



DAK-Versicherungsexperten informieren und beraten Sie über Leistungen, Beiträge und Mitgliedschaft.

DAKdirekt 01801-325 325 – 24 Stunden an 365 Tagen

3,9 Cent/Minute aus dem Festnetz der Dt. Telekom. Abweichungen bei Anrufen aus Mobilfunknetzen.

www.dak.de

Zahlen und Fakten.

2007 im Überblick.





DAK. Unternehmen Leben.

Ein moderner und leistungsfähiger Gesundheitsdienstleister – bundesweit – Marktführer bei der integrierten Versorgung – hohe Beratungs- und Servicequalität – zahlreiche Auszeichnungen – solide Haushaltspolitik

Jahresrechnung 2007

Der Haushalt der DAK hat ein Volumen von rund 15 Milliarden Euro. Auch im Haushaltsjahr 2007 konnte wieder ein Einnahmenüberschuss erwirtschaftet werden. Mit 202,4 Millionen Euro konnte das Vorjahresergebnis (+ 134,5 Millionen Euro) klar übertroffen werden. Der Überschuss wird zur Aufstockung der Betriebsmittel verwandt.

Während die DAK im Jahre 2006 einen Mitgliederzuwachs ausweisen konnte, verringerte sich der Mitgliederbestand im Jahresdurchschnitt um 0,5 Prozent auf 4.655.604 Mitglieder. Hinzu kommen 1.455.096 Familienangehörige, so dass die DAK insgesamt 6.110.700 Menschen Versicherungsschutz bietet.

Ausblick

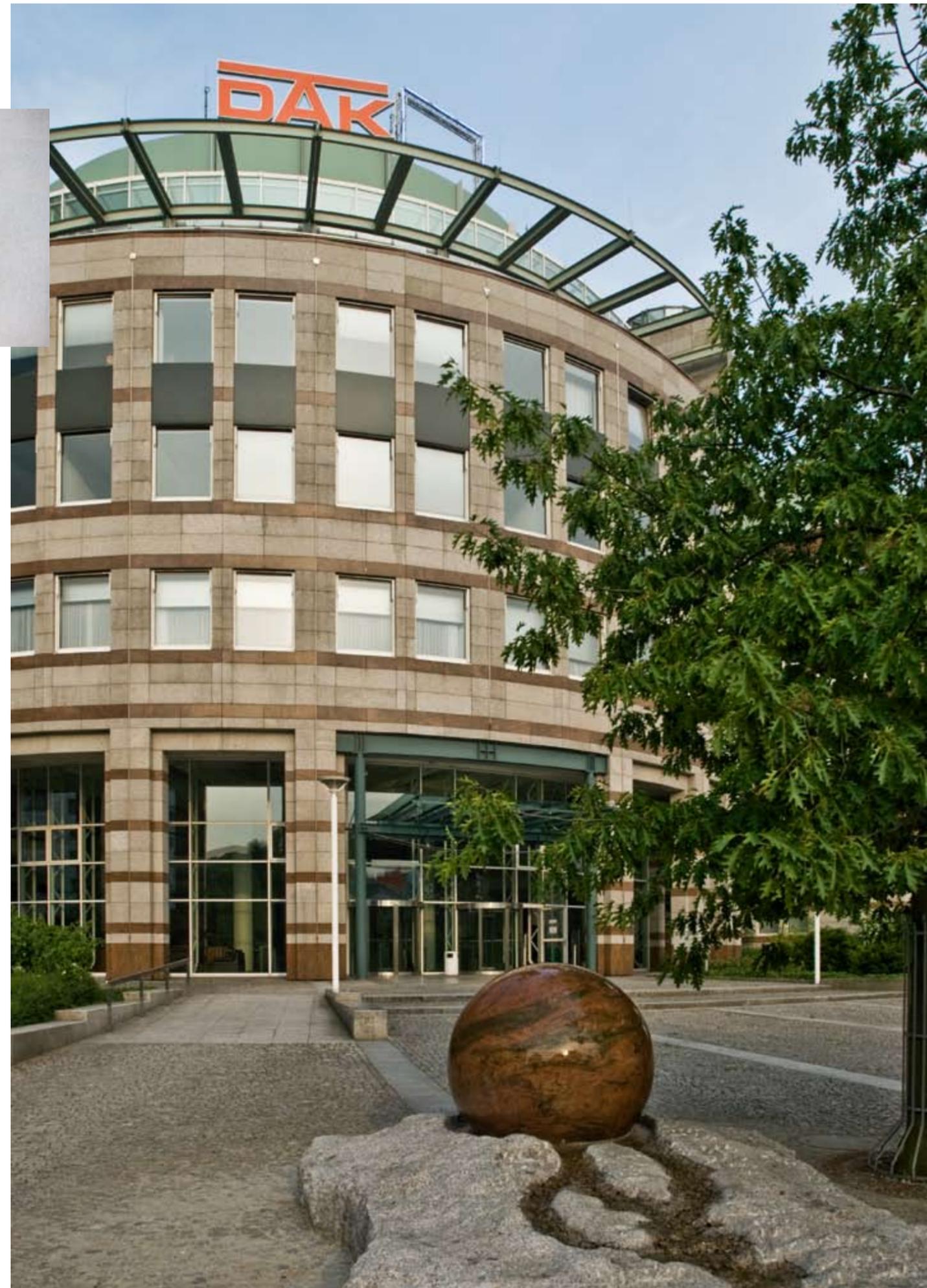
Mit Bedenken sieht die DAK der überstürzten Einführung des Gesundheitsfonds entgegen, die für das Jahr 2009 vorgesehen ist. Bisher erfolgten die Finanzierung der Leistungen und die Festsetzung der Beitragssätze unabhängig vom Staatshaushalt in eigener Verantwortung der Krankenversicherungsträger – so wie es für alle im Wettbewerb stehenden Unternehmen gilt.

Mit dem Fonds dagegen beschneidet der Staat die Haushaltsautonomie der Kassen und damit auch die Rechte und Möglichkeiten von deren Selbstverwaltung.

Problematisch ist außerdem, dass die Auswirkungen des künftigen Ausgleichs-systems auf die einzelnen Kassen nach wie vor nicht annähernd abgeschätzt werden können.

Die DAK schlägt deshalb vor, den Fonds wie geplant einzuführen und ihn zunächst mindestens ein Jahr lang zu erproben. Bei der Einführung der DRGs* im Krankenhausbereich hat es einen ähnlichen Ansatz gegeben. So konnten sich die Krankenhäuser schrittweise auf das neue Finanzierungsmodell einstellen.

* DRG = Diagnosis Related Groups: diagnosebezogene Fallgruppen





Beiträge und Leistungen.

Beiträge: die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der DAK-Mitglieder

Die erfolgswirksamen Einnahmen der DAK setzen sich vor allem aus Beiträgen zur Krankenversicherung und außerdem aus Vermögenserträgen, Erstattungen aus Ersatzansprüchen sowie sonstigen Einnahmen zusammen. Hinzu kommen Einnahmen aus dem Risikostrukturausgleich (RSA).

Die beitragspflichtigen Einnahmen sind insgesamt nur um 0,11 % (AKV-Mitglieder +0,62 %; Rentner-Mitglieder +0,02 %) gestiegen. Das zeigt, dass die konjunkturelle Erholung viele DAK-Mitglieder noch nicht erreicht hat.

Der Anstieg der Beitragseinnahmen gegenüber dem Vorjahr um insgesamt 541,0 Mio. Euro (4,6 % je Mitglied) ist deshalb fast vollständig auf die Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes auf 14,5 % zurückzuführen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Beitragssatzerhöhung für die Rentner nach den gesetzlichen Vorschriften erst zum 1. April 2007 wirksam wurde.

Die sonstigen Einnahmen (ohne RSA) sind deutlich um 174,9 Mio. Euro zurückgegangen. Das ist zum größten Teil auf die umstrittene Kürzung der Bundeszahlungen für versicherungsfremde Leistungen um insgesamt 1,7 Mrd. Euro auf 2,5 Mrd. Euro zurückzuführen. Schon bisher deckten diese Zahlungen bei weitem nicht die Ausgaben für Leistungen ab, für die eigentlich der Staat und damit alle Mitglieder dieser Gesellschaft zuständig sind. Das sind zum Beispiel Leistungen für Schwangere und junge Mütter, Kinderkrankengeld und Haushaltshilfen. Zu begrüßen ist, dass im Rahmen der Gesundheitsreform vorgesehen ist, die Bundeszahlungen bis 2016 sukzessive bis auf 14 Mrd. Euro zu erhöhen.

Leistungen: höhere Ausgabensteigerung

Mit einer Steigerungsrate von 4,5 % je Mitglied fällt der Anstieg der Leistungsausgaben gegenüber der Zuwachsrate des Vorjahres von 2,8 % deutlich höher aus. In einzelnen Bereichen geben die Steigerungsraten erheblichen Anlass zur Sorge. In anderen Bereichen fielen sie moderat aus.

Apotheken

Unbefriedigend ist vor allem die Entwicklung im Hauptleistungsbereich Apotheken, dem inzwischen zweitgrößten Ausgabensegment. War schon die im Vorjahr noch relativ moderate Zuwachsrate von 3,0 % je Mitglied nicht akzeptabel, so muss die Steigerungsrate von 11,9 % (+298,4 Mio. Euro) auf wesentlich höherem Niveau Sorgen bereiten. Auch wenn zu berücksichtigen ist, dass die Mehrbelastung teilweise auf der Zuordnung der Sachkosten für Schutzimpfungen seit dem 1. Juli 2007 beruhte, so bleibt doch festzustellen, dass sie zu 55 % auf Steigerungen der Arzneimittelausgaben zurückzuführen ist. Damit haben sich die Arzneimittelausgaben in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt. Betrugten sie 1997 noch 309,19 Euro je Mitglied, so waren sie im abgelaufenen Kalenderjahr auf 627,68 Euro gestiegen.

Das bedeutet, dass es trotz diverser gesetzlicher Kostendämpfungsmaßnahmen und auch DAK-interner Leistungssteuerung bisher nicht gelungen ist, dieser Steigerung wirkungsvoll und nachhaltig zu begegnen.

Auch die mit verschiedenen Generika-Herstellern (Hexal, Ratiopharm, Sandoz u. a.) getroffenen Rabattvereinbarungen, von denen für das Jahr 2007 über sechs Monate eine Entlastungswirkung von rund 25 Mio. Euro zu erwarten ist, konnten diese Entwicklung nicht bremsen.

Wesentliche Ursache für den erneuten Ausgabenanstieg ist nach wie vor das Ordnungsverhalten der Ärzte. Sie haben wiederum nicht nur mehr (+2,1 %), sondern auch teurere Arzneimittel ohne oder mit nur geringem therapeutischem Zusatznutzen verordnet. Das Stichwort heißt „Scheininnovationen“. Außerdem hat sich natürlich die Mehrwertsteuererhöhung von 16 % auf 19 % kostentreibend ausgewirkt.

Ärztliche Behandlung

Die Ausgaben für ärztliche Behandlung sind um 3,9 % je Mitglied gestiegen. Dies ist insbesondere auf ein deutlich höheres abgerechnetes Vergütungsvolumen (rund 3,1 % je Mitglied) zurückzuführen. Daneben spielt die neue Zuordnung der Ausgaben für Akupunktur und Schutzimpfungen eine Rolle.

Der Anteil der außerbudgetären Leistungen am Gesamthonorar ist seit 1995 von 3,1 % kontinuierlich auf über 21 % gestiegen. Hierbei handelt es sich u. a. um Leistungen, die unter gesundheitspolitischen Aspekten als förderungswürdig angesehen werden (z. B. Krebsfrüherkennung, Schutzimpfungen) oder notwendig sind (z. B. Dialyse). Auch werden neu eingeführte Leistungen (z. B. Akupunktur) grundsätzlich extrabudgetär vergütet.

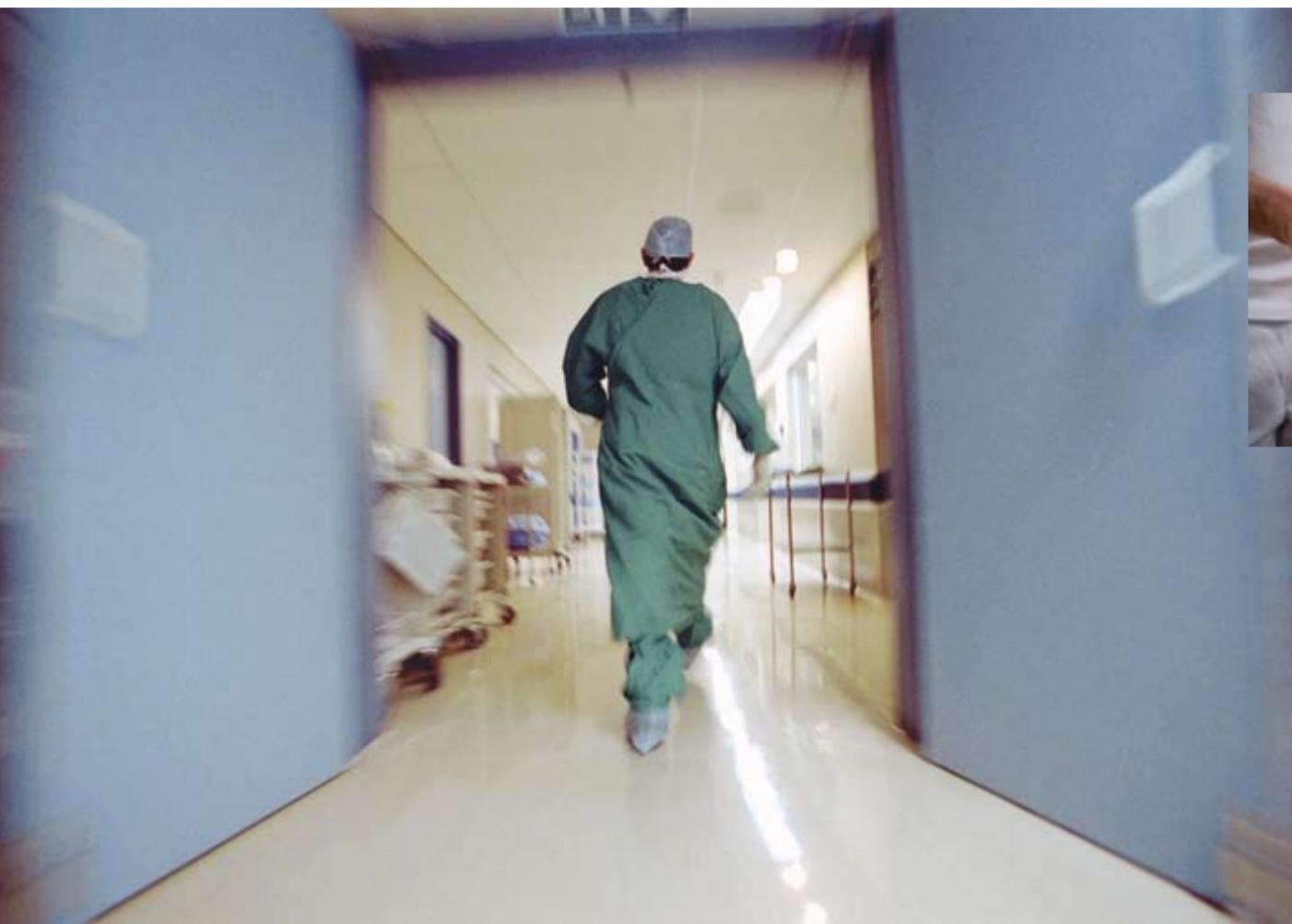
Zahnärztliche Behandlung/ Zahnersatz

Die Honorierung der zahnärztlichen Leistungen erfolgt im Gegensatz zum ärztlichen Bereich (Kopfpauschalen) grundsätzlich im Rahmen einer Einzelleistungsvergütung mit Ausgabenobergrenzen. Die Ausgaben sind moderat um 1,64 % je Mitglied gestiegen. Anders verlief die Entwicklung beim Zahnersatz. Hier ist festzustellen, dass die Systemumstellung von der prozentualen Zuschussregelung auf die seit 2005 geltenden befundorientierten Festzuschüsse und die Neuregelung des Leistungsanspruchs im Jahre 2005

zunächst einen drastischen Ausgaben-einbruch bewirkt hatten. Die bereits 2006 einsetzende allmähliche Normalisierung der Leistungsanspruchnahme hat sich wie erwartet auch im Berichtsjahr fortgesetzt: Während die Zuwachsrate 2006 noch 11,3 % betrug, fiel sie 2007 mit 4,8 % erheblich geringer aus. Zurückzuführen war die Steigerung wie im Vorjahr auf einen Mengenzuwachs. Die Preisentwicklung spielte eine untergeordnete Rolle.

Heil- und Hilfsmittel

Während die Ausgaben im Vorjahr sowohl bei den Hilfsmitteln als auch bei den Heilmitteln mit +0,2 % und 2,0 % sehr moderat stiegen, fielen die Steigerungsraten für das Berichtsjahr mit +5,6 % und +3,6 % deutlich höher aus.



Die DAK-Pflegekasse.

Eine große Rolle spielte dabei die Mehrwertsteuererhöhung von 16 % auf 19 %, von der ein Großteil der Hilfsmittelausgaben betroffen ist. Daneben gab es steigende Versorgungszahlen, und zwar insbesondere in den Bereichen Atemtherapiegeräte und Krankenfahrzeuge. Hier macht sich die Veränderung der Altersstruktur der Versicherten bemerkbar.

Einsparmöglichkeiten, die nicht auf Kosten des Versorgungsniveaus gehen, verspricht sich die DAK von Vertragsabschlüssen über Ausschreibungen.

Krankenhausbehandlung

Die Ausgaben für stationäre Behandlung stiegen in den Vorjahren meistens überdurchschnittlich. Im Berichtsjahr dagegen weist dieser Leistungssektor mit +1,6 % die mit Abstand niedrigste Zuwachsrate seit 1999 auf.

Trotzdem wird es in den kommenden Jahren erforderlich sein, gerade im stationären Sektor die vielfach kritisierte Fehl-, Über- und Unterversorgung zu vermeiden. Für die DAK heißt die Antwort auf diese Herausforderung

„professionelles Versorgungsmanagement“. Dazu gehört das Finden der richtigen Einrichtung. Und dazu gehört insbesondere auch die Optimierung der Versorgungsabläufe.

Krankengeld

Nach jahrelangem Rückgang und stagnierenden Ausgaben im Vorjahr war im Berichtsjahr der mit 10,8 % je krankengeldberechtigtes Mitglied stärkste Anstieg seit mehr als fünf Jahren zu verzeichnen. Hier wirkte sich ein unerwartet hoher Anstieg der Krankengeldfälle (+9,8 %) sowie der Krankengeldtage (+9,9 %) aus.

Weiterhin: Rückgang der Verwaltungskosten

Der seit 2003 zu verzeichnende rückläufige Ausgabentrend bei den Verwaltungskosten setzte sich auch im Berichtsjahr fort: Pro Mitglied haben sie sich um weitere 0,9 % verringert und betragen jetzt 180,69 Euro (Vorjahr: 182,27 Euro). Es wird erwartet, dass sich dieser Trend in den kommenden Jahren verstärkt fortsetzt, weil von der grundlegenden Neuorganisation der DAK signifikante Einsparungen erwartet werden.

Nach den gesetzlichen Vorschriften sind die Werbeausgaben der Krankenkassen begrenzt: 2007 durften die Kassen höchstens 3,73 Euro pro Mitglied ausgeben. Die DAK hat diesen Spielraum wie schon in den Vorjahren bei weitem nicht ausgeschöpft. Auch die gesetzlich vorgeschriebene Verwaltungskostenbudgetierung konnte eingehalten werden.

Die DAK-Pflegekasse hat 2007 1,44 Mrd. Euro für Pflegebedürftige ausgegeben. Je Mitglied sind die Ausgaben von 296,32 Euro um 4,3 % auf 309,17 Euro gestiegen.

Der Ausgabenzuwachs ist im Wesentlichen auf die Zunahme der Leistungsbezieher zurückzuführen (je Mitglied 4,0 %). Der geringfügige Ausgabenanstieg je Leistungstag (0,2 %) ist bei konstanten Leistungsvergütungen ein Hinweis darauf, dass sich die Verschlechterung der Morbidität bei den Leistungsbeziehern abschwächt. Entlastend wirkt sich lediglich der leichte Rückgang der Falldauer (-0,65 Tage je Leistungsbezieher) aus.

Mit 757 Mio. Euro wurde mehr als die Hälfte der Leistungsausgaben für die Pflege in stationären Heimen verwandt. Für die ambulante Pflege erhielten Pflegebedürftige Geldleistungen in Höhe von 304 Mio. Euro und Sachleistungen im Wert von 216 Mio. Euro. Damit wurden ihre Bemühungen unterstützt, im häuslichen Bereich ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Festgestellt werden muss aber auch, dass

trotzdem die Ausgaben für vollstationäre Pflege Jahr für Jahr überdurchschnittlich steigen. Hier macht sich bemerkbar, dass die Möglichkeiten der Pflege im häuslichen und teilstationären Bereich aufgrund des starken gesellschaftlichen Wandels nach und nach abnehmen. Damit drohen in der Pflegeversicherung nicht nur von der Altersstruktur, sondern auch vom Pflegeaufwand her in Zukunft zusätzliche Belastungen.



DAK – 2007 im Überblick.

Versicherte im Jahresdurchschnitt	2006	2007
Mitglieder	4.677.597	4.655.604
Familienangehörige	1.509.017	1.455.096
Versicherte Personen	6.186.614	6.110.700

Einnahmen	Ausgaben
15.134.466.136 Euro	14.932.050.429 Euro
davon Beitragseinnahmen 13.750.861.186 Euro	davon Leistungsausgaben 13.839.368.078 Euro

Vermögensentwicklung	31.12.2006	31.12.2007
Betriebsmittel	25.548.015,93 Euro	233.925.031,38 Euro
Verwaltungsvermögen	247.179.233,96 Euro	241.217.925,06 Euro
Insgesamt	272.727.249,89 Euro	475.142.956,44 Euro

Leistungsausgaben	insgesamt	je Mitglied	Veränderung je Mitglied gegenüber 2006
Ärztliche Behandlung	2.386.275.550 Euro	512,56 Euro	+3,90 %
Zahnärztliche Behandlung	758.123.322 Euro	162,84 Euro	+1,64 %
Zahnersatz	283.341.900 Euro	60,86 Euro	+4,77 %
Arznei-, Verband- und Hilfsmittel aus Apotheken	2.846.322.617 Euro	611,38 Euro	+9,45 %
Heil- und Hilfsmittel von anderen Stellen/Behandlung durch sonstige Heilpersonen	897.482.819 Euro	192,77 Euro	+4,85 %
Krankenhausbehandlung	4.724.296.436 Euro	1.014,75 Euro	+1,58 %
Krankengeld und Beiträge auf Krankengeld	565.218.051 Euro	121,41 Euro	+7,33 %

Leistungsausgaben	insgesamt	je Mitglied	Veränderung je Mitglied gegenüber 2006
Aufwendungen für Leistungen im Ausland	34.376.775 Euro	7,38 Euro	+4,53 %
Fahrtkosten	270.819.137 Euro	58,17 Euro	+6,56 %
Kuren/stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	108.724.163 Euro	23,35 Euro	+4,88 %
Soziale Dienste, Prävention und Selbsthilfe	192.574.473 Euro	41,36 Euro	+61,73 %
Früherkennungsmaßnahmen und Modellvorhaben	116.060.039 Euro	24,93 Euro	-15,39 %
Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch	32.520.156 Euro	6,99 Euro	-14,60 %
Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation	66.441.938 Euro	14,27 Euro	+2,53 %
Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft	234.559.712 Euro	50,38 Euro	-4,08 %
Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege	225.009.037 Euro	48,33 Euro	+13,94 %
Integrierte Versorgung	94.270.362 Euro	20,25 Euro	+38,16 %
Mehrleistungen im Rahmen von DMP	-39.986.669 Euro	-8,59 Euro	+57,36 %
Sonstige Leistungen	42.938.260 Euro	9,22 Euro	-23,57 %
Summe Leistungsausgaben	13.839.368.078 Euro	2.972,63 Euro	+4,54 %



2007 – DAK-Pflegekasse im Überblick.

Versicherte im Jahresdurchschnitt	2006	2007
Mitglieder	4.680.595	4.658.242
Familienangehörige	1.508.735	1.454.820
Versicherte Personen	6.280.987	6.113.062

Einnahmen	Ausgaben
Beiträge und sonstige Einnahmen 1.531.543.328 Euro	Insgesamt 1.530.100.367 Euro; davon Leistungsausgaben 1.440.176.639 Euro je Mitglied 309,17 Euro gegenüber 2006: +4,34 %

Von den Leistungsausgaben entfallen auf	insgesamt	je Mitglied	Veränderung je Mitglied gegenüber 2006
Pflegesachleistung	216.570.048 Euro	46,49 Euro	+5,42 %
Pflegegeld	304.286.765 Euro	65,32 Euro	+2,96 %
häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	17.099.077 Euro	3,67 Euro	+16,14 %
Pflegehilfsmittel und technische Hilfen	33.555.676 Euro	7,20 Euro	+0,56 %
Leistungen für Pflegepersonen	56.439.486 Euro	12,12 Euro	+0,75 %
häusliche Beratungseinsätze	2.222.131 Euro	0,48 Euro	+4,35 %
zusätzliche Betreuungsleistungen	2.559.101 Euro	0,55 Euro	+17,02 %
Tages- und Nachtpflege	7.166.399 Euro	1,54 Euro	+2,67 %
Kurzzeitpflege	22.343.330 Euro	4,80 Euro	+8,60 %

Von den Leistungsausgaben entfallen auf	insgesamt	je Mitglied	Veränderung je Mitglied gegenüber 2006
vollstationäre Pflege	757.310.206 Euro	162,57 Euro	+4,55 %
Zuschuss für vollstationäre Pflege	668.886 Euro	0,14 Euro	+55,56 %
teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege	913.396 Euro	0,20 Euro	+17,65 %
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	18.234.640 Euro	3,91 Euro	+2,36 %
Aufwendungen für Leistungen im Ausland	807.200 Euro	0,17 Euro	+750,00 %
Gebärdendolmetscher	299 Euro	0,00 Euro	
Summe Leistungsausgaben	1.440.176.639 Euro	309,17 Euro	+4,34 %