



# Zahlen und Fakten.

2009 im Überblick.

**DAK**

Unternehmen Leben



# DAK. Unternehmen Leben.

**Ein moderner und leistungsfähiger Gesundheitsdienstleister – bundesweit – hohe Beratungs- und Servicequalität – regelmäßig Spitzenplätze bei Verbrauchertests – solide Haushaltspolitik – sichere Finanzbasis**

### Jahresrechnung 2009

2009 war mit der Einführung des Gesundheitsfonds das Jahr eines viel kritisierten einschneidenden Systemwechsels in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Haushaltsautonomie der Kassen wurde eingeschränkt, weil an die Stelle der bisherigen Beitragseinnahmen Zuweisungen aus dem Fonds traten (siehe Seite 4), mit denen die Ausgaben zu finanzieren sind.

Der Haushalt der DAK erreichte im Berichtsjahr ein Volumen von 16,2 Milliarden Euro.

Im Gegensatz zu den Vorjahren konnte kein Einnahmenüberschuss erwirtschaftet werden. Die Jahresrechnung 2009 verzeichnet vielmehr einen Ausgabenüberschuss von 245,2 Mio Euro, der über durch Entnahme aus der hierfür vorgesehenen Rücklage ausgeglichen wurde. Das Gesamtvermögen der DAK belief sich damit am 31. Dez. 2009 auf 365,9 Mio Euro.

Die Jahresrechnungen 2009 für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall (U 1) sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft (U 2) schlossen mit einem Einnahmenüberschuss von 13,5 Mio Euro (U 1) bzw. einem Ausgabenüberschuss von – 8,6 Mio Euro (U 2) ab. Die Betriebsmittel betragen damit per 31.12.2009 22,8 Mio Euro (U 1) bzw. 9,8 Mio Euro (U 2).



Die DAK hatte im Jahresdurchschnitt 4.629.773 Mitglieder. Hinzu kamen 1.358.293 Familienangehörige, so dass insgesamt 5.988.066 Menschen Versicherungsschutz erhielten. Damit ist die DAK eine der größten Versorgerkassen in Deutschland.

Die Fusion von DAK und Hamburg Münchener Krankenkasse (HMK) zum 1. Januar 2010 hatte keine direkten Auswirkungen auf die Jahresrechnung der DAK. Lediglich in dem stichtagsbezogenen Vergleichs des Mitglieder- und Versichertenbestandes per 1. Jan. 2009 zum 1. Jan. 2010 ist eine Erhöhung um 252.915 Mitglieder und 41.579 Familienangehörige zu verzeichnen.

Da der Verwaltungsrat der DAK die Jahresrechnung 2009 der HMK abgenommen hat, werden deren Rechnungsergebnisse im Rahmen des Beschlusses im Anhang dokumentiert.

### Optimistischer Ausblick

Seit 2009 laufen die Finanzströme in der GKV zentral über den Gesundheitsfonds. Weitere finanzielle Mittel können in einem begrenzten Rahmen über die viel diskutierten Zusatzbeiträge erhoben werden. Damit spielen Service und Leistungen der Kassen bei den Verbrauchern eine immer größere Rolle. Gerade auf dieser Ebene kann die DAK ihre Stärken zeigen.

So nimmt sie bei Verbrauchertests, in denen die Angebote der Krankenkassen detailliert verglichen werden, seit Jahren regelmäßig Spitzenplätze ein. Und auch nach Einführung eines fondsbedingten Zusatzbeitrages im Jahre 2010 wurde ihr z. B. vom Wirtschaftsmagazin Euro „das beste Preis-Leistungs-Verhältnis“ bescheinigt.

Wichtig ist auch, dass die DAK seit Jahren ihre Größe und Kompetenz nutzt, um auf dem Markt für Gesundheitsgüter eine hohe Versorgungsqualität für ihre Versicherten zu günstigen Konditionen zu erreichen (z.B. Qualitätsvereinbarungen mit Krankenhäusern, integrierte Versorgung). Insofern hat die Fusion der DAK mit der HMK nicht nur Synergieeffekte. Sie erhöht vor allem auch die dafür erforderliche Marktmacht der Kasse.

Hinzu kommt, dass der Gesetzgeber den Einzelkassen zunehmend Aufgaben aufgetragen oder zumindest ermöglicht hat (z. B. Rabattverträge für Arzneimittel), die letztlich nur große Versicherungsträger effizient erfüllen können.



## Einnahmen:

Statt Beiträge Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds per 1. Januar 2009 wurde die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung radikal geändert: Die Versicherungsträger leiten die nach einem einheitlichen Beitragssatz erhobenen Beiträge nämlich direkt an den neu eingerichteten Fonds weiter, der auch die Erstattungen des Bundes für versicherungsfremde Leistungen erhält (2009: 7,1 Mrd. Euro). Diese Mittel verteilt der Fonds dann an die einzelnen Kassen zur Deckung ihrer Ausgaben.

Die DAK erhielt im Berichtsjahr auf diesem Wege im Jahre 2009 15.704,1 Mio Euro.

Während die Zuteilung nach dem bisherigen Risikostrukturausgleich (RSA) ausschließlich nach demografischen Merkmalen erfolgte, wird nach dem neuen Morbi-RSA zusätzlich der Gesundheitszustand der Versicherten für 80 Krankheitsbilder anhand ambulanter und stationärer Diagnosen sowie Arzneimittelverordnungen berücksichtigt.

Damit erhalten die Versicherungsträger zunächst eine Grundpauschale. Diese wird durch Zu- und Abschläge nach dem Alter, Geschlecht und der Krankheitszugehörigkeit der Versicherten ergänzt.

## Leistungsausgaben:

Höhere Zuwachsrate als im Vorjahr

Die Steigerung der Leistungsausgaben mit 6,3 % je Versicherten fiel höher als im Vorjahr (+ 5,1 %) aus. Dies schlug besonders in den Hauptleistungsbereichen Krankenhaus, Apotheken und Ärzte zu Buche. An Beispielen wird in diesem Abschnitt auch aufgezeigt, wie die DAK mit Instrumenten des Versorgungsmanagements dieser Entwicklung entgegen wirkte.

### Krankenhausbehandlung

Mit + 5,9 % entsprach die Entwicklung weitgehend den Erwartungen. Die hohe Steigerung beruht vor allem auf den mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) eingeführten Maßnahmen zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser (insbes. anteilige Finanzierung der Tariflohnsteigerung, Wegfall des Abschlags von 0,5 % vom Rechnungsbetrag, Verbesserung der Situation des Pflegepersonals).

Außerdem sind Fallzahl und Fallschwere bei älteren DAK-Versicherten weiter deutlich gestiegen (+2,7%).

Vor diesem Hintergrund ist es gerade im stationären Sektor erforderlich, die vielfach kritisierte Fehl-, Über- und Unterversorgung zu verringern. Für die DAK heißt die Antwort auf diese Herausforderung „professionelles Versorgungsmanagement“.

Dazu gehört sowohl das Finden der richtigen Einrichtung als auch die Optimierung der Versorgungsabläufe. Das sind Maßnahmen, die rationalem Verhalten in der Marktwirtschaft entsprechen und nicht zu Lasten der Patienten gehen. Im Gegenteil: Vielfach ist es der DAK gelungen, in diesem Rahmen auch hohe Qualitätsstandards für die Versorgung ihrer Versicherten zu vereinbaren.

Bemerkenswert ist, dass sich durch eine Intensivierung der Rechnungsprüfung als Instrument der Leistungssteuerung Einsparungen in Höhe von 100 Mio Euro (Vorjahr: 65 Mio Euro) erzielen ließen.

### Apotheken

Wie schon im Vorjahr stiegen die Ausgaben für Arzneimittel in 2009 weiter an, insgesamt auf rund 3,1 Mrd. Euro. Betrug

die Steigerung in 2008 noch 4,0 % liegt sie mit 6,7 % je Versicherten im Folgejahr noch deutlich höher. Damit sind die Kosten im zweitgrößten Leistungssektor innerhalb eines Zeitraumes von nur 5 Jahren um nahezu 50 % gestiegen.

Die Ursachen für die Entwicklung sind vielfältig. In Deutschland kann der pharmazeutische Hersteller bislang den Preis für neu einzuführende Arzneimittel selber festlegen. Auch wenn kein oder nur ein unbedeutender therapeutischer Zusatznutzen existiert, sind die Krankenkassen ab der Zulassung eines Arzneimittels zur Kostenübernahme verpflichtet. Ab 2011 wird die Nutzenbewertung für neue Arzneimittel eine stärkere Rolle spielen; auf Basis der Ergebnisse werden die Preise dann zwischen Krankenkassen und Industrie verhandelt. Neben dieser Preiskomponente führen das Alter der Versicherten und die damit einhergehende Morbiditätssteigerung zu einer Mengenausweitung der verordneten Arzneimittel. So stieg zum Beispiel die Anzahl der ausgestellten Rezepte um 1,5 %.



Um die Arzneimittelversorgung für die Versicherten qualitativ hochwertig und gleichzeitig finanzierbar zu gestalten, setzt die DAK ein Bündel von Maßnahmen zur Leistungssteuerung ein. Dazu gehören zum Beispiel die Rabattverträge für Arzneimittel. Seit 2009 sind die Krankenkassen verpflichtet, Rabattverträge für Generika europaweit auszuschreiben. Die DAK hat je Wirkstoff Verträge mit bis zu drei Herstellern geschlossen, um den Versicherten, Ärzten und Apotheken eine Auswahl zu geben. Als weitere Maßnahmen sind besondere Versorgungsformen wie strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) und Integrierte Versorgung (IV) zu nennen, die zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führen.

#### Ärztliche Behandlung

Die Ausgabensteigerung in Höhe von 5,5 % je Versicherten ist in erster Linie auf den Wechsel des Vergütungssystems zurückzuführen. Das bisherige System der budgetierten Gesamtvergütung, wonach die Kassen für jedes Mitglied eine je nach Kasse unterschiedlich

hohe Kopfpauschale an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVn) zahlten, wurde durch eine stärker morbiditätsorientierte Vergütung abgelöst. Damit wird die Ausgabenentwicklung im ärztlichen ambulanten Sektor nicht mehr vom Zuwachs der Grundlohnsumme geprägt, sondern vielmehr von der erbrachten Leistung und dem Gesundheitszustand des Patienten. Die bisherigen kassenartenspezifischen Honorarverträge sind ab 2009 gemeinsam und einheitlich in der GKV abzuschließen.

#### Zahnärztliche Behandlung

Im zahnärztlichen Honorarsystem bestand die je nach Kassenart unterschiedlich hohe Leistungsvergütung weiter. Insgesamt verzeichnete die DAK mit + 1,1 % je Versicherten einen sehr moderaten Ausgabenanstieg. Dieser wurde in erster Linie durch steigende Fallkosten (Punktwertanpassung) verursacht. Die Fallentwicklung war dagegen rückläufig.

#### Zahnersatz

Die Systemumstellung bei der Versorgung mit Zahnersatz von der prozentualen Zuschussregelung auf die ab 1. Januar 2005 geltenden befundorientierten Festzuschüsse und der in § 55 SGB V neu geregelte Leistungsanspruch hatte 2005 zunächst einen drastischen Ausgabeneinbruch zur Folge. Seit 2006 normalisiert sich die Leistungsanspruchnahme kontinuierlich. Diese Entwicklung hat sich auch im Berichtsjahr fortgesetzt. Mit Leistungsausgaben von 50,36 Euro je Versicherten wurde allerdings das deutlich höhere Ausgabenniveau des Jahres 2004 von 59,98 Euro noch nicht erreicht. Der Zuwachs von 7,8 % je Versicherten fiel 2009 deutlich höher als im Vorjahr (+ 0,8 %) aus.

Der bundeseinheitliche Punktwert für Zahnersatz und die bundeseinheitlichen Preise für zahntechnische Leistungen wurden um durchschnittlich 1,41 % angehoben. Dies entspricht den Vorschriften des § 71 Abs. 3 SGB V, wonach die Vergütungsanpassungen maximal in Höhe der Grundlohnsummenentwicklung

für das gesamte Bundesgebiet (2009: + 1,41 %) vorgenommen werden dürfen. Die Höhe des Festzuschusses wurde entsprechend angepasst. Angesichts des moderaten Preisanstiegs ist der Ausgabenzuwachs hauptsächlich das Resultat einer gestiegenen Leistungsanspruchnahme.

#### Heilmittel und Hilfsmittel

Im Vergleich zur durchschnittlichen Ausgabensteigerung und auch zu den Steigerungsraten der vergangenen Jahre fiel die Zuwachsraten der vergangenen Jahre fiel die Zuwachsraten moderat aus. Sie betrug bei Hilfsmittel 3,5 % und bei Heilmittel 2,9 %.

Im Hilfsmittelbereich ist dies insbesondere auf eine intensive Vertragsarbeit sowie diverser Maßnahmen zur Leistungssteuerung zurückzuführen. Wichtig ist, dass dieses ohne Abstriche bei der Dienstleistung und der Produktqualität möglich war.

Die demografische Entwicklung (Alterung und zunehmende Pflegebedürftigkeit) hat auch 2009 zu einer Mengenausweitung geführt.

Im Bereich der Heilmittel sind sehr unterschiedliche Ausgabenverläufe zu verzeichnen. Während die Ausgaben für Leistungen von Masseuren und medizinischen Badebetrieben sowie sonstigen Heilpersonen rückläufig sind, sind hohe Ausgabenzuwächse für Logopäden (5,2 % je Versicherten) und insbesondere für Podologen (medizinische Fußpflege; 24,8 % je Versicherten) zu verzeichnen. Auch hier wirkte sich die Rechnungsprüfung entlastend aus.

#### Krankengeld

Der bereits sehr hohe Ausgabenzuwachs des Jahres 2008 verschärfte sich im Berichtsjahr weiter. So erhöhten sich die Ausgaben für Krankengeld und Beiträge aus Krankengeld um 14,3 % je Versicherten. Während dabei die Leistungsfälle je AKV-Mitglied sogar zurückgingen, stiegen die Leistungstage um 8,2 %. Die DAK wird deshalb die AU-Fallsteuerung deutlich verstärken.

#### Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege

Der Ausgabenzuwachs je Versicherten verläuft mit + 11,4 % nach wie vor ungebremst. Die mit der fortschreitenden Alterung der Versicherten einhergehende zunehmende Morbidität führt zu einer steigenden Leistungsanspruchnahme. Außerdem ist weiterhin eine durch die DRG's begünstigte Verlagerung aus dem Krankenhausbereich in die ambulante Krankenpflege zu verzeichnen.



### Soziale Dienste, Prävention und Selbsthilfe

Insgesamt erhöhten sich die Ausgaben um 16,3 % je Versicherten. Maßgeblich beeinflusst wurde diese Entwicklung durch die Zahlungen für die neue Influenza A H1N1 (vor allem unter dem Trivialnamen „Schweinegrippe“ bekannt), die im Rahmen einer Verordnung in Form von Abschlägen an die Bundesländer geleistet wurden. Ursprünglich sollten die Kassen 2009 für 30 % ihrer Versicherten je 28,00 Euro zahlen.

Wie sich im Nachhinein herausstellte, war jedoch nur eine statt der zuerst empfohlenen zwei Impfungen ausreichend. Außerdem war die Nachfrage der Bevölkerung nach dieser Impfung trotz massiver Pressekampagnen wesentlich zurückhaltender als angenommen. Deshalb wurden GKV-weit Vereinbarungen mit einigen Bundesländern über die Erstattung der zu hohen Abschlagzahlungen getroffen.

Entlastend wirkte sich dagegen der Rückgang der Ausgaben für Schutzimpfungen um 7,6 % je Versicherten aus. Dies ist vor allem auf eine Normalisierung der Ausgaben nach Einführung der Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs im Jahre 2007 zurückzuführen, die damals zu einem enormen Kostenschub führten. Inzwischen sind die versicherten Mädchen in den entsprechenden Altersklassen überwiegend versorgt.

### Fahrkosten

Der starke Anstieg der Ausgaben für Fahrkosten setzte sich mit + 7,7 % weiter fort. Bei dem mit Abstand größten Ausgabenposten „Rettungswagen“ war der größte Zuwachs zu verzeichnen (+ 10,2 Mio Euro = 10,1 %). Hier wirkten sich Änderungen des Landesrettungsdienstgesetzes wie die Einführung einer zusätzlichen Personalstelle des ärztlichen Leiters des Rettungsdienstes belastend aus. Gleichzeitig stiegen die Ausgaben für Notarztwagen, die meistens im Zusammenhang mit Rettungswagen fahren, um 3,3 Mio Euro bzw. 6,0 % je Versicherten.

Des Weiteren erhöhten sich die Ausgaben für Taxen und Mietwagen um 6,7 Mio Euro bzw. 10,2 % je Versicherten. Dies ist neben der allgemeinen Preissteigerung auf die mit einer zunehmenden Morbidität verbundene steigende Inanspruchnahme zurückzuführen.

### Verwaltungskosten

Der seit 2003 anhaltende Rückgang der Verwaltungskosten (nur 2008 war eine Steigerung zu verzeichnen) hat sich weiter fortgesetzt. So haben sich die Verwaltungskosten im Berichtsjahr gegenüber dem Vorjahr um weitere 35,9 Mio Euro bzw. 3,7 % je Versicherten verringert. Hier wirkt sich vor allem die Umsetzung des ProDAK-Konzeptes aus, mit dem schlanke Verwaltungsabläufe geschaffen und trotzdem die Beratungs- und Servicequalität weiter verbessert wird, weil die DAK konsequent die modernen Kommunikations- und Organisationsinstrumente nutzt.

Wie schon in den Vorjahren hat die DAK den gesetzlich zulässigen Spielraum für Werbeausgaben (höchstens 3,78 Euro pro Mitglied) bei weitem nicht ausgeschöpft.

### Vermögensentwicklung

Betriebsmittel und Rücklage sind generell Grundlage für eine solide Finanzpolitik: Betriebsmittel sind kurzfristig verfügbare Mittel zur Bestreitung der laufenden Ausgaben sowie zum Ausgleich der regelmäßig auftretenden Einnahme- und Ausgabenschwankungen während des Haushaltsjahres (§ 81 SGB IV, § 260 SGB V).

Die Rücklage dient der Absicherung gegen unerwartete Ausgabensteigerungen im Haushaltsjahr (§ 82 SGB IV, § 261 SGB V). Daran hat sich auch nach der Einführung des neu eingerichteten Gesundheitsfonds nichts geändert. Im Gegenteil: Gerade im Jahr des mit vielen unbekanntenen Größen verbundenen Systemwechsels hat sich diese Absicherung bewährt.

So konnte der Ausgabenüberhang im Berichtsjahr ohne Liquiditätsprobleme aufgefangen werden. Sofern die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen (Unterdeckung), ist die Bildung der für eine solide Haushaltspolitik erforderlichen Rücklagen im neuen System nur noch durch die Erhebung von Zusatzbeiträgen möglich.



# Die DAK Pflegekasse

Die DAK-Pflegekasse hat 2009 1,64 Milliarden Euro für Pflegebedürftige ausgegeben. Je Versicherten sind die Ausgaben von 253,45 Euro um 7,78 % auf 273,16 Euro gestiegen.

Der Beitragssatz wurde bei der Einführung der Pflegeversicherung gem. § 55 SGB XI bundeseinheitlich auf 1,7 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder festgeschrieben. Zum 1. Juli 2008 wurde er auf 1,95 % angehoben. Für die meisten Kinderlosen, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, gilt der erhöhte Beitragssatz von 2,2 %.

Beiträge aus Renten der Rentenversicherungsträger, die ALG I und ALG II-Beiträge, die Beiträge der Künstlersozialkasse und die Beiträge aus dem Wehr- und Zivildienst werden direkt durch den Gesundheitsfonds vereinnahmt und von dort an den Ausgleichsfonds weitergeleitet. Dagegen werden die Beiträge aus den Betriebsrenten nach wie vor von den Pflegekassen eingezogen.

Die Beitragseinnahmen sind gegenüber dem Vorjahr um 26,0 Mio Euro (+ 1,7 %) gestiegen. Die Steigerung ist vor allem auf das zum 1. Juli 2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG) zurückzuführen, mit dem der Beitragssatz um 0,25 % angehoben wurde. Die Verringerung der Beitragseinnahmen aufgrund des Mitgliederrückgangs (Beitragszahler) wurde durch höhere beitragspflichtige Einnahmen kompensiert.

Die Leistungsausgaben haben sich gegenüber dem Vorjahr um 7,4 % auf 1,636 Milliarden Euro erhöht. Je Versicherten wurden damit 253,45 Euro (+ 7,8 %) aufgewendet. Mit 842 Mio Euro wurde wie schon in den Vorjahren mehr als die Hälfte davon für die vollstationäre Pflege verwendet (51,4 %). Der Ausgabenzuwachs von 3,3 % je Versicherten ist im Wesentlichen – wie auch im Bereich der häuslichen und teilstationären Pflege – auf die Zunahme der Leistungstage (je Versicherten 10,1 %) zurückzuführen.

Dagegen sind die Ausgaben je Leistungstag rückläufig. Auffällig ist, dass die Morbidität bei der stationären Pflege stark angestiegen ist (Falldauer: + 20,7 Tage je Leistungsbezieher bzw. 6,9 %). Dieser Anstieg ist doppelt so stark wie bei den ambulanten Leistungsbeziehern.

Für ambulante Pflege erhielten Pflegebedürftige Geldleistungen in Höhe von 345 Mio Euro und Sachleistungen in Höhe von 244 Mio Euro. Damit wurden ihre Bemühungen unterstützt, im häuslichen Bereich ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Der Ausgabenzuwachs in Höhe von 12,9 % (häusliche und teilstationäre Pflege insgesamt) je Versicherten ist im Wesentlichen auf die Zunahme der Leistungstage (je Versicherten 5,8 %) und den Ausgabeanstieg je Leistungstag (6,6 %) zurückzuführen. Hier wirkten sich steigende Leistungsvergütungen aus dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aus.

Seit seinem In-Kraft-Treten am 1. Juli 2008 sind im ambulanten Bereich zusätzliche Leistungsausgaben in Höhe von 94,6 Mio Euro angefallen. Außerdem ist die Morbidität der Leistungsbezieher weiter angestiegen (Falldauer: + 11,7 Tage je Leistungsbezieher bzw. 3,9 %).

Festgestellt werden muss nach wie vor, dass trotz des Pflegeangebotes für häusliche und teilstationäre Pflege die weitaus meisten Ausgaben für stationäre Pflege entstehen. Hier macht sich bemerkbar, dass die Möglichkeiten der häuslichen Pflege aufgrund des starken gesellschaftlichen Wandels nach und nach abnehmen.

Kurzum: Der gesellschaftliche Wandel ist auch und gerade im Bereich der Pflege mit zusätzlichen Kosten verbunden.



# DAK – 2009 im Überblick

Die KPMG Deutsche Treuhand-Gesellschaft AG hat die Jahresrechnung 2009 geprüft und der DAK einen uneingeschränkten Prüfungsvermerk erteilt.

Auf seiner Sitzung am 10.06.2010 hat der DAK-Verwaltungsrat die Jahresrechnung abgenommen und dem Vorstand Entlastung erteilt.

Versicherte im Jahresdurchschnitt	2008	2009
Mitglieder	4.618.032	4.629.773
Familienangehörige	1.393.721	1.358.293
<b>Versicherte Personen</b>	<b>6.011.753</b>	<b>5.988.066</b>

Erfolgsrechnung	2008	2009
Einnahmen	15.423.714.421 Euro	15.883.001.859 Euro
davon Beitragseinnahmen, Finanzausgleiche (u.a. Gesundheitsfonds) und Beteiligung des Bundes an Aufwendungen nach § 221 SGB V (versicherungsfremde Leistungen)	15.261.918.190 Euro	15.728.066.243 Euro
Ausgaben	15.287.783.479 Euro	16.128.163.984 Euro
davon Leistungsausgaben	14.310.037.150 Euro	15.154.757.578 Euro
<b>Ergebnis</b>	<b>135.930.942 Euro</b>	<b>-245.162.124 Euro</b>

Vermögensentwicklung	31.12.2008	31.12.2009
Betriebsmittel / Rücklage	361.216.223,38 Euro	112.974.167,81 Euro
Verwaltungsvermögen	249.857.675,31 Euro	252.937.606,51 Euro
<b>Insgesamt</b>	<b>611.073.898,69 Euro</b>	<b>365.911.774,32 Euro</b>

Leistungsausgaben	insgesamt	je Versicherten	Veränderung je Versicherten gegenüber 2008
Ärztliche Behandlung	2.580.992.968 Euro	431,02 Euro	+ 5,49 %
Zahnärztliche Behandlung	767.007.445 Euro	128,09 Euro	+ 1,07 %
Zahnersatz	301.577.885 Euro	50,36 Euro	+ 7,77 %
Arznei-, Verband- und Hilfs-Mittel aus Apotheken	3.107.917.390 Euro	519,02 Euro	+ 7,15 %
Heil- und Hilfsmittel durch andere Stellen/Behandlung durch sonstiges Heilpersonen	957.695.083 Euro	159,93 Euro	+ 3,07 %
Krankenhausbehandlung	5.144.723.533 Euro	859,16 Euro	+ 6,14%
Krankengeld und Beiträge auf Krankengeld	694.160.975 Euro	115,92 Euro	+ 14,26 %
Aufwendungen für Leistungen im Ausland	42.800.158 Euro	7,15 Euro	+ 46,52 %
Fahrkosten	316.198.320 Euro	52,80 Euro	+ 7,71 %
Kuren/stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	101.485.029 Euro	16,95 Euro	- 6,20 %
Soziale Dienste, Prävention und Selbsthilfe	209.459.050 Euro	34,98 Euro	+ 16,25 %
Früherkennungsmaßnahmen und Modellvorhaben	152.277.510 Euro	25,43 Euro	+ 9,85 %
Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch	36.175.032 Euro	6,04 Euro	+ 9,03 %
Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation	82.770.209 Euro	13,82 Euro	+ 13,37 %
Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft	240.082.039 Euro	40,09 Euro	+ 0,53 %
Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege	282.476.009 Euro	47,17 Euro	+ 11,41 %
Integrierte Versorgung	107.924.516 Euro	18,02 Euro	- 5,85 %
Mehrleistungen im Rahmen von DMP	- 21.870.870 Euro	- 3,65 Euro	- 25,96 %
Sonstige Leistungen	50.905.296 Euro	8,50 Euro	+ 0,59 %
<b>Summe Leistungsausgaben</b>	<b>15.154.757.578 Euro</b>	<b>2.530,83 Euro</b>	<b>+ 6,32 %</b>



# DAK-Pflegekasse.

Versicherte im Jahresdurchschnitt	2008	2009
Mitglieder	4.620.444	4.632.021
Familienangehörige	1.393.458	1.358.031
<b>Versicherte Personen</b>	<b>6.013.902</b>	<b>5.990.052</b>

Die Versicherten- und Mitgliederzahlen der DAK-Pflegekasse weichen geringfügig von den Zahlen der Krankenkasse ab, weil bestimmte Personenkreise nur pflege-, nicht aber krankensicherungspflichtig sind (z. B. Soldaten auf Zeit, die Anspruch auf freie Heilfürsorge haben).

	Einnahmen	Ausgaben
Beiträge und sonstige Einnahmen	1.734.570.884,05 Euro	Insgesamt je Versicherten Leistungsleistungen gegenüber 2008:
		1.719.833.951,31 Euro 287,12 Euro 1.636.248.898,35 Euro +6,96 %

Von den Leistungsausgaben entfallen auf	insgesamt	je Versicherten	Veränderung je Versicherten gegenüber 2008
Pflegesachleistung	243.761.222 Euro	40,69 Euro	+ 6,41 %
Pflegegeld	344.465.378 Euro	57,51 Euro	+ 7,25 %
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	25.711.007 Euro	4,29 Euro	+ 25,44 %
Pflegehilfsmittel und Technische Hilfen	35.498.898 Euro	5,93 Euro	+ 12,10 %
Leistungen für Pflegepersonen	58.519.492 Euro	9,77 Euro	+ 3,17 %
Häusliche Beratungseinsätze	2.761.586 Euro	0,46 Euro	+ 15,00 %
Zusätzliche Betreuungsleistungen	36.985.954 Euro	6,17 Euro	+ 493,27 %
Pflegeberatung	3.583.451 Euro	0,60 Euro	+ 150,00 %
Tages- und Nachtpflege	12.630.215 Euro	2,11 Euro	+ 40,67 %
Kurzzeitpflege	29.884.907 Euro	4,99 Euro	+ 18,25 %
Vollstationäre Pflege	821.302.722 Euro	137,11 Euro	+ 3,35 %
Zuschuss für Vollstationäre Pflege	111.542 Euro	0,02 Euro	- 77,78 %
Teilweise Kostenerstattung für Vollstationäre Pflege	978.711 Euro	0,16 Euro	+ 45,45 %
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	19.361.618 Euro	3,23 Euro	+ 3,19 %
Aufwendungen für Leistungen im Ausland	686.268 Euro	0,11 Euro	+ 450,00 %
Gebärdendolmetscher	38 Euro	0,00 Euro	
<b>Summe Leistungsausgaben</b>	<b>1.636.248.898 Euro</b>	<b>273,16 Euro</b>	<b>+ 7,78 %</b>

## Jahresrechnung 2009 der Hamburg Münchener Krankenkasse (HMK)

Die DAK und die Hamburg Münchener Krankenkasse (HMK) haben zum 1. Januar 2010 fusioniert. Damit ist der neue DAK-Verwaltungsrat auch für die Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung 2009 der HMK zuständig.

Die Prüfung der Jahresrechnung 2009 der HMK wurde durch die BDO Deutsche Warentreuhand AG vorgenommen, die einen uneingeschränkten Prüfungsvermerk erteilt hat. Auf seiner Sitzung am 10.06.2010 hat daraufhin der Finanzausschuss des DAK-Verwaltungsrates die Jahresrechnung abgenommen und dem Vorstand Entlastung erteilt.

Die Jahresrechnung 2009 der HMK schließt mit erfolgswirksamen Einnahmen von 800.263.137,38 Euro sowie erfolgswirksamen Ausgaben in Höhe von 815.587.958,35 Euro ab. Daraus ergibt sich ein Ausgabenüberschuss in Höhe von 15.324.820,97 Euro.





Sie haben Fragen. Wir die Antworten.  
24 Stunden an 365 Tagen.

**DAK-Versicherungsexperten** informieren und beraten Sie über Leistungen, Beiträge und Mitgliedschaft.  
**DAKdirekt 0180 1 325325** – 3,9 Ct./Min. aus dem Festnetz der Dt. Telekom, max. 42 Ct./Min. aus den Mobilfunknetzen.  
Oder für Flatrate-Kunden **040 7344444**.

[www.dak.de](http://www.dak.de)

