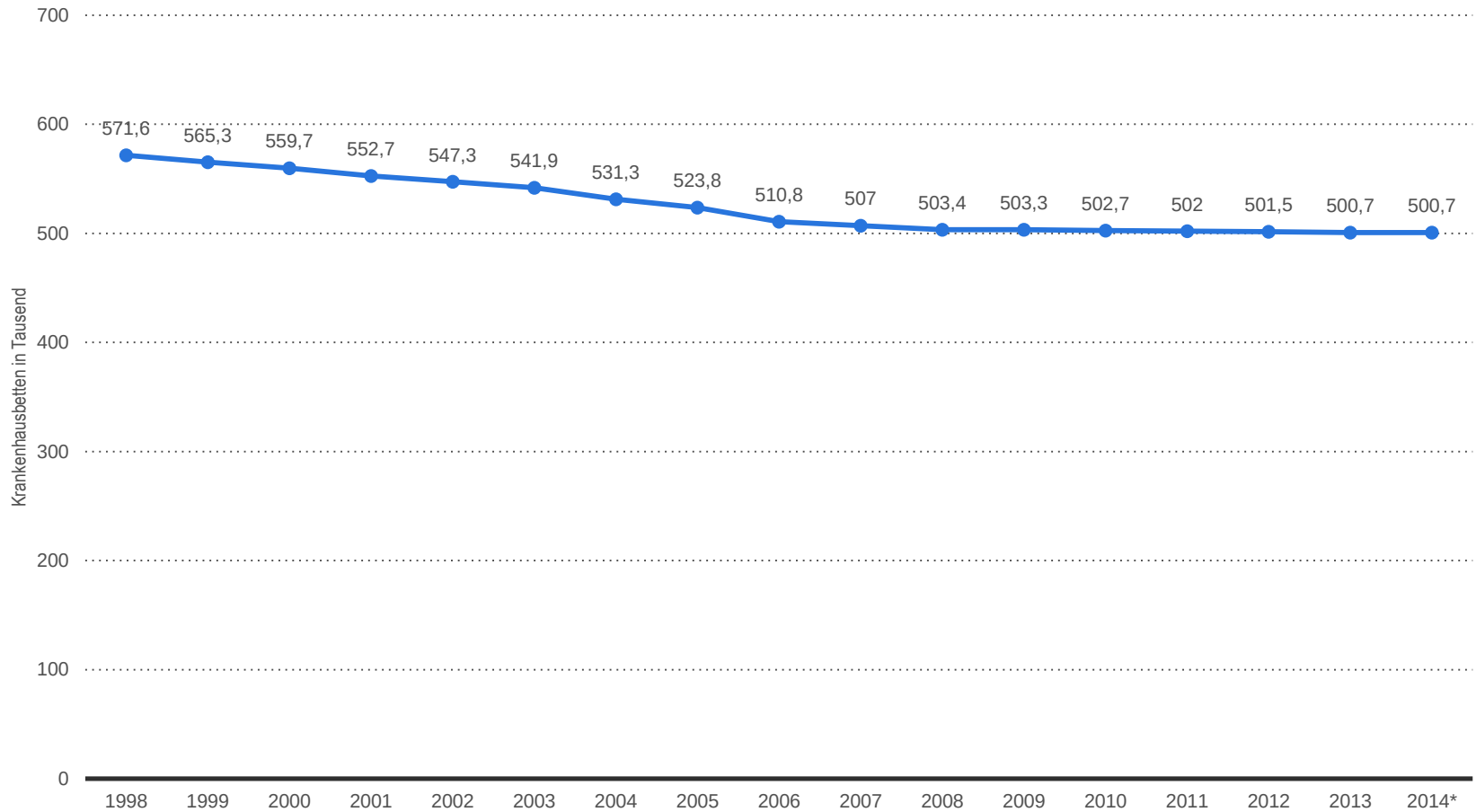
Geschlossene Krankenhäuser und eingebüßte Bettenkapazität in Deutschland in den Jahren von 2003 bis 2013

	Anzahl der geschlossenen Krankenhäuser	Summe Betten der geschlossenen Krankenhäuser
2003	12	773
2004	10	1099
2005	4	409
2006	7	393
2007	8	245
2008	1	82
2009	5	246
2010	4	229
2011	7	481
2012	10	799
2013	6	485
Insgesamt	74	5241

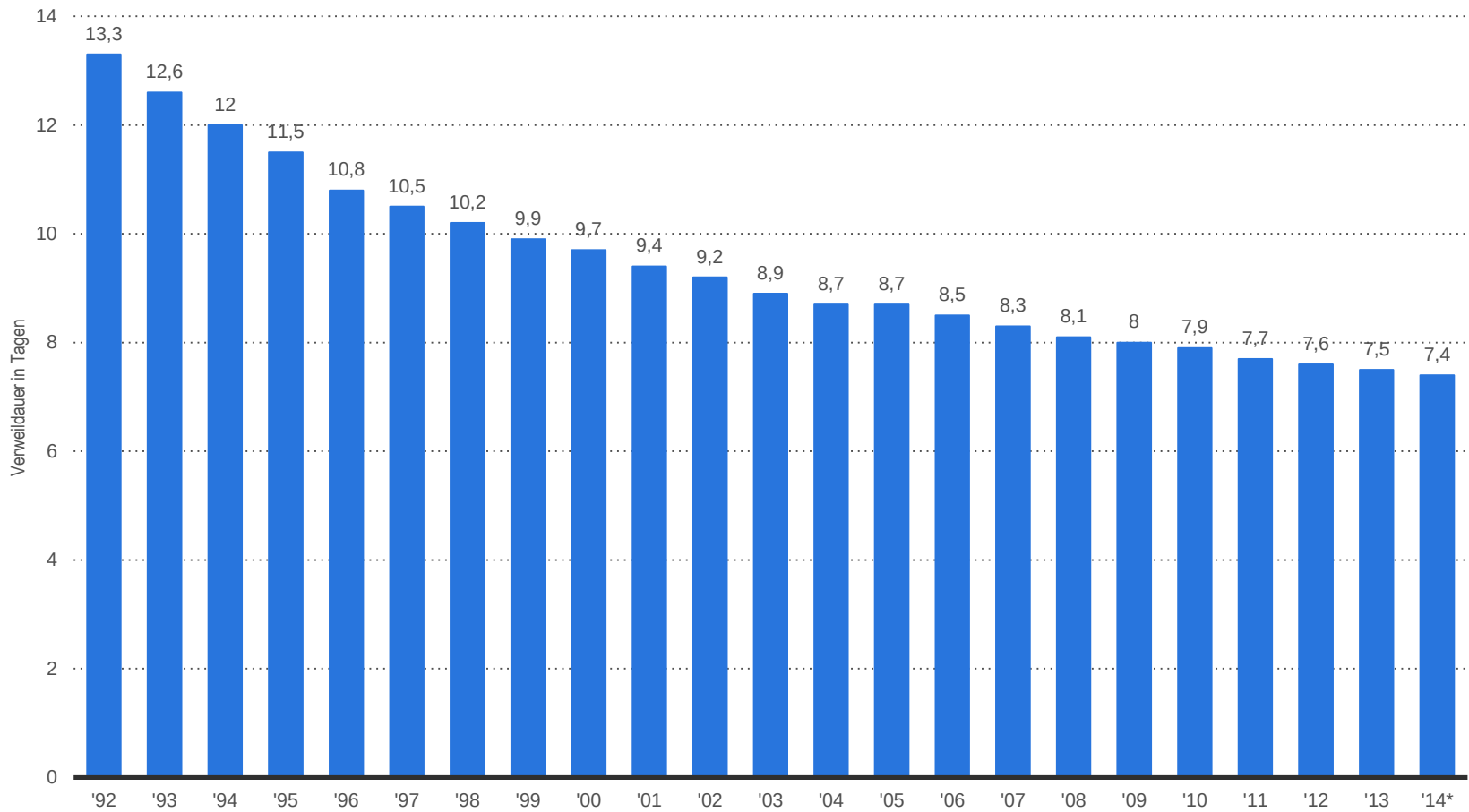
Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 1998 bis 2014 (in Millionen)



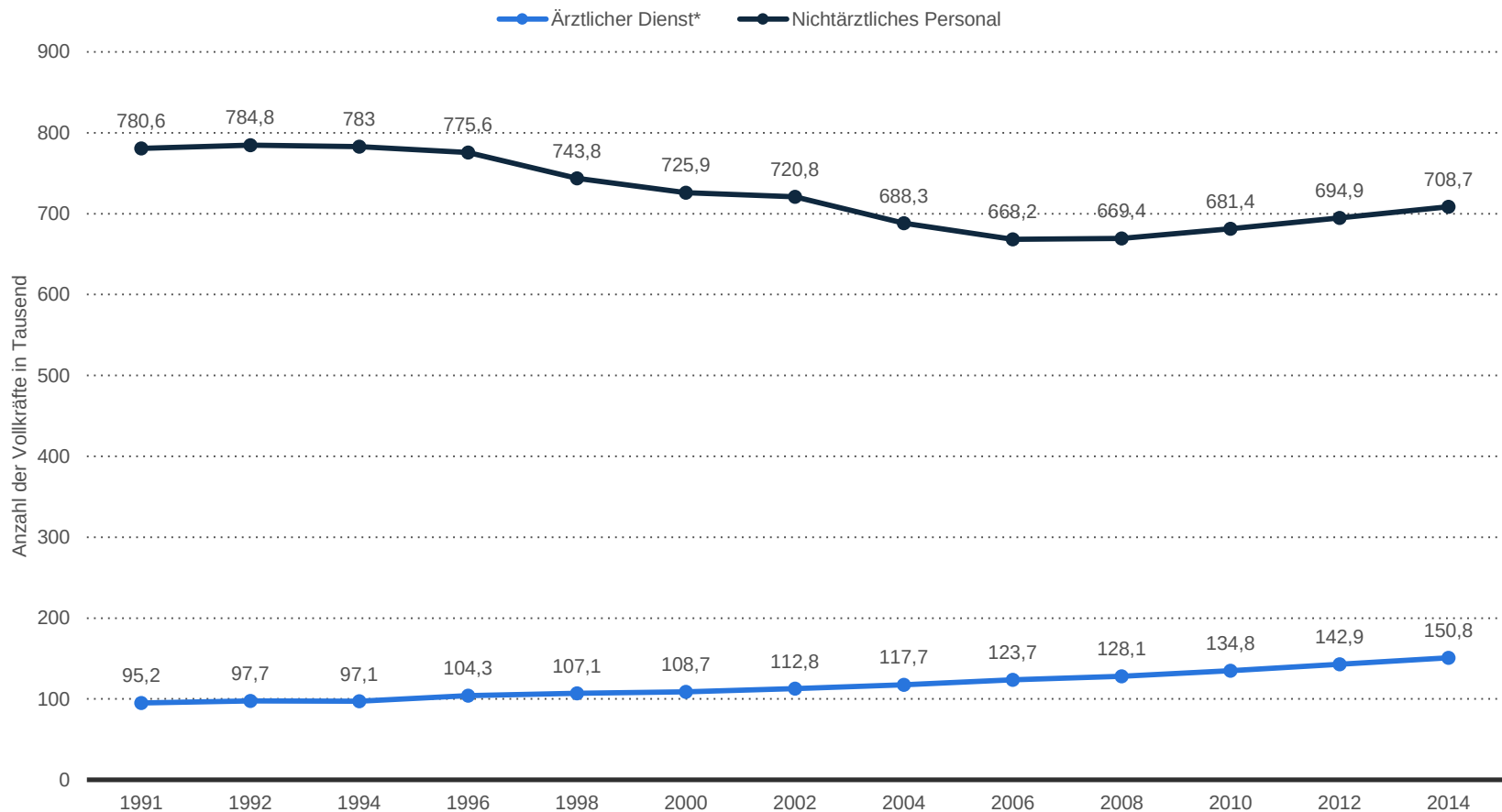
Anzahl der Krankenhausbetten in Deutschland in den Jahren 1998 bis 2014 (in 1.000)



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

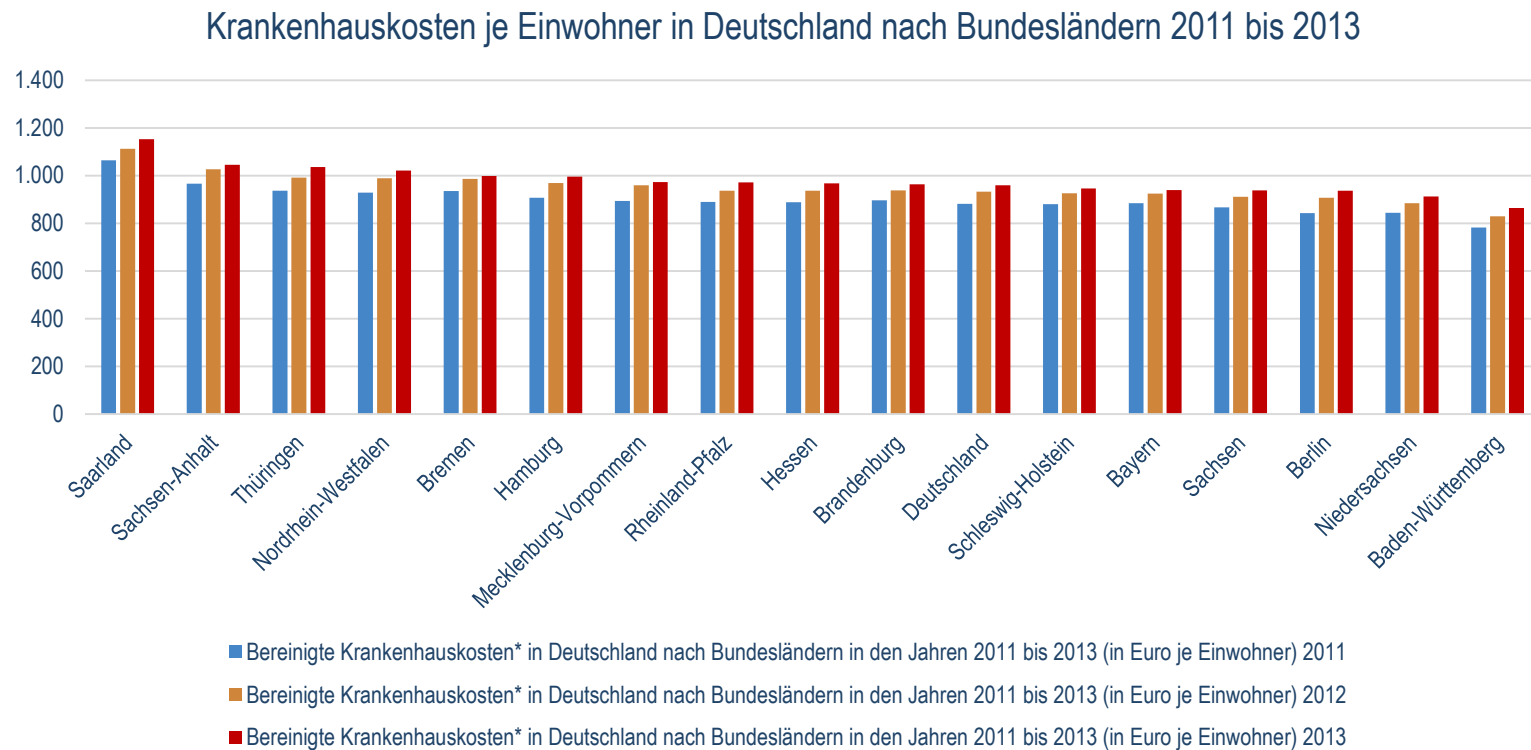


Ärztliches und nichtärztliches Krankenhauspersonal im Jahresdurchschnitt in Deutschland in den Jahren 1991 bis 2014 (in 1.000)



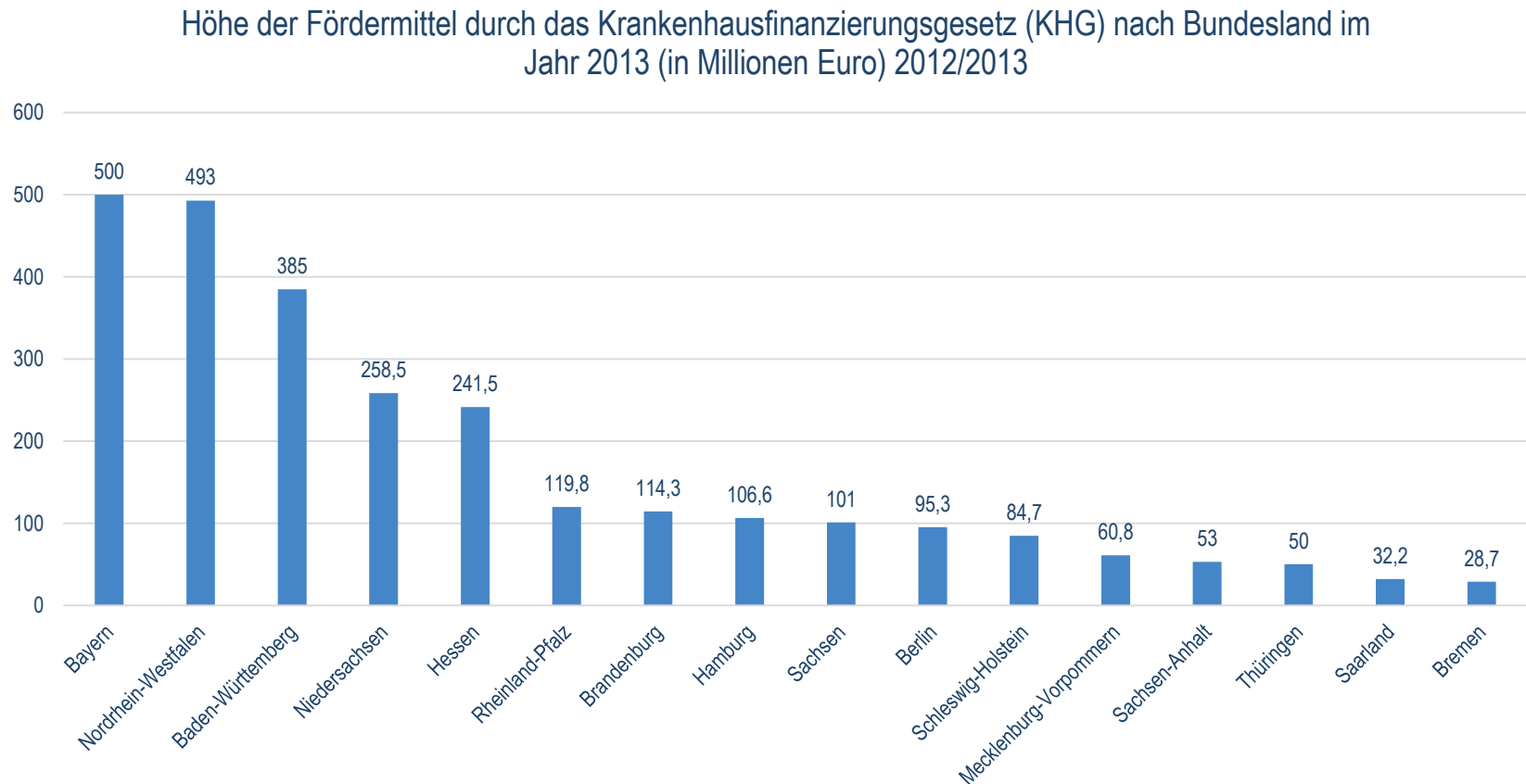
* Mit ärztlichem Personal sind in der Erhebung alle Vollkräfte (ohne Belegärzte und ohne Zahnärzte) gemeint, bis 2003 ohne Ärzte im Praktikum. Ab 2004 sind Assistenzärzte in der Zahl der hauptamtlichen Ärzte enthalten. Mit nichtärztlichem Personal wird in der Erhebung das restliche Personal bezeichnet (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.

Bereinigte Krankenhauskosten* in Deutschland nach Bundesländern in den Jahren 2011 bis 2013 (in Euro je Einwohner)



* Bereinigung um Patientenwanderung, Kosten für Ambulanz, Forschung und Lehre, Ausbildungsfonds etc.

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



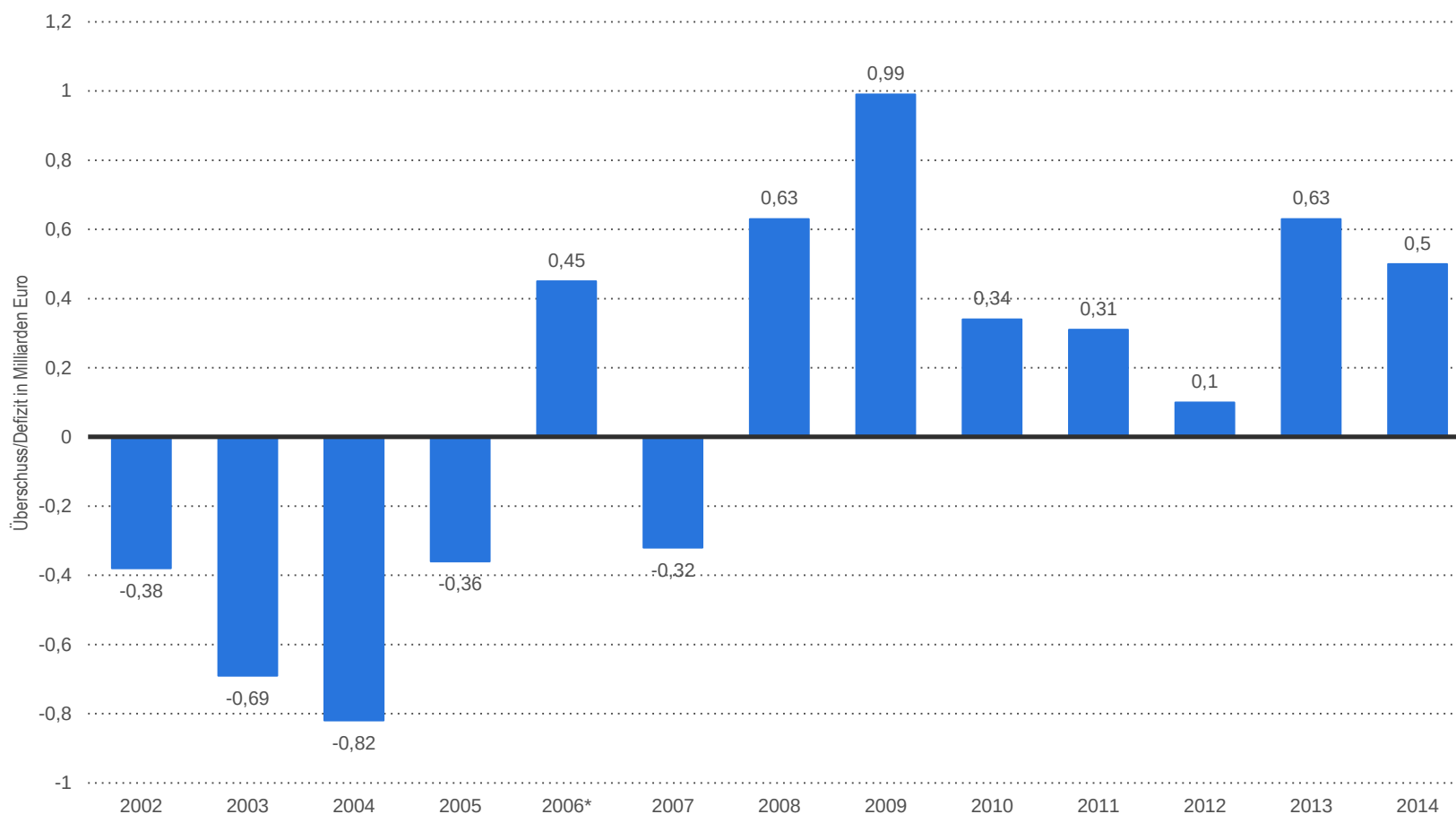
Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)

- 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

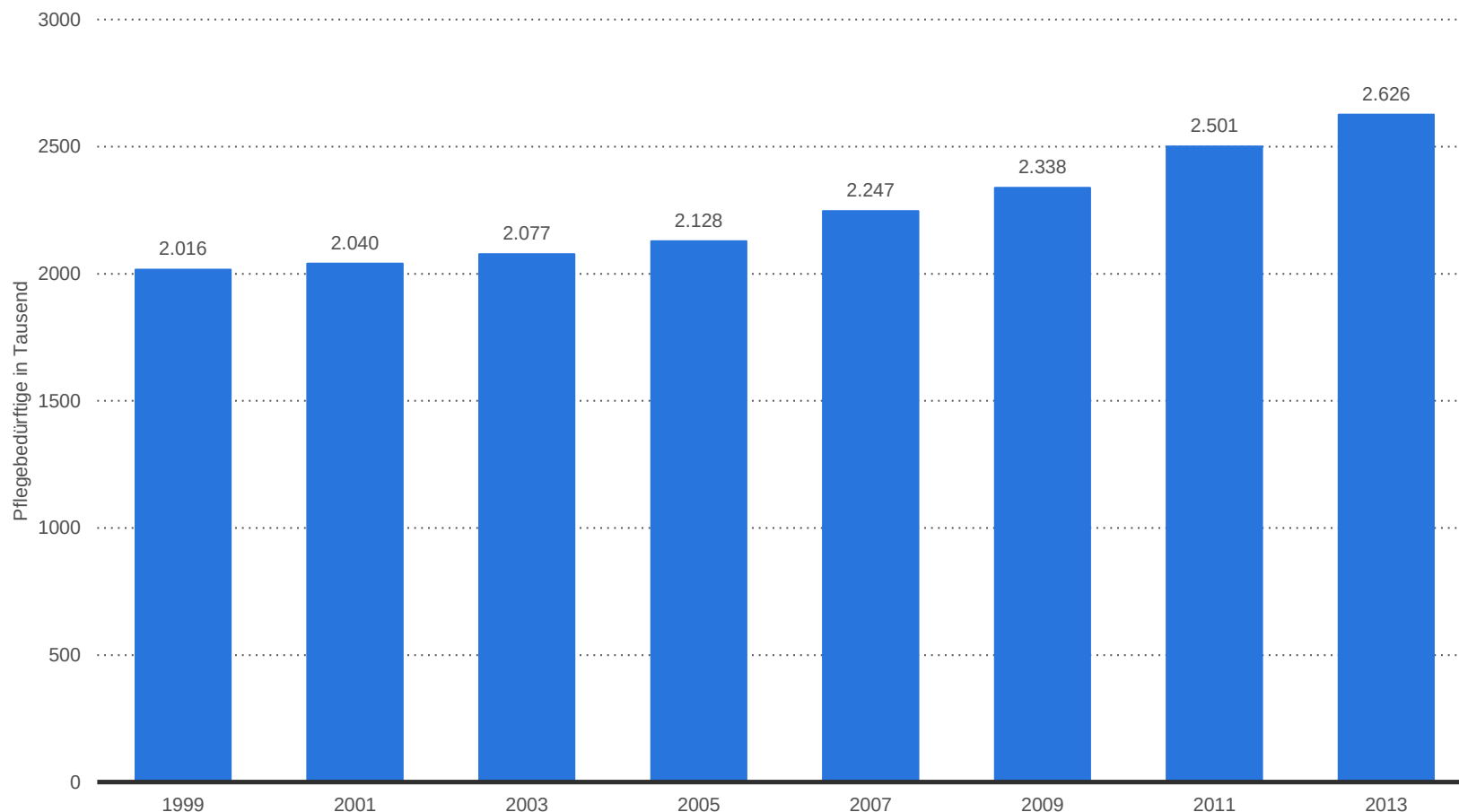
Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)

- 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

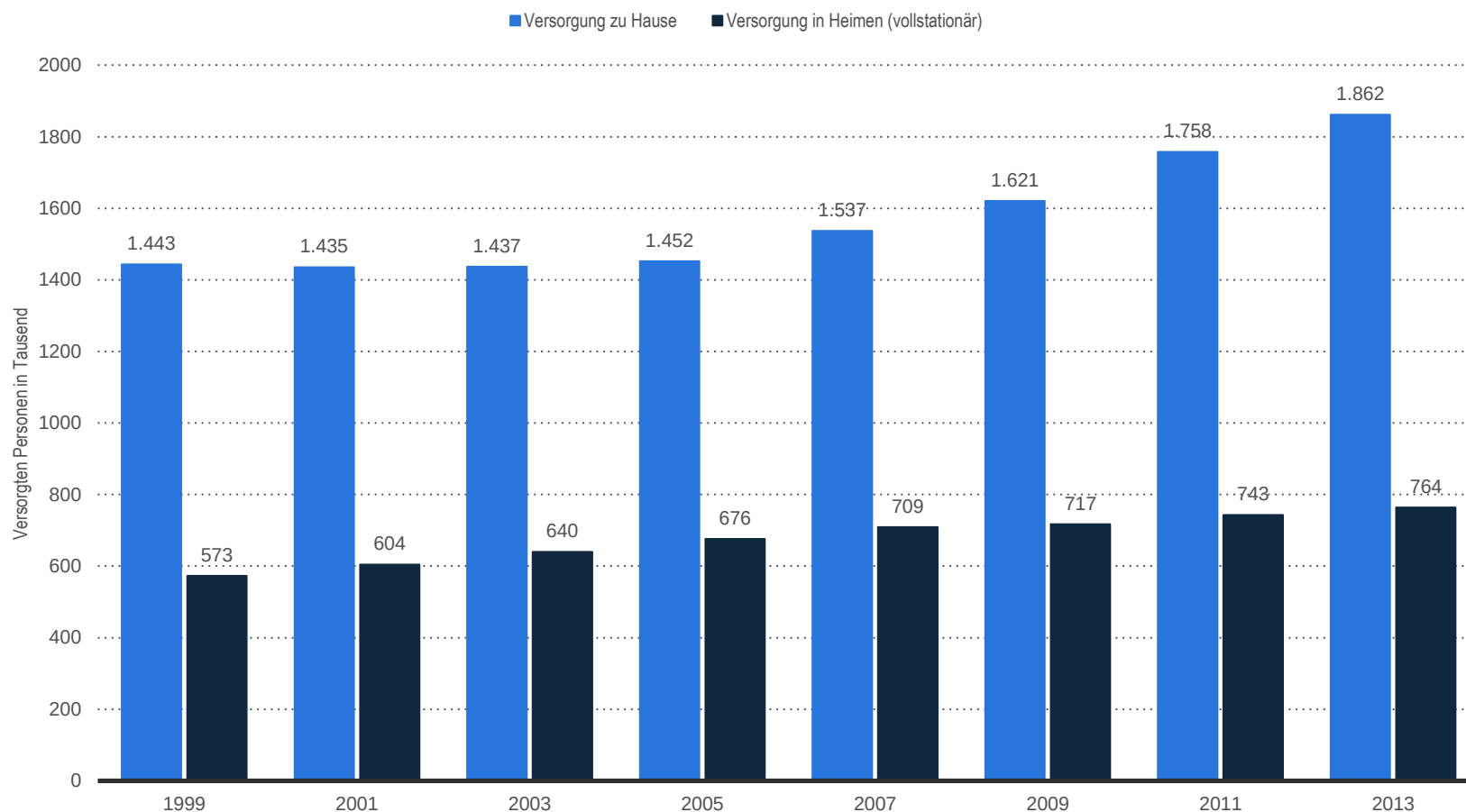
Kennzahlen zur Pflegeversicherung Saldo Einnahmen/Ausgaben (in Mrd. €) 2002 - 2014



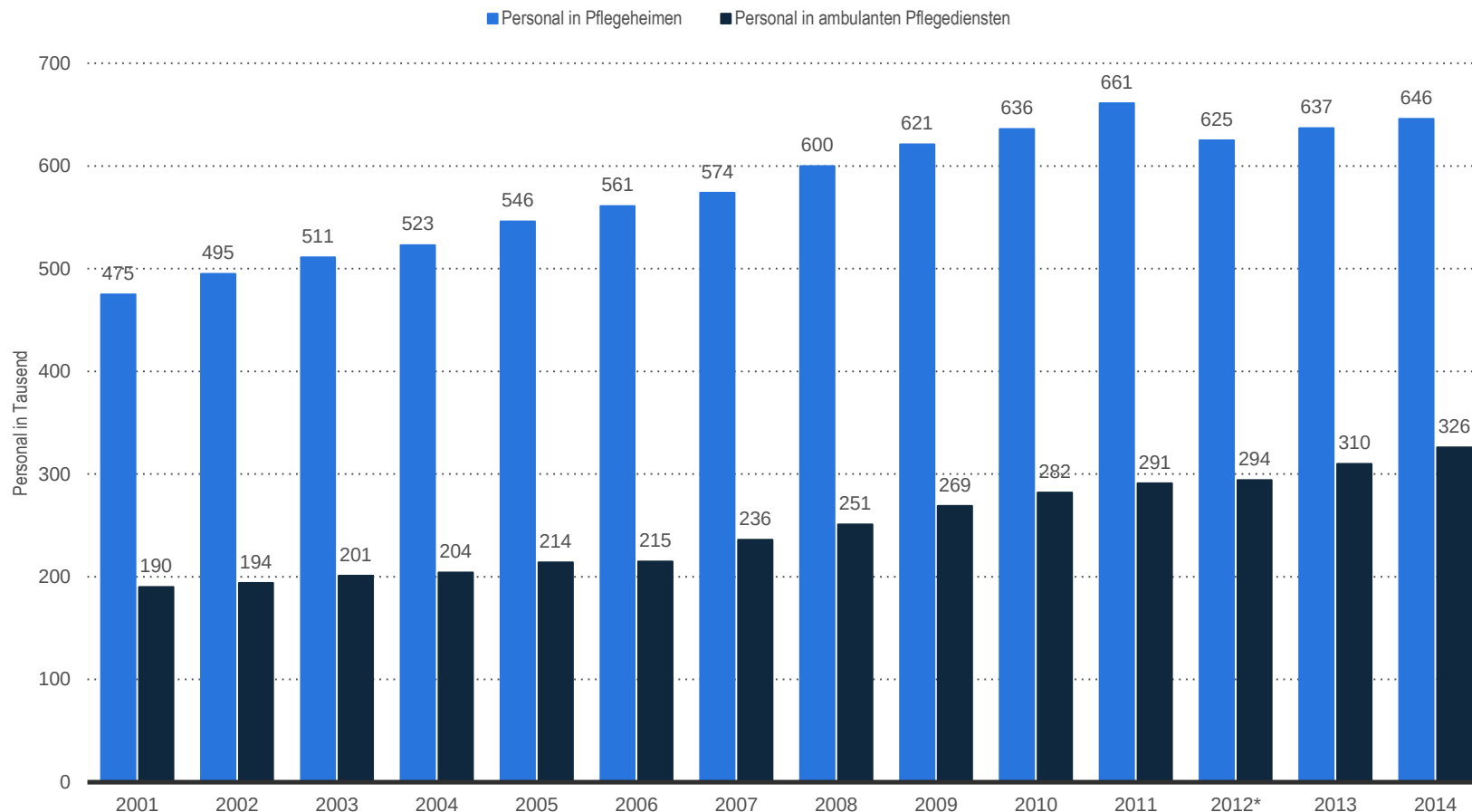
Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland in den Jahren 1999 bis 2013 (in 1.000)



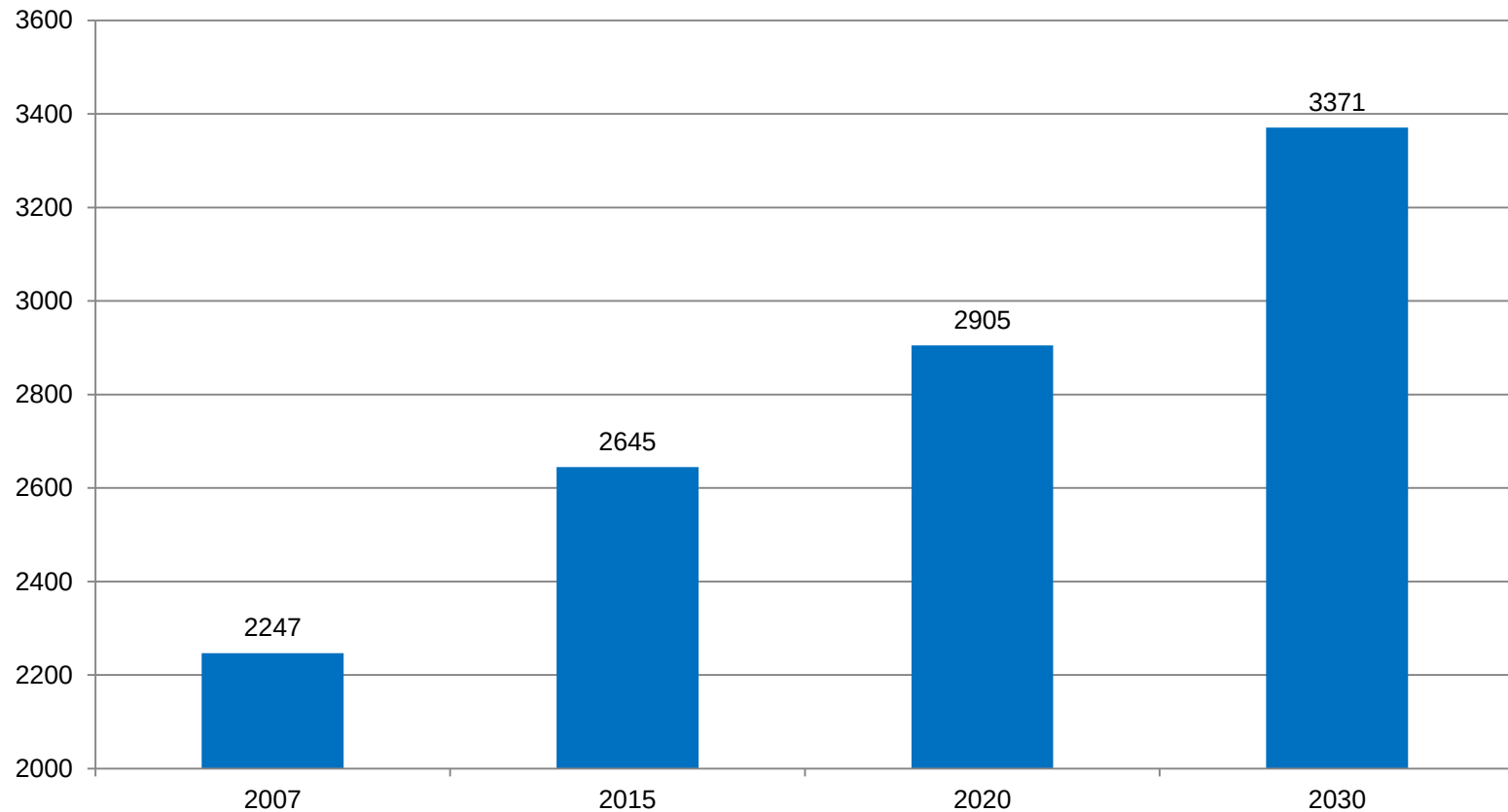
Anzahl der zu Hause sowie in Heimen versorgten Pflegebedürftigen in Deutschland in den Jahren 1999 bis 2013 (in 1.000)



Anzahl des Personals in der ambulanten und der stationären bzw. teilstationären Pflege in Deutschland im Zeitraum von 2003 bis 2014 (in 1.000)

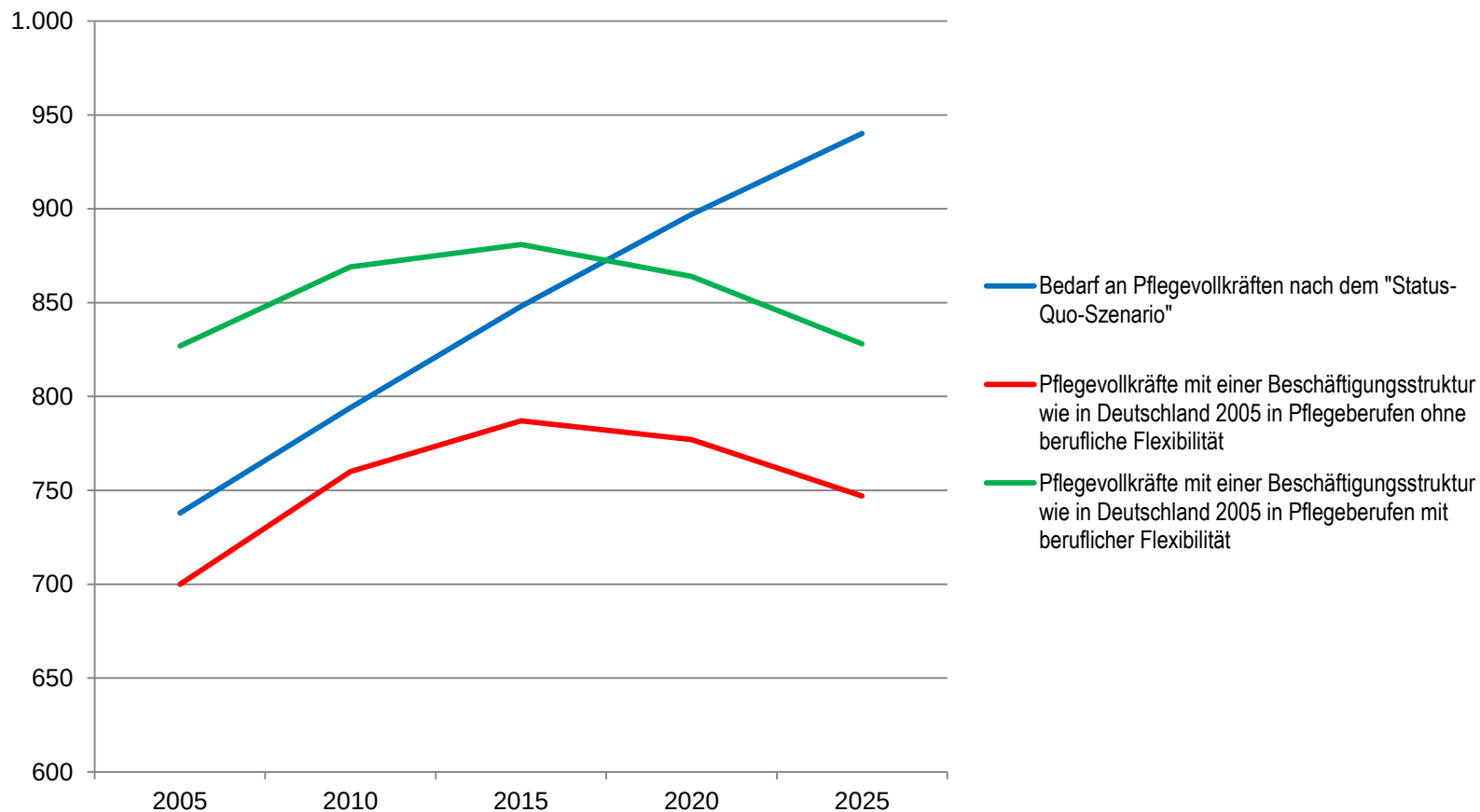


Prognose Pflegebedürftige insgesamt bis 2030 in Tausend



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder: demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2, 2010

Prognose der Bedarfs- und Angebotsentwicklung bei Pflegevollkräften bis 2025 in Tausend



Quelle: Statistisches Bundesamt: Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025

Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I)

- Anhebung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung zum 01.01.2015 insgesamt um 0,3 Prozentpunkte. Davon 0,2 Prozentpunkte zur Finanzierung der Leistungsverbesserungen und 0,1 Prozentpunkte in einen von der Bundesbank verwalteten Pflegevorsorgefonds, der ab 2035 zur Stabilisierung der Beitragssätze genutzt werden soll.
- Alle Leistungsbeträge werden um 4% dynamisiert, die neu mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz eingeführten Leistungen um 2,67%.
- Häusliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in der ambulanten Pflege jetzt auch für körperlich beeinträchtigte Pflegebedürftige
- Zuschüsse von bis zu 4.000 Euro je Maßnahme statt bisher 2.557 Euro für altersgerechten Wohnungsumbau
- Sachleistungen der teilstationären Tages- und Nachtpflege und der Kurzzeitpflege erstmals auch für demenziell erkrankte Personen ohne Pflegestufe (sog. „Pflegestufe 0“); gilt auch für den Wohngruppenzuschlag
- Kurzzeit- und Verhinderungspflege für Betroffene flexibler nutzbar
- 510 Millionen Euro für zusätzliche Betreuungskräfte in den stationären Pflegeeinrichtungen: Anstieg von rund 25.000 auf bis zu 45.000 Betreuungskräfte möglich. Die Träger werden verpflichtet tarifvertragliche Vergütungen einzuhalten und nachzuweisen

Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)

- Der Beitragssatz wird zum 01.01.2017 um weitere 0,2 % (PSG I: 0,3 %) auf 2,55 % bzw. 2,8 % (für Kinderlose) angehoben und kann dadurch bis zum 2022 stabil gehalten werden.
- Mehreinnahmen von 2,5 Mrd. Euro.; **PSG I** und **PSG II** zusammen: ca. 5 Mrd. Mehreinnahmen, davon fließen 1,2 Mrd. in den Pflegevorsorgefonds
- Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ab 2017, es erfolgt eine gleichwertige Berücksichtigung von körperlichen, geistigen und psychischen Einschränkungen.
- Der Leistungsbedarf von Pflegebedürftigen wird künftig am Grad der Selbstständigkeit gemessen. Fokus liegt damit nicht mehr auf reinem zeitlichen Hilfebedarf, besonderes Augenmerk auf Personen mit Demenz und psychisch Erkrankte.
- Die drei Pflegestufen werden in fünf Pflegegrade umgewandelt. Bestandsschutz: Niemand wird durch Umwandlung schlechter gestellt; dies gilt auch bei Kassenwechsel.
- Unbürokratische Überleitung in das neue System. Die Überleitung erfolgt in den nächsthöheren Pflegegrad. Bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz oder Härtefällen erfolgt die Überleitung in den übernächsten Pflegegrad

Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)

- Einführung eines Neuen Begutachtungsassessments (NBA), verbindliche Bearbeitungsfrist (25 Arbeitstage) für Anträge
- Neue Begutachtung berücksichtigt 6 Module mit unterschiedlicher Gewichtung
 1. Mobilität (10 %)
 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (2+3 zusammen 15 %)
 4. Selbstversorgung (40 %)
 5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20 %)
 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15 %)

Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)

- Einheitlicher Eigenanteil in stationären Einrichtungen, Betroffene zahlen künftig einen einheitlichen Eigenanteil in stationären Einrichtungen unabhängig ihres Pflegegrades (im Bundesdurchschnitt ca. 580 Euro). Der Eigenanteil kann zwischen den stationären Pflegeheimen variieren
- Künftig besteht ein individueller Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen in stationären Pflegeheimen und bei ambulanten Pflegediensten. Ambulante Pflegedienste können dazu Kooperationen mit geeigneten Anbietern eingehen
- Einheitliche und verbindliche Qualitätsvorgaben und Standards für die Pflegeberatung, für die Pflegeberatung soll künftig ein individueller Ansprechpartner zur Verfügung stehen
- Bessere soziale Absicherung für Pflegepersonen, Beiträge zur Rentenversicherung werden durch die Pflegekassen entrichtet, wenn die Pflegeperson mind. 10h an regelmäßig mind. 2 Tagen pro Woche die Pflege übernimmt. Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen mit mind. Pflegegrad 2 pflegen, sind künftig nach dem Recht der Arbeitsförderung und in der Unfallversicherung versichert.

Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)

- Die Personalbemessung vor Ort soll auf eine fachlich fundierte Grundlage gestellt werden. Deshalb soll im Rahmen der Selbstverwaltung auf Bundesebene in den nächsten fünf Jahren ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren für die Personalbemessung in Pflegeheimen auf Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erarbeitet und erprobt
- Der sog. Pflege-TÜV wird auf neue Füße gestellt. Der Pflege-TÜV wird mit Unterstützung der Wissenschaft grundsätzlich überarbeitet. Die Ergebnisqualität rückt stärker in den Vordergrund.

Kommunales Pflegestärkungsgesetz PSG III

- Ausbau wohnortnaher Beratungs- und Fallmanagement-Strukturen
- Schaffung eines breiten Spektrums altersgerechter Wohnformen
- Ergänzung der staatlichen Leistungen um Geld- und Sachleistungen der Kommunen

Derzeit in der Beratung:

Pflegeberufsgesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung

- Vereinheitlichung der Ausbildung zu den Pflegeberufen Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege – Einführung der Generalistik

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

