

GESCHÄFTSBERICHT



2014



Inhalt

Vorwort	3
Die Gesundheitspolitik 2014	5
Finanzentwicklung 2014	9
BKK Technoform - Selbstverwaltung	11
Mitglieder und Versicherte	12
Versichertenentwicklung nach Kassenarten.....	13
Finanzentwicklung der BKK Technoform	14
Vermögensrechnung.....	15
Vermögensentwicklung 2014	16
Vermögensentwicklung der letzten 5 Jahre (ohne Verwaltungsvermögen)	16
Erfolgsrechnung.....	17
Verwaltungskostenentwicklung	20
Pflegeversicherung	21
Einnahmen und Ausgaben 2014.....	21
Erfolgsrechnung.....	22
Ausgaben für Pflegeleistungen	23
Fallzahlentwicklung.....	24
Leistungsschwerpunkte der Pflegeversicherung auf einen Blick	25
Pflegeversicherung verzeichnet weiter Überschüsse	26

Vorwort

Das Jahr 2014 stand für die BKK Technoform und ihren Verwaltungsrat im Zeichen einer erfolgreichen Ausrichtung auf die Zukunft.

Unsere Zusatzleistungen, wie die Zuschüsse zur osteopathischen Behandlung, professionellen Zahnreinigung und zu homöopathischen Arzneimitteln, fanden bei unseren Kunden immer mehr Anklang. Im Laufe des Jahres 2014 haben wir auch unsere Bonusprogramme auf den Prüfstand gestellt und drei neue Bonusprogramme entwickelt: Babyfit für die Mütter von Neugeborenen, Youngfit für Versicherte bis 18 Jahre und Topfit für Versicherte ab 18 Jahren. Seit dem 1. Januar 2015 können in diesen Programmen Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten gesammelt werden. Mit diesen Zusatzleistungen sind wir so weiter auf die Erwartungen unserer Kunden eingegangen.

Doch auch äußere Einflüsse haben uns in unserem Wirken beeinflusst: Der Gesetzgeber hat im Laufe des Jahres 2014 seine gesundheits- und pflegepolitische Agenda abgearbeitet. Die mit dem Koalitionsvertrag angekündigten Reformen, unter anderem die Neuordnung der Finanzierungsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung, hatten direkte Auswirkungen auf die BKK Technoform. Bei der Verteilung der Versichertengelder durch den Gesundheitsfonds an die Kassen wurde an Stellschrauben gedreht. Auf der Einnahmeseite gab es tiefgreifende Änderungen, die bereits zum 1. Januar 2015 in Kraft treten sollten: Der Beitragssatz wurde um den 0,9%-Anteil abgesenkt, den die Versicherten allein zu tragen hatten. Dadurch sollte ab 1. Januar 2015 zunächst weniger Geld zur Verteilung an die Kassen zur Verfügung stehen. Um die dadurch entstehende Finanzierungslücke bei den Kassen zu schließen, wurde ein kassenindividueller und einkommensabhängiger Zusatzbeitragssatz eingeführt und die Krankenkassen konnten so zum 1. Januar 2015 zumindest teilweise ihren Beitragssatz wieder selbst bestimmen. Die Selbstverwaltung nutzte diese Chance, und beteiligte die Mitglieder der BKK Technoform an dem in den letzten Jahren aufgebauten Finanzpolster: Der Zusatzbeitragssatz der BKK Technoform wurde auf 0,7% festgesetzt und liegt damit unter dem durchschnittlichen Beitragssatz von 0,9%.

Auch auf der Versorgungsseite sind durch Neuregelungen Verbesserungen zu spüren: Zum Beispiel profitieren Pflegebedürftige und deren Angehörige bereits jetzt von den Reformen durch das Pflege-Neuordnungsgesetz. Die Verbesserung der Versorgungsqualität war ein Schwerpunkt im Koalitionsvertrag und sollte mit dem Versorgungsstärkungsgesetz umgesetzt werden. Den bestehenden Ungleichgewichten in der ärztlichen Versorgung, insbesondere der Überversorgung in bestimmten Regionen, wird damit aufgrund zahlreicher Ausnahmeregelungen jedoch schwer beizukommen sein.

Auch in 2015 stehen weitere Neuregelungen an und wir sehen diesen Herausforderungen gern entgegen. Denn auch in Zukunft wollen wir für unsere Kunden ein in jeder Hinsicht attraktiver Partner in Sachen gesetzlicher Krankenversicherung sein.

Ich bedanke mich bei den Mitgliedern des Verwaltungsrats und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der BKK Technoform für das besondere Engagement und die vertrauensvolle Zusammenarbeit im vergangenen Jahr. Allen Kunden danken wir für ihr Vertrauen und freuen uns auf das weitere Miteinander.

Herzliche Grüße



Claudia Fischer

Vorstand BKK Technoform


Die Gesundheitspolitik 2014

Im Jahr 2014 arbeitete die Große Koalition konsequent die im Koalitionsvertrag verhandelten gesundheits- und pflegepolitischen Eckpunkte ab. Inhaltlich hielt man sich bei den Gesetzesvorlagen eng an die vereinbarten Leitlinien.

Zum dritten Mal innerhalb von sieben Jahren stand eine GKV-Finanzreform an. Bereits im Februar 2014 wurde der Referentenentwurf für das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) versandt, welches zum 1. Januar 2015 in Kraft treten sollte. Neben der Gründung eines unabhängigen Instituts im Bereich der Qualitätssicherung fungierte das Gesetz als Omnibus für zahlreiche Änderungen im Versorgungsbereich. Im Mittelpunkt aber stand die Finanzreform mit der Einführung eines kassenindividuellen und einkommensabhängigen Zusatzbeitrages und den verwaltungsaufwendigen Hinweis- und Veröffentlichungspflichten. Der paritätisch finanzierte allgemeine Beitragssatz wurde mit 14,6% festgeschrieben (der Arbeitgeberanteil davon mit 7,3%): Steigende Leistungsausgaben führen damit zwangsläufig zu steigenden Zusatzbeiträgen der Versicherten.

Ein Anreiz zur Risikoselektion wird mit dem einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nicht gesetzt: Durch einen Einkommensausgleich erhalten die Krankenkassen Zuweisungen lediglich auf Basis der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen. Die tatsächliche Einkommensstruktur ihrer Mitglieder spielt dabei also keine Rolle.

Die Hinweis- und Veröffentlichungspflichten zum Zusatzbeitrag wurden verschärft. So müssen die Kassen ihre Mitglieder in einem individuellen Anschreiben über die Höhe des Zusatzbeitrages, die Liste der Zusatzbeiträge aller Kassen und das Sonderkündigungsrecht informieren. Wenn der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz übersteigt ist darüber hinaus auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Das ist nicht nur wettbewerbspolitisch fraglich, es trägt auch dazu bei, den Wettbewerb zwischen den Kassen auf einen reinen Preiswettbewerb zu reduzieren. Dies ist daran zu erkennen, dass der von der Bundesregierung festgelegte durchschnittliche Zusatzbeitragssatz bei 0,9% liegt, der rechnerisch durchschnittlich tatsächlich erhobene Zusatzbeitragssatz bei 0,83% liegt. Die in den vergange-




nen Jahren erwirtschafteten Rücklagen werden zur Subventionierung eines günstigen Zusatzbeitragssatzes verwendet.

Zur besseren Transparenz über die Qualität der Versorgung soll ein neues Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beitragen. Patienten sollen sich zum Beispiel vor der Wahl eines Krankenhauses über die dortige Behandlungsqualität informieren können. Hierzu soll das Institut Entscheidungsvorlagen liefern.

Zur besseren Versorgung beitragen soll grundsätzlich auch die elektronische Gesundheitskarte (eGK). Das deutsche Gesundheitswesen soll damit vernetzt werden, um zum Beispiel den Informationsaustausch sicherzustellen und Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Daten über einzunehmende Medikamente sollen auf der Karte gespeichert werden, um in Notfällen überlebenswichtige Informationen zu liefern. Die alte Krankenversicherungskarte hat zum Ende des Jahres 2014 ihre Gültigkeit verloren, die eGK aber hat selbst zwölf Jahre nach deren ersten Planungen noch immer nicht die erforderliche Funktionalität erlangt. Die Weiterentwicklung der eGK wird aus Beitragsgeldern finanziert und der Telematik über den GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes griff im Dezember 2014 zu drastischen Mitteln und sperrte Mittel in Höhe von ca. 57 Mio. €, um die Akteure unter Druck zu setzen. Der Gesetzgeber reagierte mit dem eHealth-Gesetz, um das Projekt voranzubringen. Dass dies allein damit gelingt, ist zu bezweifeln.

Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung wurde mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) eingeleitet: Pflegeleistungen wurden ausgeweitet und flexibilisiert. Zur Finanzierung wurde der Beitragssatz um 0,3% erhöht. Noch in dieser Legislaturperiode soll in einer zweiten Reformstufe der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit eingeführt werden.

Im Dezember 2014 legte die Bund-Länder-Arbeitsgruppe ein Eckpunktepapier zur Vorbereitung einer Krankenhausreform vor. Schwerpunkte des Papiers sind Qualität, DRG/Betriebskosten, Investitionskosten und Gesamtfinanzierung. Insbesondere in Ballungsgebieten gibt es Überkapazitäten, die es abzubauen gilt. Hierfür soll ein Strukturfonds eingerichtet werden, der einmalig mit 500 Mio. € aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gefüllt werden soll. Um die Qualität der Versorgung in den



Krankenhäusern zu verbessern, sollen Qualitätszuschläge und –abschläge eingeführt werden. Die Ausgabenentwicklung im Krankenhaussektor wird jedoch durch die vorgesehenen Maßnahmen zur Mengen- und Preisentwicklung und der Angleichung der Landesbasisfallwerte verschärft.

Im Bereich der stationären Psychiatrie hat der Gesetzgeber eine Verschiebung innerhalb der Vergütungsreform beschlossen: Die Optionsphase, in der das neue Vergütungssystem nach Fallpauschalen von den Krankenhäusern angewendet werden kann, aber noch nicht angewendet werden muss, wurde um zwei Jahre bis 2016 verlängert.

Im Arzneimittelbereich gab es in 2014 Änderungen, die direkten finanziellen Einfluss auf die Kassen entfalteten. Der Herstellerabschlag, der im Jahr 2013 noch 16% betrug, wurde zum 1. Januar 2014 auf 6% abgesenkt und zum 1. April 2014 um 1% auf 7% angehoben. Die Mehrbelastung um 9% macht für die Kassen eine Mehrbelastung von 1 Mrd. € aus. Einen Rückschritt bedeutet in diesem Ausgabensektor auch die Abschaffung der Nutzenbewertung für Bestandsmarktarzneimittel.

Auch in anderen Ausgabenbereichen sind aufgrund gesetzlicher Änderungen Mehrbelastungen zu erwarten. Für 2016 wird das Präventionsgesetz erwartet, welches die Kassen mit vorgegebenen Mindestausgaben zusätzlich belasten wird. Zwar gehören Prävention und Gesundheitsförderung zu den zentralen Aufgaben der Krankenkassen, sind aber als lebensweltbezogene Maßnahmen (z.B. in Kindergärten, Schulen, Pflegeheimen) eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, deren Kosten nicht einseitig auf die gesetzliche Krankenkassen abgewälzt werden dürfen.

Im Vergleich zu 2015 sind nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes aus gesetzlichen Neuregelungen des Versorgungsstärkungsgesetzes, der Krankenhausreform und dem Präventionsgesetz Mehrausgaben wie folgt zu erwarten:

Jahr	Belastung der Krankenkassen in Mio. €	Belastung des Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) in Mio. €	Belastung insgesamt in Mio. €
2016	1.310	250	1.560
2017	2.360	250	2.570
2018	2.750	250	3.000
2019	3.030	150	3.180

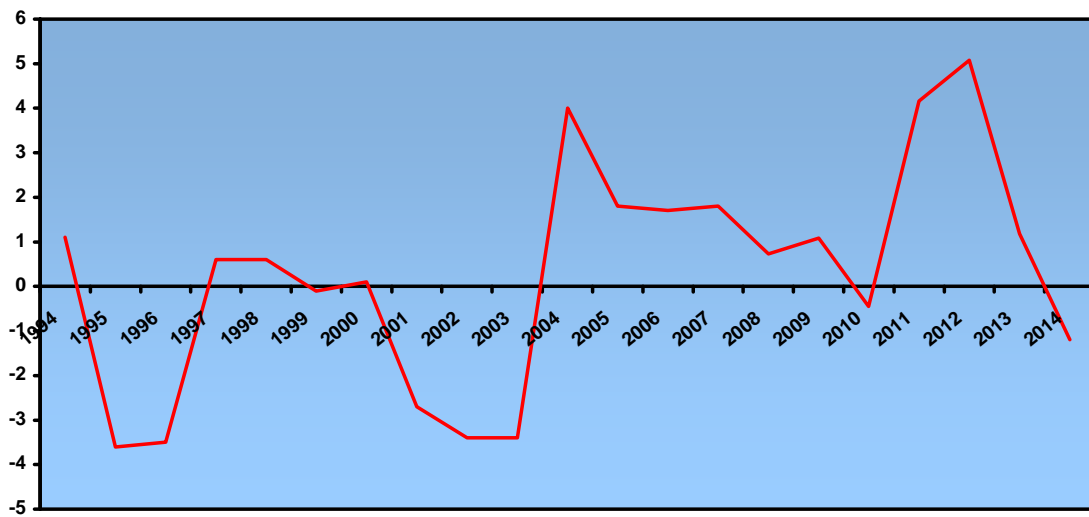
Quelle: Geschäftsbericht 2014 GKV-Spitzenverband

Finanzentwicklung 2014

Die vorläufigen Finanzergebnisse der gesetzlichen Krankenkassen weisen im Jahr 2014 ein Defizit von 1,2 Mrd. € auf. Dabei standen Einnahmen von 204,1 Mrd. € (davon 200,1 Mrd. € als Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds) Ausgaben in Höhe von 205,3 Mrd. € gegenüber. Zwar sind in dem Ergebnis 711 Mio. € für Prämienausschüttungen und 313 Mio. € für freiwillige Satzungsleistungen der Kassen enthalten. Doch auch ohne diese zusätzlichen Zahlungen reichen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zuzüglich der sonstigen Einnahmen bereits nicht mehr zur Ausgabendeckung aus. Die Ergebnisse verteilen sich unter den Kassenarten sehr unterschiedlich. So erwirtschafteten 52 Krankenkassen 2014 einen Überschuss von zusammen 683 Mio. €. Davon fielen auf das AOK-System allein 421 Mio. €. Die anderen Kassenarten wiesen dagegen allesamt Defizite aus: Ersatzkassen minus 1,08 Mio. €, Innungskrankenkassen minus 219 Mio. €, Betriebskrankenkassen minus 219 Mio. €. Die Ergebnisse zeigen, dass beim Ausgleichsmechanismus des Morbi-RSA weiterer Korrekturbedarf besteht.

Der Gesundheitsfonds nahm im Jahr 2014 198,5 Mrd. € ein und wies selbst ein Defizit von 1,1 Mrd. € aus. In den Einnahmen des Gesundheitsfonds ist der Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen in Höhe von 10,4 Mrd. € (2013 = 11,4 Mrd. €) enthalten. Das Defizit des Gesundheitsfonds wird aus seiner Liquiditätsreserve gedeckt. Die Liquiditätsreserve weist Ende 2014 ca. 12,5 Mrd. € aus. Die Rücklagen der Krankenkassen betrugen Ende des Jahres 2014 15,5 Mrd. €. Am 1. Januar 2015 gab es 123 gesetzliche Krankenkassen.

GKV-Finanzergebnisse in Mrd. EUR



(Quelle: Bundesministerium für Gesundheit)

BKK Technoform - Selbstverwaltung

Der Verwaltungsrat der BKK wurde 2011 in einer bundeseinheitlichen Sozialwahl für die Dauer von sechs Jahren gewählt. Im Verwaltungsrat treffen Versicherten- und Arbeitgebervertreter alle Grundsatzentscheidungen und bestimmen so die sozial- und unternehmenspolitische Zielsetzung der BKK. Dem Verwaltungsrat stehen umfassende Informations- und Kontrollrechte zu.

Dem Verwaltungsrat der BKK Technoform gehören an (Stand 1. Januar 2015):

Vorsitzender:

Werner Habenicht

Stellvertretender Vorsitzender:

Willi Thiele

Der Vorsitz wechselt jährlich zum 1. Januar zwischen dem Vorsitzenden und dem alternierenden Vorsitzenden.

Arbeitgebervertreter:

Artelt, Jens Michael

Beverungen, Lothar

Dr. Karrer, Stefan

Ladage, Thomas

Meyer, Benno

Spillner, Wolfgang

Thiele, Willi

Versichertenvertreter:

Bolduan, Jürgen

Dohrmann, Michael

Habenicht, Werner

Hoffmann, Jens

Leckebusch, Christian

Räckel, Stefan

Winkelmann, Peter

Vorstand:

Claudia Fischer

Mitglieder und Versicherte

(Jahresmittelwert)

Die Mitgliederzahlen sind über die Jahre recht konstant. Um dem negativen Verlauf der Versichertenzahlen der Vorjahre Einhalt zu gebieten, haben wir unsere Kommunikationsstrategie und Kundenwerbung neu und offensiv ausgerichtet. Seit August 2014 verzeichnen wir wieder steigende Versichertenzahlen und mit Stand 1. Mai 2015 waren bei der BKK Technoform 14.579 Menschen versichert.

	2011	2012	2013	2014
Pflichtmitglieder	6.279	6.361	6.368	6.390
Freiwillige Mitglieder	879	941	999	1.027
Rentner	3.682	3.684	3.666	3.631
Mitglieder gesamt	10.840	10.986	11.033	11.048
Familien- angehörige	3.815	3.642	3.494	3.431
Versicherte gesamt	14.655	14.628	14.527	14.479

Versichertenentwicklung nach Kassenarten

Die Zahl der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung steigt weiter an. Die Betriebskrankenkassen verzeichnen erstmals seit Jahren wieder Versichertenzuwächse. Das Ersatzkassensystem ist weiter im Aufwärtstrend. Die Ortskrankenkassen haben ihren Versichertenverlust von 2013 kompensiert, lediglich bei den Innungskrankenkassen, der Bundesknappschaft sowie den Landwirtschaftlichen Krankenkassen gehen die Versichertenzahlen zurück.

	2011	2012	2013	2014
AOK	24.242.666	24.329.402	24.282.611	24.336.324
Ersatzkassen	24.614.067	25.739.507	26.019.562	26.391.065
BKK	12.817.399	11.654.143	11.625.020	11.659.443
IKK	5.431.421	5.460.195	5.448.983	5.447.527
Bundesknappschaft	1.741.768	1.754.779	1.741.254	1.733.452
Landwirtschaftl. Krankenkassen	789.956	766.297	743.735	721.997
Gesamt	69.637.277	69.704.323	69.861.165	70.289.808

(Quelle: Bundesministerium für Gesundheit)

Finanzentwicklung der BKK Technoform

Die BKK Technoform verzeichnet im Jahr 2014 ein Defizit in Höhe von 0,895 Mio. EUR. Allein die Krankenhausausgaben liegen im Jahr 2014 um 1,4 Mio. € über dem Planansatz. Ohne diese auf einzelnen teuren Leistungsfällen beruhenden Mehrausgaben, die keine Wirkung für die Zukunft entfalten, wäre ein sehr gutes positives Ergebnis erzielt worden. Je Mitglied beträgt das Vermögen nun 505,97 EUR und ist damit immer noch überdurchschnittlich hoch.

Einnahmen	42.698.110,34 €
Ausgaben	43.592.900,20 €
Überschuss der Ausgaben	894.789,86 €

Vermögensrechnung

- 31. Dezember 2014 -

Aktiva		Passiva	
Barmittel und Girovermögen	4.601.400,40 €	Verpflichtungen aus dem Beitragseinzug	129.085,25 €
Kurzfristige Geldanlagen	4.079.268,87 €	Verpflichtungen aus Leistungen	4.131.564,52 €
Wertpapiere	734.817,25 €		
Verwaltungsvermögen	47.766,00 €		
Forderungen an den Gesundheitsfonds	127.712,35 €	Verpflichtungen an den Gesundheitsfonds	167.966,09 €
Forderungen aus Versicherungsleistungen	682.534,20 €		
Sonstige Forderungen	566.505,60 €	Sonstige Verpflichtungen	609.456,72 €
Zeitliche Rechnungsabgrenzung	8.496,46 €	Zeitliche Rechnungsabgrenzung	56.671,46 €
Pensions- und Alters- teilzeitrückstellungen	838.832,00 €	Pensions- und Alters- teilzeitrückstellungen	838.832,00 €
Darlehen und Beteiligungen	83.522,00 €	Betriebsmittel	4.709.171,54 €
		Rücklage	881.000,00 €
		Verwaltungsvermögen (einschl. Darlehen/ Beteiligungen)	131.288,00 €
Aktiva Gesamt	11.655.035,58 €	Passiva Gesamt	11.655.035,58 €

Vermögensentwicklung 2014

	Vermögen ohne Verwaltungs- vermögen	Verwaltungs- vermögen	Vermögen insgesamt
Vermögen am 1. Januar 2013	6.477.074,40 €	139.175,00 €	6.616.249,40 €
Rechnungsergebnis 2014	-886.902,86 €	-7.887,00 €	-894.789,86 €
Vermögen am 31. Dezember 2014	5.590.171,54 €	131.288,00 €	5.721.459,54 €

Vermögensentwicklung der letzten 5 Jahre (ohne Verwaltungsvermögen)

	2010	2011	2012	2013	2014
Vermögen in Mio. €	1,565	2,654	5,346	6,477	5,590
Zahl der Mitglieder	10.721	10.840	10.986	11.033	11.048
Vermögen je Mitglied in €	145,98	244,83	486,65	587,06	505,97
Zahl der Versicherten	14.671	14.655	14.628	14.527	14.479
Vermögen je Versicherten in €	106,67	181,10	365,46	445,86	386,08

Erfolgsrechnung

Einnahmen

	2013	2014	+/-
Beitragseinnahmen (für Zeiten vor 2009)	21.604,96 €	0,00 €	0,00 %
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds	40.987.363,15 €	42.197.772,63 €	2,95 %
Vermögenserträge	49.342,88 €	40.629,88 €	-17,66 %
Erstattungen	47.571,16 €	100.463,99 €	111,19 %
Ersatzansprüche	137.077,42 €	112.677,27 €	-17,80 %
Finanzausgleich	297.839,33 €	243.194,11 €	-18,34 %
Übrige Einnahmen	1.400,00 €	3.372,46 €	140,89 %
Einnahmen insgesamt	41.542.198,90 €	42.698.110,34 €	2,78 %

Erfolgsrechnung

Leistungsausgaben

		2013	2014	+/-
Ärzte	absolut	6.736.423,73 €	6.879.687,40 €	2,13 %
	je Versicherten	463,71 €	475,15 €	2,47 %
Zahnärzte/Zahnersatz	absolut	2.685.084,09 €	2.717.562,45 €	1,21 %
	je Versicherten	184,85 €	187,71 €	1,55 %
Arzneimittel	absolut	6.573.204,93 €	7.308.853,78 €	11,19 %
	je Versicherten	452,48 €	504,79 €	11,56 %
Heil- und Hilfsmittel	absolut	2.511.103,80 €	2.739.964,03 €	9,11 %
	je Versicherten	172,86 €	189,24 €	9,48 %
Krankenhaus- behandlung	absolut	13.116.356,32 €	14.931.255,34 €	13,84 %
	je Versicherten	902,89 €	1.031,23 €	14,21 %
Krankengeld	absolut	2.465.447,56 €	2.691.048,98 €	9,15 %
	je Versicherten	169,71 €	185,86 €	9,52 %
Fahrkosten/Rettungs- dienst	absolut	1.037.369,82 €	1.035.875,95 €	-0,14 %
	je Versicherten	71,40 €	71,54 €	0,20 %
Kuren, Prävention, Früh- erkennung	absolut	817.798,20 €	872.775,05 €	6,72 %
	je Versicherten	56,28 €	60,26 €	7,07 %
Mutterschaftshilfe	absolut	470.496,62 €	585.978,65 €	24,54 %
	je Versicherten	32,39 €	40,47 €	24,95 %
Haushaltshilfe/Häusliche Krankenpflege	absolut	770.312,70 €	763.603,75 €	-0,87 %
	je Versicherten	53,02 €	52,74 €	-0,53 %
Sonstige Leistungen	absolut	750.775,68 €	705.632,65 €	-6,01 %
	je Versicherten	51,68 €	48,73 €	-5,71 %
Leistungsausgaben ins- gesamt	absolut	37.934.373,35 €	41.232.238,03 €	8,69 %
	je Versicherten	2.611,30 €	2.847,73 €	9,05 %

Erfolgsrechnung

Sonstige Aufwendungen/Verwaltungskosten

		2013	2014	+/-
Finanzielle Hilfen/ Schließungskosten	absolut	170.722,93 €	71.000,00 €	-58,41 %
	je Versicherten	11,75 €	4,90 €	-58,30 %
Sonstige Aufwendungen (u.a. eGK)	absolut	289.075,03 €	235.031,85 €	-18,70 %
	je Versicherten	19,90 €	16,23 €	-18,44 %
Vermögensauf- wendungen insgesamt	absolut	459.797,96 €	306.031,85 €	-33,44 %
	je Versicherten	31,65 €	21,13 €	-33,24 %
Verwaltungskosten	absolut	1.992.499,94 €	2.054.630,32 €	3,12 %
	je Versicherten	137,16 €	141,90 €	3,46 %

		2013	2014	+/-
Leistungsausgaben	absolut	37.934.373,35 €	41.232.238,03 €	8,69 %
	je Versicherten	2.611,30 €	2.847,73 €	9,05 %
Vermögens- aufwendungen	absolut	459.797,96 €	306.031,85 €	-33,44 %
	je Versicherten	31,65 €	21,13 €	-33,24 %
Verwaltungskosten	absolut	1.992.499,94 €	2.054.630,32 €	3,12 %
	je Versicherten	137,16 €	141,90 €	3,46 %
Gesamtausgaben	absolut	40.386.671,25 €	43.592.900,20 €	7,94 %
	je Versicherten	2.780,11 €	3.010,77 €	8,30 %

Verwaltungskostenentwicklung

Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen zur Deckung ihrer Verwaltungskosten eine Verwaltungskostenzuweisung. Die Zuweisung besteht zur Hälfte aus einem Fixbetrag, der je Versichertentag festgesetzt wird. Zur anderen Hälfte ergibt sich die Zuweisung aus der Morbidität der Versicherten.

Die Verwaltungskostenzuweisung liegt immer noch über den Ist-Verwaltungskosten der BKK, jedoch hat sich die Höhe dieses Überschusses weiter verringert.

Jahr	Verwaltungskosten-Zuweisung	Verwaltungskosten Zuweisung je Versicherten	Verwaltungskosten – Ist gesamt	Verwaltungskosten – Ist je Versicherten
2013	2.065.515 €	142,18 €	1.992.499,94 €	137,16 €
2014	2.068.378,48 €	142,85 €	2.054.630,32 €	141,90 €

Die Verwaltungskosten je Versicherten im Vergleich und die Veränderung zum Vorjahr

AOK	Ersatzkassen	BKK	IKK	Bundesknaapp-schaft	BKK Technoform
154,14 €	134,50 €	133,35 €	132,60 €	152,70 €	141,90 €
+ 1,06 %	- 3,97 %	+ 3,71 %	+ 10,51 %	+ 2,83 %	+ 3,46 %

Pflegeversicherung

Einnahmen und Ausgaben 2014

Einnahmen	6.295.127,07 €
Ausgaben	6.266.575,05 €
Überschuss der Einnahmen	28.552,02 €

Pflegeversicherung

Erfolgsrechnung

	2013	2014	+/-
Einnahmen			
Beitragseinnahmen	4.736.356,60 €	4.865.508,91 €	2,73 %
Vermögenserträge	981,57 €	979,83 €	-0,18 %
Einnahmen aus dem Ausgleichs- fonds	1.329.065,78 €	1.428.638,33 €	7,49 %
Ersatzansprüche gegen Dritte	587,50 €	0,00 €	-100,00 %
Einnahmen gesamt	6.066.991,45 €	6.295.127,07 €	3,76 %
Ausgaben			
Pflegeleistungen	5.697.348,06 €	5.989.480,99 €	5,13 %
Zahlungen an den Ausgleichs- fonds	14.124,26 €	0,00 €	-100,00 %
Verwaltungskosten	177.031,81 €	201.313,84 €	13,72 %
Medizinischer Dienst	71.529,54 €	75.780,22 €	5,94 %
Ausgaben gesamt	5.960.033,67 €	6.266.575,05 €	5,14 %
Überschuss der Einnahmen	106.957,78 €	28.552,02 €	-73,30 %
Überschuss der Ausgaben			

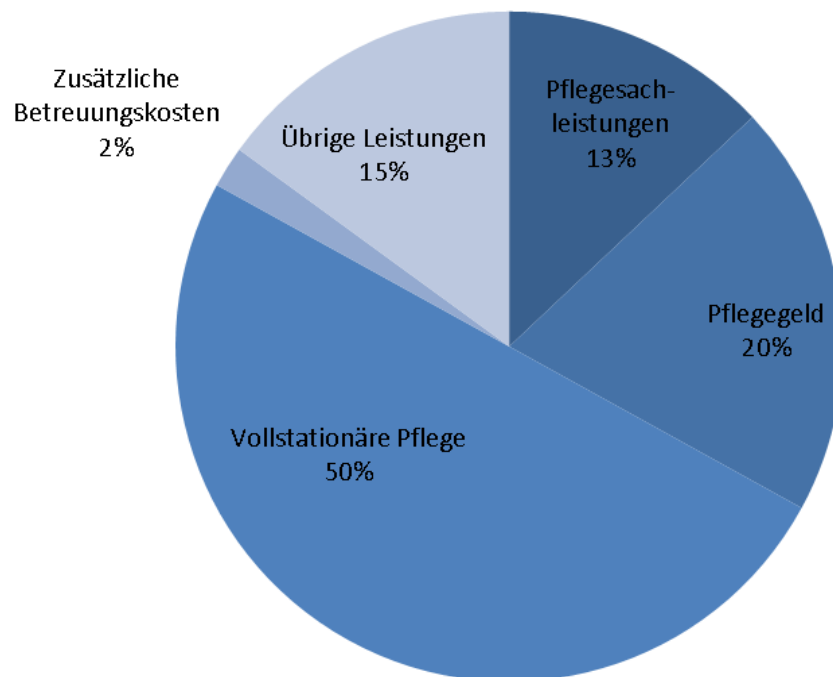
Ausgaben für Pflegeleistungen

	2013	2014	+/-
Pflegesachleistungen			
Pflegestufe I	285.353,81 €	294.377,45 €	3,16 %
Pflegestufe II	366.031,07 €	343.697,51 €	-6,10 %
Pflegestufe III	129.139,70 €	122.616,35 €	-5,05 %
Pflegestufe 0	1.030,08 €	5.587,22 €	442,41 %
Pflegesachleistungen gesamt	781.554,66 €	770.114,53 €	-1,46 %
Pflegegeld			
Pflegestufe I	559.429,81 €	560.359,29 €	0,17 %
Pflegestufe II	458.046,37 €	481.310,04 €	5,08 %
Pflegestufe III	166.761,66 €	159.615,67 €	-4,29 %
Pflegestufe 0	18.759,07 €	22.053,26 €	17,56 %
Pflegegeld gesamt	1.202.996,91 €	1.223.338,26 €	1,69 %
Vollstationäre Pflege			
Pflegestufe I	1.046.048,73 €	1.054.524,02 €	0,81 %
Pflegestufe II	1.035.842,87 €	1.112.259,69 €	7,38 %
Pflegestufe III	657.864,38 €	772.302,08 €	17,40 %
Härtefallregelung	39.893,11 €	46.032,00 €	15,39 %
Stationäre Pflege gesamt	2.781.185,09 €	2.985.117,79 €	7,33 %
Zusätzliche ambulante Betreuungsleistungen	95.857,89 €	96.220,06 €	0,38 %
Sonstige Ausgaben für Pflegeleistungen	835.753,51 €	914.690,35 €	9,44 %
Pflegeleistungen gesamt	5.697.348,06 €	5.989.480,99 €	5,13 %

Fallzahlentwicklung

Leistungsbereich	2011	2012	2013	2014
Pflegesachleistungen	52	42	35	45
Pflegegeld	242	295	326	339
Kombinationspflege	175	215	237	215
Verhinderungspflege	71	109	155	165
Kurzzeitpflege	90	140	141	150
Vollstationäre Pflege	239	275	327	313
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	25	18	20	20
Tages- und Nachtpflege	24	37	44	50
Gesamt	918	1131	1285	1297
Offene Anträge	41	7	18	12

Leistungsschwerpunkte der Pflegeversicherung auf einen Blick



Pflegeversicherung verzeichnet weiter Überschüsse

Die Pflegeversicherung hat im Jahr 2014 einen Überschuss in Höhe von ca. 460 Mio. € erzielt, ca. 170 Mio. € weniger als noch in 2013. Es wurden insgesamt Einnahmen in Höhe von 25,91 Mrd. € (+ 3,8%) erwirtschaftet. Demgegenüber standen Ausgaben in Höhe von 25,45 Mrd. € (+ 4,6%). Der Ausgleichsfonds (Liquiditätsausgleich) verfügte Ende 2014 über einen Mittelbestand von 6,63 Mrd. €.

In der gesetzlichen Pflegeversicherung sind ca. 70,66 Mio. Menschen versichert. 2,569 Mio. Menschen haben am 31. Dezember 2014 Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen, davon 1,818 Mio. Menschen ambulante Leistungen. 751 Mio. Menschen befanden sich in stationärer Pflege in Pflegeheimen. Seit dem Jahr 2002 ist die Zahl der Leistungsbezieher um 36% gestiegen, die Höhe der Leistungsausgaben sogar um 47%.

In der laufenden Legislaturperiode sollen weitere Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige durchgesetzt werden. Das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) ist bereits zum 1. Januar 2015 in Kraft getreten. Über die Leistungsausweitungen hinaus wurde die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen erhöht und ein Pflegevorsorgefonds eingerichtet.

Geplant ist, mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz noch in dieser Legislaturperiode den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren einzuführen. Die bisherige Unterscheidung zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen und Demenzkranken soll dann wegfallen. Zur Finanzierung dieser Neuregelungen werden die Beiträge für die Pflegeversicherung in zwei Schritten um insgesamt 0,5% angehoben. Die erste Erhöhung um 0,3% ist bereits zum 1. Januar 2015 erfolgt. Insgesamt stehen dann ca. 5 Mrd. € mehr pro Jahr zur Verfügung: 1,2 Mrd. € davon fließen in einen Pflegevorsorgefonds.

