

Jens Lüdtke, Vesselka Ivanova

Risikomanagement aus der Perspektive einer gesetzlichen Krankenkasse

Die Einführung des Gesundheitsfonds und der damit einhergehende Verlust der Beitragssatzautonomie erfordern von den gesetzlichen Krankenkassen eine noch umsichtigeren Finanzplanung als zuvor. Im Zuge der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs wuchs gleichzeitig die Planungsunsicherheit. Zusätzlich erweiterte das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung die Insolvenzfähigkeit auf alle Krankenkassen und schreibt Finanzhilfen zwischen den Kassen vor. Alle Faktoren gemeinsam erhöhen den Druck, ein Risikomanagement zu implementieren. Dieses ist sowohl zur internen Steuerung als auch als Frühwarnsystem innerhalb von Haftungsgemeinschaften einsetzbar.

Aktueller Hintergrund

Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) hat für alle gesetzlichen Krankenkassen die Insolvenzfähigkeit gebracht. Die Ausgestaltung beinhaltet ein Sicherungssystem zur Gewährung von finanziellen Hilfen und ein Früherkennungssystem auf Ebene der Verbände der Kassenarten und des GKV-Spitzenverbandes. Die geänderten Rahmenbedingungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfordern von den einzelnen Kassen eine Verbesserung der Transparenz von finanzwirksamen Unsicherheiten. Mithilfe eines Risikomanagements sollen bestandsgefährdende Entwicklungen frühzeitig erkannt und gesteuert werden. Gleichzeitig werden die unternehmerischen Entscheidungen abgesichert und die Transparenz sowie das Vertrauen innerhalb des Haftungsverbundes gestärkt.

Sowohl auf Ebene der Verbände als auch bei den Krankenkassen besteht die Möglichkeit, durch die Etablierung eines Risikomanagements Schließungen und Insolvenzen zu vermeiden. Vor dem Hintergrund aktuell geltenden Rechts und in Erwartung von zunehmenden Freiheitsgraden

im Handeln der Krankenkassen ist aktuell ein guter Zeitpunkt, bestehende Ansätze zu erweitern und sich auch in den Kassen der GKV dieses Themas anzunehmen.

Vorstände, Verwaltungsräte und Mitarbeiter nutzen die Etablierung eines Risikomanagementsystems und einer angemessenen Risikokultur im Unternehmen, um bestandsgefährdende Entwicklungen zu vermeiden. In Anlehnung an bestehende „Best Practice“ soll gezeigt werden, wie ein Risikomanagement auf Gesamtunternehmensebene aussehen könnte.

Haftungsverbund und Risikomanagement durch Verband und Aufsicht

Ab dem 1. Januar 2010 gilt die Insolvenzfähigkeit für alle Krankenkassen und nicht mehr wie zuvor nur für die bundesunmittelbaren (zu Diskussionen im Vorfeld der Umsetzung und zur jetzigen Ausgestaltung Uwer 2009, Gaßner 2009). Die in der Insolvenzordnung (InsO) geltenden Tatbestände Zahlungsunfähigkeit (§ 17 InsO), drohende Zahlungsunfähigkeit (§ 18 InsO) und Überschuldung (§ 19 InsO) gelten auch für die Krankenkassen der GKV (§ 171b Absatz 2 SGB V). Jedoch hat durch den Gesetzestext Schließung Vorrang vor Insolvenz (§ 171b Absatz 3 SGB V). Nach Schließungsrecht ist die auf Dauer eingeschränkte Leistungsfähigkeit der maßgebliche Tatbestand. Dieser ist nicht dezidiert festgelegt und birgt Unklarheiten in der konkreten Umsetzung (Vöcking 2009).

Die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung haften für Verbindlichkeiten von aufgelösten oder geschlossenen Kassen (§ 155 Absatz 4 und 5, § 171d SGB V). Vor diesem Hintergrund wurde zur Vermeidung der Haftung und zur Ermöglichung der Sanierung/Fusion ein subsidiär ausdifferenziertes Sicherungssystem initiiert. Der § 265a SGB V (konkretisiert durch § 4a und Anlage Finanzhilfeordnung der Satzung des GKV-Spitzenverbandes) regelt die kassenartenübergreifenden Hilfen innerhalb der GKV. Diese können jedoch nur erbracht werden, wenn zuvor kassenarteninterne Hilfe in ausreichender Höhe gewährt wird. Der § 265b SGB V enthält die Bestimmungen zu kassenartinternen Hilfen. Er

benennt die Möglichkeit der freiwilligen vertraglichen Hilfen von Krankenkassen, die der gleichen Kassenart angehören. Vor dem Hintergrund der Freiwilligkeit, des vertraglichen Regelungsbedarfs und möglicher Eingriffsrechte dürfte die Ausgestaltung der kassenarteninternen Regelungen von allen Beteiligten als Herausforderung gesehen werden. Die Idee eines Sicherungsfonds besteht als Option, wenn auch unter Berücksichtigung von Besonderheiten des GKV-Systems (Steinmeyer 2008). Die internen Regelungen sind der Aufsicht zur Genehmigung vorzulegen.

Mit Ausnahme der AOK-Krankenkassen und von regionalen Kassen, die untereinander nicht in Konkurrenz stehen, entspricht der Haftungsverbund nicht dem vorhandenen wettbewerblichen Rahmen der GKV und den politischen Bestrebungen, die Segmentierung der Kassenlager aufzubrechen. Die einzelne Krankenkasse befindet sich kraft Gesetz in einer abgestuften Haftungskaskade und muss unter Umständen Fehlentwicklungen der Unternehmenssteuerung der Wettbewerber mittragen.

Durch die Transparenz der kassenindividuellen Leistungsfähigkeit im Haftungsverbund und durch proaktives Handeln könnte das Eintreten des Hilfefalles verhindert werden. Auf Ebene des Spitzenverbandes (kassenartenübergreifende Hilfen) und auch der Kassenarten (freiwillige kassenartinterne Hilfen) wird derzeit ein Frühwarnsystem beziehungsweise ein Risikomanagement angestrebt, um Schließungen und Insolvenzen zu vermeiden. Kennzahlengestützte Frühwarnsysteme werden in allen Kassenarten diskutiert. Bisher ist den Krankenkassen ein mäßiges Interesse daran zu bescheinigen, ihren Wettbewerbern Transparenz hinsichtlich wichtiger interner Kennzahlen zu gewähren. Fraglich ist zudem, ob gesetzlich fixierte Überwachungssysteme auf Grundlage der amtlichen Statistik und Meldegrenzen auf aggregierter Ebene, wie die Überschreitung der vierteljährlichen Ausgaben um 0,5 Prozent der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen (§ 172 Absatz 2 SGB V), zur Früherkennung von bestandsgefährdenden Entwicklungen geeignet sind. Gefragt wären Kennzahlen, die sich den Ursachen und nicht nur den Auswirkungen zuwenden. Alternativ zum Verband könnte die

Unternehmensbewertung durch neutrale Dritte durchgeführt werden. Ein verbandsinternes Rating könnte Aussagen zur Insolvenzwahrscheinlichkeit liefern (Kommission 2008) und eine Keimzelle für ein Benchmarking nach § 69 Absatz 5 SGB IV sein.

Ein Risikomanagement, das auf die Verbandsebenen oder die Aufsicht beschränkt bliebe und nicht für die Krankenkasse verpflichtend wäre, wird seine Aufgabe nicht optimal erfüllen können. Durch einheitliche Anforderungen innerhalb des Haftungsverbundes GKV an den Umgang mit Unsicherheiten (Risikomanagement) besteht die Möglichkeit, Transparenz und Vertrauen zwischen den handelnden Personen und Institutionen zu schaffen.

Parallelen zu anderen Unternehmensrechtsformen

Die Situation für die Krankenkasse in der GKV ist in abgewandelter Form vergleichbar mit der aktuell diskutierten Ausgestaltung der Anforderungen an die private Versicherungswirtschaft unter SOLVENCY II oder der im Bankensektor bereits vorhandenen Systematik BASEL II. Die dort jeweils als Grundgerüst dienende Drei-Säulen-Systematik ist auch in der GKV erkennbar.

Die quantitativen Anforderungen der ersten Säule befassen sich mit Kapitalanforderungen an die Unternehmen und damit mit der Höhe des zur Deckung von potenziellen Risiken erforderlichen Eigenkapitals. Durch den Auftrag der GKV steht nicht das Eigenkapital, sondern die Liquiditätssicherung im Fokus (§ 68 SGB IV). Die durch die Kasse aufzustellende Haushaltsplanung hat die Deckung der erwarteten Ausgaben durch erwartete Einnahmen aufzuzeigen. Für die Krankenkasse als Non-Profit-Unternehmen sind also nicht Eigenkapital oder Rendite die zentralen Größen, sondern der Deckungsbeitrag. Die Unternehmensplanung muss sich dabei zwangsläufig auf einen Wert festlegen. Das Risikomanagement beschäftigt sich mit möglichen Abweichungen zur Planung.

Die qualitativen Anforderungen der zweiten Säule werden in Mindestanforderungen an das Risikomanagement in Banken (MaRisk BA) beziehungsweise Versicherungen (MaRisk VA) festgelegt. In der GKV wurde das Risikomanagement in den Prüft Themenkatalog für die Prüfdienste des Bundes und der Länder nach § 274 SGB V aufgenommen, jedoch ohne an anderer Stelle die qualitativen Anforderungen an ein Risikomanagement in einem Dokument zu konkretisieren. Einzelne Inhalte finden sich in anlassbezogenen BVA-Rundschreiben wieder, beispielsweise zu Fragen der Finanzanlagen oder des Outsourcings. Die mindestens fünfjährige Prüfung durch die Aufsicht (§ 274 Absatz 1 SGB V) und Anpassungen an HGB-Bilanzierungsvorschriften (§§ 77 ff. SGB IV) sollen die Informationsquellen für die finanzielle Leistungsfähigkeit und für Risikoanalysen verbessern (Dienst für Gesellschaftspolitik 2009). Systemprüfungen des Risikomanagements durch interne Revision (nach Deutsches Institut für Interne Revision Revisionsstandard IIR Nummer 2) oder durch externe Wirtschaftsprüfer (nach Institut der Wirtschaftsprüfer, Prüfungsstandard 340 gemäß § 317 Absatz 4 Handelsgesetzbuch (HGB)) sind in der GKV derzeit freiwillig. Anders als die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) ist das Bundesversicherungsamt (BVA) nicht das alleinige Aufsichtsorgan. Zudem ist das BVA nicht nur aufsichtlich tätig, sondern mit der Durchführung des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs befasst. Das BVA gestaltet damit die Risikolandkarte der Krankenkassen mit.

Die dritte Säule vereinigt Regelungen zur Marktdisziplin, Publizitätspflichten und damit die Transparenz unter anderem der Risikosituation für relevante Marktteilnehmer beziehungsweise Anspruchsgruppen. In der GKV ist der Aufsicht die Haushaltsplanung vorzulegen (§ 70 Absatz 5 SGB IV). Die Beanstandung der Aufsicht setzt Kenntnisse über die kassenindividuellen Risiken voraus. Die Kassen haben außerdem Pflichten zur Offenlegung bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit gegenüber dem BVA. Zudem sind die Meldepflichten im Rahmen der amtlichen Statistik der dritten Säule zuzuordnen. Weitere Berichtspflichten analog zum

externen Risikobericht im Lagebericht (§§ 289, 315 HGB) oder zum internen Risikobericht (§§ 64a, 55c Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)) existieren in der GKV nicht. Vor dem Hintergrund der Haftungsrisiken bietet sich für die Aufsicht und die Verbände die Möglichkeit, auf außerhalb der Sozialversicherung vorhandene Standards aufzubauen, um Mindestanforderungen an das Risikomanagement in den Krankenkassen zu formulieren.

Welche Ziele werden mit einem Risikomanagement in der Krankenkasse verfolgt?

Von einem Risiko wird in diesem Artikel immer dann gesprochen, wenn eine Abweichung von einem Sollzustand oder einem Ziel als möglich zu erachten ist. Eine negative Zielabweichung wird als Gefahr bezeichnet, eine positive Zielabweichung als Chance. In den meisten Unternehmen werden Risiken überwiegend oder sogar ausschließlich als Gefahr gesehen. Die zusätzliche Sicht auf die Chancen erweitert die Handlungsspielräume der Beteiligten und fördert die ganzheitliche Risikosicht. Zudem wird verhindert, dass Nichthandeln zur Fehlervermeidung belohnt wird.

Bei vollständiger Transparenz der Risiken dürfte es keine Schäden im Sinne von Zielabweichungen geben, ohne dass diese auf zuvor erfasste Risiken zurückzuführen wären. Vorstand, Verwaltungsrat und Entscheidungsträger haben generell ein Interesse daran, vor Überraschungen gefeit zu sein und die Möglichkeit zu bekommen, frühzeitig Maßnahmen zur Vermeidung oder Verminderung ergreifen zu können. Ein dokumentiertes Risikomanagement entlastet Vorstand und Verwaltungsrat und ermöglicht es, Entscheidungen unter größtmöglicher Transparenz zu treffen. Vor diesem Hintergrund sind für die GKV die Ausführungen des § 12 SGB V, die Verschärfung der Anzeigepflicht durch den § 307a Absatz 4 SGB V und die Stellungnahme des BVA zum Abschluss sogenannter Organ-/Managerhaftpflichtversicherungen (D&O-Versicherungen – Aktenzeichen: I3-2000-3356/2004) relevant. Als weitere Indizien für die Notwendigkeit eines Risikomanagements ist die Fortentwicklung durch

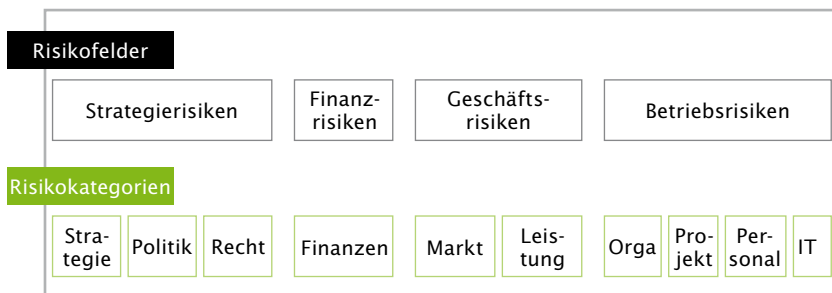
Rechtssprechung, insbesondere in Bezug zum § 91 Absatz 2 Aktiengesetz (AktG) und § 64a VAG, sowie die Festlegung einer Business-Judgment-Rule im § 93 Absatz 1 AktG zu nennen.

Durch das frühzeitige Aufzeigen von Gefahren- und Chancenpotenzialen und Empfehlungen zu möglichen Handlungsalternativen soll das Eingehen von überhöhten Gefahren verhindert werden. Die Berichterstattung im Zuge der aktuellen Finanzkrise verdeutlicht die Notwendigkeit, Risiken zu kennen und entsprechend zu handeln (Balzli et al. 2008, Bergermann 2008, Der Spiegel 2009). Letztlich werden durch die zentrale Zielstellung der Bestandssicherung auch Versicherte und Mitarbeiter zu mittelbaren Anspruchsgruppen des Risikomanagements.

Mit welchen Risiken ist eine Krankenkasse konfrontiert?

Die Risikosystematik einer gesetzlichen Krankenversicherung unterscheidet sich in den übergeordneten Risikofeldern formal kaum von üblichen Einteilungen anderer Unternehmen. Individuelle Besonderheiten und Unterschiede in den Risikokategorien ergeben sich aber aus den Eigenarten durch Unternehmenszweck und regulatorische Vorgaben. Um Risikomanagement unternehmensweit einheitlich durchführen zu können und Risikoverantwortlichkeiten beziehungsweise Risikosteuerung entsprechend der funktionalen Gliederung zuzuordnen, lassen sich folgende Risikokategorien definieren.

Abbildung 1: Risikosystematik



Strategische Risiken entstehen daraus, dass das Management wesentliche Entwicklungen und Trends im GKV-System und innerhalb des Unternehmens nicht rechtzeitig erkennt oder falsch einschätzt. In der Folge kann es daraufhin zu Grundsatzentscheidungen kommen, die sich ex post als unvorteilhaft erweisen. Durch die geänderte Finanzsystematik des Gesundheitsfonds, die zu erwartende Unterdeckung und die wettbewerblich problematische Erhebung und Begrenzung eines Zusatzbeitrages (ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen (bpE)) birgt das Finanzsystem der GKV eine erhebliche Unsicherheit für die Krankenkasse. Damit sind externe systemische Risiken vorhanden, die die Krankenkasse nur mittelbar beeinflussen kann, jedoch in ihren unternehmerischen Entscheidungen berücksichtigen muss. Entsprechend werden interne Vorhaben zur Unternehmenssteuerung und des Risikomanagements für die Krankenkassen wichtiger (Krummacker et al. 2007).

Die parallele Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturgleiches erhöht derzeit die Unsicherheit in der Kalkulation der Kassen. Erschwerend kommt hinzu, dass erst in den Folgejahren Klarheit über die tatsächliche Finanzwirkung durch den Schlussausgleich besteht. Zwar werden die Wirkungen der neuen GKV-Finanzsystematik mit zunehmendem Zeitverlauf deutlicher und das Rechnungsergebnis der Kassen sicherer, allerdings ist aufgrund der Abhängigkeit von der jeweiligen Datengrundlage die Relevanz von Zuweisungsbescheiden (und auch Verpflichtungsbuchungen auf der Ausgabenseite) so in keiner anderen Branche zu finden. Die bisherigen Ausgleichsmechanismen auf GKV-Ebene im Sinne der Risikoverteilung auf alle Krankenkassen (RSA ohne Morbidität, Risikopool, Disease-Management-Programm (DMP)) gehen im neuen Finanzsystem auf.

Grundsätzlich beeinflussen externe politische und rechtliche Unsicherheiten die strategischen Risiken des Unternehmens. Politisch ist aktuell die Kombination von Rückzahlung des Liquiditätsdarlehens mit zu erwartenden Kostensteigerungen, einer eventuell ausbleibenden Anpassung des allgemeinen Beitragssatzes, leeren Haushaltskassen

seitens des Bundes und abgebauten Rücklagen seitens der Kassen problematisch für die Krankenkasse und damit auch für den Haftungsverbund. Ebenso wie Reputationsrisiken und besondere Anforderungen an die Compliance (beispielsweise Datenschutz) sind externe Bedingungen in allen Funktionsbereichen/Risikokategorien zu analysieren.

Hinsichtlich klassischer Finanzrisiken ist das Unternehmen grundsätzlich mit Ausfallrisiken und Zinsänderungsrisiken in den Finanzanlagen konfrontiert. In diesem Fall bewirken die Vorgaben eine quasi automatische Risikosteuerung (§ 83 SGB IV). Bei konsequenter Beachtung der Vorgaben ist die Sicherheit gewährleistet, wie die Insolvenz der amerikanischen Bank Lehman Brothers im letzten Jahr verdeutlichte. Zudem gilt nach § 80 Absatz 1 SGB IV das Prinzip der Sicherheit, Liquidität und Wirtschaftlichkeit (BVA o. J.). Dabei bewertet die Aufsicht, bestätigt durch die Rechtsprechung (Aktenzeichen: B 1 A 1/08 R), die Bedeutung der Liquidität höher als die der Wirtschaftlichkeit. Da die Kassen grundsätzlich keine (Überbrückungs-)Kredite aufnehmen dürfen, sind bei kurzfristigen Liquiditätsengpässen Finanzanlagen aufzulösen und Zinsverluste in Kauf zu nehmen. Wechselkursunsicherheiten sollten nicht relevant sein (§ 83 Absatz 2 SGB IV), da die sonst erforderliche Kursabsicherung für eine gesetzliche Krankenversicherung als Körperschaft des öffentlichen Rechtes nicht als Kernkompetenz einzustufen und als stark risikobehaftet abzulehnen ist. Zur generellen Risikovermeidung können Festlegungen in einer internen Finanzanlagerichtlinie inklusive Produkthandbuch und Prozessdokumentation hilfreich sein.

Durch eine taggenaue Kapitalflussrechnung und das Vorhalten entsprechender Reserven ist das Liquiditätsrisiko zu minimieren. Dies setzt genaue Kenntnis der zu erwartenden Zahlungsströme auf Einnahmen- (Gesundheitsfonds) und Ausgabenseite voraus. Dass im Rahmen der Erhebung von Zusatzbeiträgen mit Forderungsausfällen auch aufgrund der direkten Abrechnung und der geringen Höhe der Beträge zu rechnen ist, zeigen die Erfahrungen aus der Einziehung des Krankenhausnotopfers sowie mit den Rückkehrern in die GKV.

Die Besonderheiten des Unternehmenszwecks spiegeln sich in den Geschäftsrisiken. Sie stehen in quantitativer Hinsicht unmittelbar in Beziehung zu den Leistungsausgaben und den erhaltenen Zuweisungen. Es ist zu betonen, dass das in gewinnorientierten Unternehmen anzutreffende Risikoverständnis im Sinne des Krankheitsrisikos einzelner Versicherter und die damit einhergehende Kalkulation der entsprechenden individuellen Risikoprämien (Beiträge) nicht Gegenstand eines Risikomanagements in der solidarisch ausgestalteten GKV ist. Eine Ausnahme sind die Wahltarife; diese müssen sich nach § 53 Absatz 9 SGB V selbst tragen, sind also entsprechend zu kalkulieren. Zusatzversicherungen werden zum jetzigen Zeitpunkt ausschließlich in Kooperationen mit privaten Versicherungsunternehmen vermarktet. Diese Komponente wird eventuell in zukünftigen Reformen Gegenstand der Diskussionen, insbesondere im Rahmen der Systemannäherung zwischen Privater Krankenversicherung (PKV) und GKV.

Die Möglichkeit im Rahmen des Marketing und Vertriebs, die Leistungsrisiken durch aktive Auswahl von Versicherten zu steuern, ist durch das SGB V formal unterbunden. Durch die freie Kassenwahl (§ 173 SGB V) und die Pflicht zur Aufnahme (§ 175 Absatz 1 SGB V) sind die Möglichkeiten zur Risikoselektion beschränkt. Allerdings nutzen auch die Kassen verschiedenste Instrumente des Marketing-Mix zur Positionierung im Wettbewerb.

Die Möglichkeit im Bereich der Leistungen und Verträge, die Leistungsrisiken durch den Umfang der angebotenen Leistungen zu steuern, ist aufgrund des vom Gesetzgeber im dritten Kapitel des SGB V vorgeschriebenen Leistungskatalogs unterbunden. Die Krankenkassen haben aber auch weiterhin die Möglichkeit, mittels Satzungsleistungen den Umfang zu erweitern, damit ihre Chancen im Wettbewerb zu verbessern oder Prämienausschüttungen zu vermeiden. Methodische Ansätze des Risikomanagements finden sich in der Versorgungsforschung (Wolik 2008), im Vertragsmanagement und in der Steuerung der Leistungsausgaben, wobei die Prävalenz der Krankenkasse ausschlaggebend ist.

Im Risikofeld der Betriebsrisiken bestehen keine wesentlichen Unterschiede zu anderen Unternehmensrechtsformen. Operationelle Risiken bezeichnen die Gefahr von direkten oder indirekten Verlusten, die infolge der Unangemessenheit oder des Versagens von internen Prozessen (Organisation), Menschen (Personal), Systemen (IT) oder durch externe Einflüsse auftreten. Betriebsrisiken stehen in quantitativer Hinsicht unmittelbar in Beziehung zu personellen und sächlichen Verwaltungskosten. Zusätzlich beeinflussen diese Bereiche als Unterstützungsprozesse die eigentlichen Geschäftsrisiken.

Die auch in der GKV zunehmende Bedeutung und Komplexität der Informationstechnologie birgt Risiken, die unter Umständen erhebliche Auswirkungen zeigen können. Ist die Systemverfügbarkeit nicht gewährleistet, drohen unter Umständen finanzielle Einbußen etwa durch die Nichtrealisierung von Regressforderungen oder Konventionalstrafen/Mindereinnahmen seitens des Gesundheitsfonds. Weitere Unsicherheiten ergeben sich aus rechtlichen Anforderungen, der IT-Sicherheit und aus der Vertraulichkeit und Richtigkeit der Daten. Notfallplanungen im Sinne eines Business-Continuity-Managements sind als reaktive Maßnahmen vorzuhalten.

Kriterien für die Risikobeurteilung in Projekten sind die festgelegten Projektziele. Diese sind in der Regel unterteilt in Kosten- und Zeitbudgets sowie Erfüllungsgrade des Outputs (Qualität). In die für die GKV geforderten Wirtschaftlichkeitsberechnungen lassen sich Risikobetrachtungen integrieren. Ähnlich wie im Vertragsmanagement können Risiken hier qualitativ oder in Bezug zu Einzelpositionen quantitativ berücksichtigt werden.

Wie kann die Umsetzung bei einer Krankenkasse gelingen?

Grundsätzlich sind die Krankenkassen frei in der Ausgestaltung des Risikomanagements (Bosse und Simenski 2006). Die Etablierung eines Risikomanagementsystems muss durch den Vorstand initiiert und sollte durch den Verwaltungsrat unterstützt werden (Dudda und Polaszek

2004). Zielstellung muss in jedem Fall die unternehmensweite, möglichst vollständige Analyse, Überwachung und Steuerung von wesentlichen Risiken sein.

Organisatorische Ausgestaltung und IT-Unterstützung

Synchron mit den MaRisk VA kann sich eine Krankenkasse für die Schaffung einer Stabsfunktion Risikomanagement entscheiden. Diese hat die Aufgabe, ein Risikomanagementsystem und eine adäquate Risikokultur im Unternehmen zu etablieren. Sie ist generell unabhängig von den Einheiten, die für die Risikosteuerung zuständig sind. Diese besondere Abteilung soll die Akteure miteinander vernetzen und in der Durchführung ihrer Aufgaben unterstützen. Die eigentliche Risikoidentifikation und -bewertung sowie die Steuerung erfolgen dezentral durch den entsprechenden Verantwortlichen. Darüber hinaus hat das zentrale Risikomanagement das Recht auf eine zweite Meinung unter Risikogesichtspunkten bei wesentlichen Entscheidungsvorlagen. Zudem sollte ein Gremium eingerichtet werden, das sich bereichsübergreifend mit dem Risikomanagement auseinandersetzt. Das Risikomanagement ist eng mit der Unternehmensplanung (Finanzen/Controlling) als Komponente der internen Unternehmenssteuerung zu verzahnen. Die interne Überwachungsfunktion insbesondere der Geschäftsprozesse kann durch das interne Kontrollsystem (IKS) und die interne Revision wahrgenommen werden. Schon bei der ersten Risikoinventur erweist sich auch aus Gründen der Dokumentation eine Software als zweckmäßig. Ein Risikomanagement-Informationssystem (RMIS) sollte in der ersten Ausbaustufe vorrangig den Prozess abbilden, Informationen und Arbeitshilfen zur Verfügung stellen und somit die einheitliche und vollständige Risikoerfassung sichern.

Identifikation und Bewertung der Einzelrisiken

Auf Basis der vorgenommenen Risikodefinition und -kategorisierung erfolgt die Risikoidentifikation in Form einer Risikoinventur, zunächst initial und dann als institutionalisierter Prozess. Zur Identifikation können verschiedenste Instrumente genutzt werden, beispielsweise

Experteninterviews, Checklisten, Szenario- oder Business-Impact-Analysen. Risiken sind möglichst eindeutig zu benennen und ergänzend in ihrer Ursache-Wirkungs-Beziehung darzustellen. Zentrale Einflussfaktoren sollten als Risikotreiber benannt werden. Die eigentliche Herausforderung ist die quantitative Bewertung der Einzelrisiken, denn diese bedingt ein einheitliches Verständnis im Unternehmen sowie eine Verknüpfung mit anderen (in der Regel schon vorhandenen) Planungs- und Controlling-Prozessen. Eine rein qualitative Bezeichnung wie hoch, mittel oder niedrig würde zu unterschiedlichen Interpretationen führen. Eine einfache Form der Risikoquantifizierung ist die Parametrisierung durch Eintrittswahrscheinlichkeit und Schaden- beziehungsweise Chancenhöhe. Die Schaden-/Chancenhöhe kann beispielsweise den jeweiligen Deckungsbeitrag-Effekt bei Realisierung des Risikos bemessen. Die Entscheidung zur Verwendung des Deckungsbeitrags als Bezugsgröße für die Risikoanalyse bedeutet, dass alle Risiken hinsichtlich ihrer finanzwirksamen Auswirkung untersucht werden sollen.

Die quantitative Analyse der Einzelrisiken kann weiterentwickelt werden, indem die gesamte Wahrscheinlichkeitsverteilung (eines jeden Einzelrisikos) modelliert wird. Dafür sind allerdings einerseits Daten (Erfahrungswerte der Vergangenheit) und andererseits ein höheres methodisches Verständnis notwendig. Eine sinnvolle Zwischenstufe des internen Quantifizierungsverfahrens ist die Modellierung über die Eingabe von Worst Case, Best Case und Erwartung mit den dazugehörigen Eintrittswahrscheinlichkeiten. Ferner kann bei der Quantifizierung einzelner Risiken auch deren Entwicklung im Zeitverlauf berücksichtigt werden. Schon bei der Erfassung und Bewertung der Einzelrisiken sollten auch deren Abhängigkeiten untereinander abgebildet werden, um diese bei der späteren Aggregation berücksichtigen zu können. Da etwa im Bereich der Risiken bedingt durch politische Entscheidungen viele voll korreliert (also immer gleichzeitig auftretend) beziehungsweise voll antikorreliert sind (es realisiert sich das eine Risiko, das andere nicht), würde man bei Nicht-Berücksichtigung der Abhängigkeiten eine Gesamtrisikoposition ermitteln, die entweder zu konservativ

(zu hoch) oder viel zu wenig konservativ (zu niedrig) im Vergleich zur Realität ist.

Aggregation der Einzelrisiken zum Unternehmensrisiko

Eine Aggregation aller identifizierten und bewerteten Risiken ist notwendig, wenn die Risikotragfähigkeit des Gesamtunternehmens beurteilt werden soll. Ohne diesen Schritt kann auf der Ebene des gesamten Unternehmens kein quantitatives Risikomanagement erfolgen. Das Management der Risiken würde dann auf die Analyse und Steuerung einzelner Risikotreiber reduziert und die Festlegung von konsistenten Risikotragfähigkeitsgrenzen (Risikolimits), die eines der wichtigsten Elemente der Risikosteuerung darstellen, wird schlichtweg unmöglich. Die einfachste (und unbefriedigendste) Form der quantitativen Risikoaggregation ist die Aufsummierung von potenziellen Schadenhöhen ohne eine Berücksichtigung von Eintrittswahrscheinlichkeiten (Total Loss). In diesem Falle wäre das ermittelte vorzuhaltende Risikodeckungskapital exorbitant hoch und würde nicht für Investitionen beziehungsweise (Zusatz-)Beitragssatzminderungen zur Verfügung stehen.

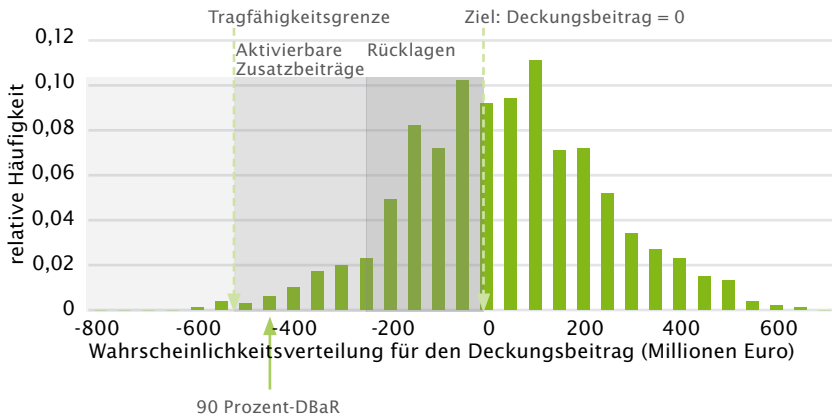
Die zweite Form einer denkbaren Abbildung des Gesamtunternehmensrisikos ist die Addition der Erwartungswerte der Einzelrisiken (Expected Loss). Zu diesem Zweck wird die ermittelte Schadenhöhe mit der zugehörigen Eintrittswahrscheinlichkeit multipliziert. Diese können dann in Relation zu dem prognostizierten beziehungsweise geplanten Ergebnis gesetzt werden. Die Erwartungswerte der Risiken können auch nach Unternehmensbereichen beziehungsweise Risikokategorien aggregiert werden. Aussagen zu Risikotreibern, also zu Einzelrisiken, die das Unternehmensrisiko in hohem Maße beeinflussen, wären dann bereits möglich. Allerdings wird dann ebenfalls davon ausgegangen, dass alle Risiken in Höhe der Erwartungswerte eintreten. Daher kann keine Aussage über wesentliche mögliche Abweichungen vom Planungsergebnis getätigt werden.

Eine dritte Form und mittelfristig die sinnvollste Methode ist ein Risikoaggregationsmodell, das mittels simulationsbasierter Berechnung einer großen Anzahl von Zukunftsszenarien des Unternehmens aufzeigen kann, welcher Umfang von Ziel- beziehungsweise Planabweichungen und damit Verlusten auf Gesamtunternehmensebene realistisch erscheint. Mithilfe einer geeigneten Software kann eine große repräsentative Anzahl möglicher risikobedingter Zukunftsszenarien stochastisch berechnet und analysiert werden. Nach einer bestimmten Anzahl an Simulationsläufen ergibt sich dann eine Wahrscheinlichkeitsverteilung für das Unternehmensrisiko, aus dem je nach gewünschtem Sicherheitsniveau eine Risikoposition ablesbar ist.

Die Risikosituation des Unternehmens kann mit einer „Value at Risk“-Betrachtung des Deckungsbeitrags kompakt dargestellt werden. Dafür müssen die Schwankungen des Deckungsbeitrags quantitativ modelliert werden. Die Modellierung zielt darauf ab, unter Würdigung aller bekannten Unsicherheiten für den Deckungsbeitrag und der Abhängigkeiten zwischen den Einzelrisiken nicht nur einen Erwartungswert, der genau dem Ergebnis des Haushaltsplans entsprechen sollte, sondern eine Verteilung anzugeben, die verdeutlicht, mit welcher Wahrscheinlichkeit der Deckungsbeitrag unter den gegebenen Voraussetzungen einen bestimmten Wert – den Deckungsbeitrag im Risiko („Deckungsbeitrag at Risk“, DBaR) – erreichen wird. Die Abbildung 2 zeigt schematisch anhand eines Zahlenbeispiels, wie eine solche Verteilung aussehen kann.

Die Höhe der Balken charakterisiert die Wahrscheinlichkeit, mit der der Deckungsbeitrag in einem bestimmten Intervall liegt. Der 90-Prozent-DBaR beschreibt einen Deckungsbeitragswert, der mit einer Wahrscheinlichkeit von 90 Prozent in einem gegebenen Zeithorizont (hier: vom Simulationszeitpunkt bis zum Ende des Betrachtungsjahres) nicht unterschritten wird. Die Geschäftsleitung wird so in die Lage versetzt, eine Worst-Case-Abschätzung des Deckungsbeitrags abzugeben, der mit hoher Wahrscheinlichkeit (üblich sind 90 oder 99 Prozent) nicht überschritten wird, und somit ein Risikolimit festzulegen.

Abbildung 2: Wahrscheinlichkeitsverteilung und Deckungsbeitrag im Risiko



Die Aussagekraft der Ergebnisse der Risikoaggregation ist naturgemäß von der Vollständigkeit und Präzision der vorangegangenen Risikoanalyse (Risikoidentifikation und Risikobewertung) abhängig. Wenn maßgebliche Einzelrisiken nicht oder nicht korrekt erfasst werden, wenn wesentliche Abhängigkeiten zwischen Einzelrisiken nicht richtig abgebildet werden, dann sind die berechneten Verteilungen der Deckungsbeiträge beziehungsweise des DBaR nicht repräsentativ für das tatsächliche unternehmerische Gesamtrisiko der Kasse.

Reporting

Adressaten des Reportings sind der Vorstand, die obere Managementebene sowie der Verwaltungsrat. Inhalt eines regelmäßigen Risikoberichtes sind der Stand der Umsetzung des Risikomanagements, wesentliche Risiken der zukünftigen Entwicklung, die Gegenüberstellung von Risikopotenzial und Risikodeckungspotenzial und Empfehlungen zur Risikostrategie des Unternehmens. Durch einen in der Abbildung 2 dargestellten Abgleich des Risikopotenzials (DBaR) mit dem Risikodeckungspotenzial (Rücklagen und mögliche Zusatzbeiträge) ist es möglich, Aussagen zur Risikotragfähigkeit des Unternehmens zu treffen. Es

soll verdeutlicht werden, ob bei den vorhandenen Informationen das Unternehmen bereits mit einer Insolvenz rechnen muss oder ob das Unternehmen „im grünen Bereich“ ist.

Als Risikodeckungspotenzial kommen die Rücklagen und zusätzliche Einnahmen aus Zusatzbeiträgen in Betracht. Der § 261 SGB V bestimmt die Höhe der Rücklage der Krankenkasse zur Sicherung der Leistungsfähigkeit zwischen einer Viertel- und einer Monatsausgabe. Diese Festlegung ist zwar als kurzfristiges Risikodeckungskapital interpretierbar, jedoch muss die Rücklage nach Inanspruchnahme wieder aufgebaut werden. Die Festlegung ist außerdem pauschal und nicht an den individuellen Risiken der Krankenkassen orientiert. Zudem ist die Höhe der Rücklage nach oben limitiert. Die Höhe des Zusatzbeitrages ist derzeit auf ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen begrenzt.

Ist die Risikotragfähigkeit nicht gegeben (äußerer linker Bereich), das bedeutet der DBaR übersteigt die zur Verfügung stehende Deckungsmasse, so ist höchste Warnstufe für die Geschäftsleitung gegeben. In so einem Fall sind die einzelnen Risikoaggregate (und/oder Einzelrisiken) detailliert zu analysieren und Steuerungsmaßnahmen zu definieren beziehungsweise bereits vorhandene zu begutachten. Ist die Risikotragfähigkeit gegeben, so ist zu unterscheiden, ob dies nur durch die vorhandenen Rücklagen erfolgt (grüner Bereich) oder aber erst aus der Hinzurechnung aktivierbarer Zusatzbeiträge (mittlerer Bereich) resultiert. Im letzteren Fall sind die Maßnahmen zur Risikosteuerung zu kontrollieren und gegebenenfalls anzupassen.

Der Risikoreport soll ferner die planerische Sicht (Erwartungswert für den Deckungsbeitrag) mit der Risikosicht (Schwankungsbreite des Deckungsbeitrags) vereinen. Um mögliche Irritationen durch zwei unterschiedliche Zahlensysteme im Unternehmen zu vermeiden, sollte in der Jahresbetrachtung der Abgleich der „Risikoahlen“ mit den „Haushaltszahlen“ sichergestellt werden. Es ist notwendig, die Risikoanalysen kontinuierlich durchzuführen und zu überwachen, wobei bestehende

Einheiten (Finanzen und Controlling) durch Abweichungsanalysen wesentliche Aufgaben bereits übernehmen. Unterjährig verbessert die Kopplung an bestehende, im festen Turnus erscheinende Berichte die Akzeptanz und Integration des Risikomanagements. Innerhalb der einzelnen Risikokategorien ist mittels Quartalsberichten den entsprechenden Risikoverantwortlichen zu berichten.

Risikosteuerung

Auf Gesamtunternehmensebene erfolgt die Risikosteuerung durch Festlegung von Risikolimits. Zum Beispiel kann der Vorstand der Krankenkasse einen 90-Prozent-DBaR als Risikolimit für das Gesamtunternehmen beschließen. Dieser Wert wird dann in einer entsprechenden Risikostrategie festgehalten. Dabei ist darauf zu achten, dass die Risikostrategie nicht im Widerspruch zur Geschäftsstrategie steht. Zusätzlich können auch entsprechende DBaR-Limits für die einzelnen Risikokategorien beschlossen werden. Soweit möglich und wirtschaftlich sinnvoll, erfolgt die Steuerung auf der Ebene der Einzelrisiken. Dabei werden folgende Strategien beziehungsweise Maßnahmen überprüft: Vermeidung des Risikos, Verminderung des Schadens beziehungsweise Erhöhung der Chance, ebenso der Eintrittswahrscheinlichkeit, Risikoübertragung (an Dritte), Risikoübernahme (Risiko selbst tragen). Risikomanagement sollte sich sowohl präventiven als auch reaktiven Maßnahmen zuwenden. Selbst wenn Risiken nicht vermieden werden können, ist eine Minderung der Auswirkungen durch schnelles und optimales Handeln nach Eintritt des Schadens möglich. Die Risikoübernahme ist nur im Rahmen des vorhandenen Risikodeckungspotenzials zuzulassen. Bei einer Überschreitung ist von einer erhöhten Gefährdung für die Krankenkasse auszugehen und damit auch für den Haftungsverbund.

Fazit und Ausblick – Treiber und Weiterentwicklung des Risikomanagements

Für die Krankenkassen in der GKV werden die Insolvenzfähigkeit, der Wettbewerb über Zusatzprämien und die zu erwartende Verstärkung der Aufsicht zu externen Treibern des Risikomanagements werden. Im

Zusammenhang mit möglichen Mechanismen in der GKV werden Aspekte des Risikomanagements diskutiert. Beispielsweise nennt ein Vertreter der BaFin folgende Punkte in einer vergleichenden Analyse (Walter 2007): Unterjährige Informationspflichten, Erstellung und Vorlage einer Liquiditätsplanung, Vorhalten von risikoabhängiger Liquiditätsreserve, Stresstest mit Annahmen über Entwicklung von Beständen und Kosten, Produktkontrolle, Mindestanforderungen an das Risikomanagement, Mindestanforderungen an die Qualifikation der Geschäftsführer, verpflichtende Einbeziehung weiterer Institutionen insbesondere von Verwaltungsrat und Wirtschaftsprüfern.

Es gibt keine allgemeingültige Erfolgsformel für die Ausgestaltung. Dennoch gibt es Erfolgsfaktoren, die die Durchführung und Akzeptanz des Risikomanagements verbessern. Dazu gehören eine entsprechende Risikokultur und die Initiierung/Begleitung durch die Geschäftsführung. Erforderlich ist die Einbeziehung von thematisch verwandten Funktionsbereichen und die klare Zuordnung von Verantwortlichkeiten. Zur Risikobewertung müssen quantitative Verfahren entwickelt werden, aber auch den qualitativen Erfahrungen und dem Wissen von Experten ist ein angemessener Platz einzuräumen. Gemäß dem Grundsatz der Materialität sollte der Fokus auf wesentlichen Risiken liegen. Der Kommunikation kommt eine entscheidende Bedeutung zu. Risikomanagement muss als lernendes System angesehen und als kontinuierlicher Prozess durchgeführt werden. Interne Risikomodelle können eine sinnvolle Ergänzung zur Unternehmensplanung sein. Erfolgskontrollen im Risikomanagement sind mittels System- und Outputprüfung und der Abweichungsanalyse möglich (Gleißner 2007).

Allein die Beschäftigung mit Unsicherheiten verbessert Entscheidungen und trägt zur Sicherung des Unternehmens bei. Gerade vor dem Hintergrund der Mittelknappheit in der GKV, der Systemabhängigkeit von der Politik und neuer Handlungsspielräume im Bereich der Produkte und Verträge kann das Volumen in den risikobehafteten Geschäftsbereichen nicht uneingeschränkt ausgedehnt werden. Aus Sicht des

Wirtschaftlichkeitsprinzips leitet sich die Anforderung ab, die begrenzten Mittel in die Produkte und Versichertensegmente zu steuern, bei denen das Verhältnis von Ertrag (Kosten-Nutzen-Relation) zu Risiko möglichst groß ist. Hier können Beiträge für das Entscheiden in unsicheren Situationen durch das Risikomanagement geleistet werden.

Literatur

- Balzli, B., M. Schiessl und S. Winter (2008): Casino provincial [Sachsen LB] In: Der Spiegel. 28/2008.
- Bergermann, M. (2008): Anatomie einer Krise [WestLB]. In: WirtschaftsWoche. 12/2008.
- Bosse, R., und I. Simenski (2006): Risikomanagement in der gesetzlichen Sozialversicherung. In: Wege zur Sozialversicherung. 6/2006.
- Bundesversicherungsamt – BVA (o. J.): Grundlagen und aktuelle Entwicklungen des Vermögensrechts in der Sozialversicherung und Aufsichtspraxis. www.bundesversicherungsamt.de/nn_1046670/DE/Finanzen/Allgemeine__Informationen/Grundlagen.html (Download 17. Juli 2009).
- „Bundesrechnungshof ‚schnüffelt‘ im Auftrag – jetzt in der GKV noch viel mehr“. In: dfg – Dienst für Gesellschaftspolitik 22 - 09 / 28. Mai 2009.
- „Das ist ein Wahnsystem. Interview mit dem Ex-Wirtschaftsminister Schleswig-Holsteins [HSH Nordbank]“. In: Der Spiegel 15/2009.
- Dudda, F., und U. Polaszek (2004): Frühwarn- und Überwachungssystem als Teil des Risikomanagements der GKV-Selbstverwaltung. In: Die Krankenversicherung. 11/2004.
- Gaßner, M. (2009): Neuregelung des Insolvenzrechts der Krankenkassen – Bewertung der Regelungen des GKV-WSG und des GKV-OrgWG aus Ländersicht. In: GesundheitsRecht. 3/2009.
- Gleißner, W. (2007): Beurteilung des Risikomanagements durch den Aufsichtsrat: nötig und möglich? In: Der Aufsichtsrat. 12/2007.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2008): Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über Ratingagenturen. KOM(2008)704 endgültig.

- Krummaker, S., T. Mittendorf, J.-M. Graf von der Schulenburg, L. Müller und H. Stürmann (2007): Quo Vadis GKV? Zukünftige Entwicklungen des gesetzlichen Krankenversicherungsmarktes in Deutschland. Hannover und Frankfurt am Main.
- Steinmeyer, H.-D. (2008): Krankenkassen zwischen Sozialrecht, Haftung und Insolvenz. Veröffentlichung des Wissenschaftlichen Beirats der Betrieblichen Krankenversicherung. Essen.
- Uwer, D. (2009): Der rechtliche Rahmen der Insolvenz von Krankenkassen. In: GesundheitsRecht. 3/2009.
- Vöcking, J. (2009): Beiträge zur Insolvenzproblematik – aus Sicht der Beteiligten und Betroffenen. In: GesundheitsRecht. 3/2009.
- Walter, T. (2007): Insolvenz, Sicherungssysteme und Aufsicht in der privaten Versicherungswirtschaft am Beispiel der PKV. Essen.
- Wolik, A. (2008): Predictive Modeling. Bestimmung von Hospitalisierungswahrscheinlichkeiten mithilfe von Data-Mining-Verfahren. In: U. Repschläger: BARMER Gesundheitswesen aktuell 2008. Beiträge und Analysen zu Auswirkungen der Gesundheitsreform ab 2009. Wuppertal.

