

Impressum

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist Eigentum der BARMER GEK. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der BARMER GEK unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Im Sinne der besseren Lesbarkeit wurde überwiegend die grammatikalisch männliche Sprachform gewählt. Wenn im Text die männliche Sprachform genannt ist, ist damit sowohl die männliche als auch die weibliche Sprachform gemeint.

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2010

© 2010 BARMER GEK

herausgegeben von

Uwe Repschläger, Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

ISBN 978-3-9812534-2-9

Realisation und Design: 37 Grad GmbH, Düsseldorf

Redaktion: 37 Grad GmbH, Düsseldorf

produziert und gedruckt in Deutschland

Alle Rechte vorbehalten

Änderungen und Irrtümer vorbehalten

Inhaltsverzeichnis

| | |
|----------------|----|
| Vorwort | 8 |
| Editorial..... | 10 |

I. Systemfragen und Wettbewerb

| | |
|--|-----|
| Preisregulierung von patentgeschützten Arzneimitteln. Welchen Beitrag kann die Kosten-Nutzen-Bewertung leisten? | 16 |
| Mathias Kifmann | |
| QALYs in der Kosten-Nutzen-Bewertung. Rechnen in drei Dimensionen..... | 32 |
| Klaus Koch, Andreas Gerber | |
| Die Erstellung der Ambulanten Kodierrichtlinien | 50 |
| Ingolf Berger | |
| Vom Zusatzbeitrag zur Gesundheitspauschale. Das niederländische Gesundheitssystem als Vorbild? | 70 |
| Frank Schulze Ehring | |
| Frühwarnsysteme in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Rahmenbedingungen | 90 |
| Falk König, Patrick Florath, Uwe Repschläger, Frank Romeike | |
| Zur Rolle und Funktion der alten Spitzenverbände. Perspektive für eine zukunftsfähige Verbändelandschaft in einem wettbewerbsorientierten GKV-System | 106 |
| Uwe Repschläger | |

| | |
|--|-----|
| Die Abbildung von Multimorbidität im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich | 126 |
| Claudia Schulte | |

II. Gestaltung der Versorgung

| | |
|---|-----|
| Kollektivverträge und selektive Vollversorgungsverträge in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Die Frage nach dem „Entweder-oder“ | 148 |
| Andreas Köhler | |

| | |
|---|-----|
| Bereinigung der vertragsärztlichen Vergütung. Stand der Verfahrensentwicklung und Relevanz für einen fairen Wettbewerb zwischen kollektiv- und selektivvertraglicher Versorgung | 160 |
| Antje Schwinger, Hans-Dieter Nolting | |

| | |
|---|-----|
| Achtzehn Arztkontakte im Jahr. Hintergründe und Details..... | 176 |
| Boris von Maydell, Thilo Kosack, Uwe Repschläger, Christoph Sievers, Rebecca Zeljar | |

| | |
|--|-----|
| Der deutsche Arzneimittelmarkt. Reform- oder neuordnungsbedürftig? | 192 |
| Detlef Böhler, Karl-Heinz Neumann | |

| | |
|---|-----|
| Das Fibromyalgiesyndrom. Dilemma zwischen Leitlinie und Versorgungsrealität | 212 |
| Ursula Marschall, Andreas Wolik | |

| | |
|---|-----|
| Adipositaschirurgie – notwendige Therapie oder Lifestyle? Spannungsfeld zwischen Medizin und Krankenkasse | 240 |
| Hans Hauner, Ursula Marschall, Michael Lex, Andreas Wolik, Henrik Schwandrau | |

| | |
|---|-----|
| Berechnung von Hospitalisierungswahrscheinlichkeiten. Die Methode der Zufallswälder und der Vergleich mit gängigen statistischen Klassifikationsverfahren | 266 |
| Thilo Kosack, Andreas Wolik | |

III. Anhang

| | |
|-----------------------------|-----|
| Abkürzungsverzeichnis | 290 |
| Autorenverzeichnis | 292 |

Falk König, Patrick Florath, Uwe Repschläger, Frank Romeike

Frühwarnsysteme in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Rahmenbedingungen

Im Frühsommer meldeten erstmals seit Einführung des Gesundheitsfonds Betriebskrankenkassen Insolvenz an. Wegen des gesetzlichen Zwangs, mit anderen Krankenkassen des eigenen Verbands eine Haftungsgemeinschaft zu bilden, kann die Notlage einer Krankenkasse unter Umständen auf andere übergreifen und einen „Dominoeffekt“ auslösen. In Anbetracht der aktuellen Lage diskutiert der Beitrag, inwieweit Frühwarnsysteme geeignet sind, rechtzeitige Hinweise auf finanzielle Fehlentwicklungen zu liefern. Ihre Zweckmäßigkeit ist dabei davon abhängig, ob die abgeleiteten Konsequenzen in der Haftungsgemeinschaft umgesetzt werden können.

Einleitung

Die Zahl der Krankenkassen ist in den letzten Jahren stark zurückgegangen. Gab es im Jahr 1994 noch 1.152 verschiedene Krankenkassen, ging die Zahl bis Januar 2010 auf 169 (GKV-Spitzenverband 2010) zurück. Die Meldungen über geplante Fusionen nehmen trotz der verringerten Krankenkassenzahl nicht ab. Die Vision der letzten Gesundheitsministerin Schmidt (BMG 2009), dass künftig 30 bis 50 Krankenkassen für die Versorgung der Versicherten ausreichen, wird vor dem Hintergrund weiterer Fusionen zunehmend realistischer.

Für das Jahr 2010 prognostiziert der Schätzerkreis ein Defizit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Höhe von 3,1 Milliarden Euro, für das Jahr 2011 ist, je nach Szenario, ein weiterer Anstieg auf 10 bis 15 Milliarden Euro zu erwarten. Der einheitliche Beitragssatz von derzeit 14,9 Prozent muss jedoch erst erhöht werden, wenn die Ausgaben der GKV in zwei aufeinanderfolgenden Jahren nicht mehr zu mindestens 95 Prozent gedeckt sind. Nach den derzeitigen Reformvorschlägen plant die Bundesregierung zum 1. Januar 2011 die Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes auf 15,5 Prozent. Zukünftige Ausgabensteigerungen in

der GKV sind nach den Vorschlägen der Regierungskoalition vom Juli allein von den Versicherten über Zusatzbeiträge bis zu einer Überforderungsgrenze von zwei Prozent des Einkommens zu finanzieren. Dessen ungeachtet würde sich bei unveränderten Rahmenbedingungen die finanzielle Situation der Krankenkassen im Jahr 2011 massiv weiter verschlechtern.

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 gilt für alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen ein einheitlicher Beitragssatz. Die Krankenkassen erhalten für ihre Versicherten Zuweisungen nach Alter, Geschlecht und Morbidität. Reichen diese Zuweisungen nicht aus, um die Kosten zu decken, müssen die Krankenkassen Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern erheben. Diese sind zwar auf ein Prozent des Einkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze von aktuell 3.750 Euro begrenzt, haben aber eine große Signalwirkung, sodass die Gefahr hoher Mitgliederverluste mit der Erhebung von Zusatzbeiträgen einhergeht. Bei den Krankenkassen, die seit Februar 2009 einen Zusatzbeitrag erheben, ist aktuell ein hohes Wechsleraufkommen zu beobachten. So verlor beispielsweise die DAK in den ersten vier Monaten des Jahres 2010 2,9 Prozent ihrer Mitglieder, nachdem sie ab Februar einen Zusatzbeitrag verlangte (Tagesspiegel 2010).

Seit dem 1. Januar 2010 sind zudem alle Krankenkassen insolvenzfähig (GKV-OrgWG). Durch die gleichzeitige Einführung von Haftungsverbänden besteht auch für finanziell stabile Krankenkassen somit ein Risiko, im Falle einer Insolvenz innerhalb der eigenen Kassenart hohe Unterstützungszahlungen leisten zu müssen. So müsste beispielsweise die BARMER GEK bei einer Insolvenz oder Schließung innerhalb des Ersatzkassensystems mit einem Haftungsbetrag in Höhe von über 500 Millionen Euro rechnen (2,5 Prozent der jährlichen Zuweisungen).

Angesichts der durch den Gesundheitsfonds einerseits deutlich eingeschränkten Refinanzierungsmöglichkeiten der Krankenkassen (auf maximal ein Prozent der Einkommen begrenzte Zusatzbeiträge statt

weitgehender Beitragssatzautonomie) und der andererseits gleichzeitig hergestellten Insolvenzfähigkeit beziehungsweise der Bildung von Haftungsverbänden steigt das unternehmerische Risiko bei den Krankenkassen erheblich an. Geraten viele oder einzelne größere Krankenkassen in finanzielle Bedrängnis, besteht sogar die Gefahr, dass das GKV-System instabil wird. Vor diesem Hintergrund haben die Krankenkassen neben dem unmittelbaren Ziel, selbst nicht in eine Schieflage zu geraten, auch insgesamt ein erhebliches Interesse daran, dass die anderen Krankenkassen im eigenen Haftungsverbund über einen soliden Haushalt verfügen und eine solide Finanzpolitik betreiben. Starke Mitgliederverluste, hohe Defizite und ein zu geringer und/oder ein zu spät erhobener Zusatzbeitrag von „Schwesterkassen“ werden sorgfältig registriert. Um die ökonomischen Risiken zu begrenzen, ist ein funktionierendes Frühwarnsystem erforderlich, das die notwendige Transparenz über finanzielle Risiken auf allen Ebenen der GKV – von der Einzelkasse über die Spitzenverbände der Kassenarten bis hin zum GKV-Spitzenverband – und zur Aufsicht für die jeweiligen Beteiligten bereitstellt.

Frühwarnsysteme in der GKV

Im Hinblick auf die Anforderungen an Frühwarnsysteme sind im GKV-System insgesamt vier unterschiedliche Blickwinkel zu berücksichtigen:

- die Einzelkasse,
- der Haftungsverbund der Kassenart,
- der Haftungsverbund GKV und
- die Aufsichtsbehörden.

Zum Ersten soll ein Frühwarnsystem für die Einzelkasse einen möglichst vollständigen Überblick über die eigene Position geben (direkte Risikoposition). Zum Zweiten schafft ein Frühwarnsystem auf Kassenartenebene die Transparenz über die finanzielle Situation in der Haftungsgemeinschaft und ist Voraussetzung für die Hilfeleistung im

Krankenkassenverbund (indirekte Risikoposition). Reichen drittens die Hilfen der jeweiligen Kassenarten nicht aus, werden vom GKV-Spitzenverband kassenartenübergreifende Hilfen gewährt, sodass dieser ebenfalls Informationen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen aus einem Frühwarnsystem benötigt. Zum Vierten hat auch die Aufsicht in Form des Bundesversicherungsamtes und der Länderaufsichten einen frühzeitigen Informationsbedarf, um ihrer Aufsichtspflicht nachkommen zu können. In Zeiten der Wirtschaftskrise und der Angst von Krankenkassen, durch die Erhebung von Zusatzbeiträgen im Falle finanzieller Engpässe hohe Mitgliederverluste zu erleiden, hat auch die Politik ein Interesse an einem funktionierenden Frühwarnsystem, um das GKV-System stabil und leistungsfähig zu halten.

Das Hauptinteresse aller Beteiligten in der GKV liegt im Sinne der Haftungsvermeidung darin, bereits möglichst frühzeitig finanzielle Schief-lagen bei Krankenkassen zu erkennen. Allerdings offenbart sich hier ein typisches Dilemma von Haftungsverbänden: Es kollidieren die Informationsbedürfnisse der Haftungsgemeinschaft mit dem Bedürfnis der sie tragenden Einzelwettbewerber, ihre sensiblen und wettbewerbsrelevanten Informationen gerade nicht beziehungsweise möglichst spät preis-zugeben. Erschwerend kommt hinzu, dass – ähnlich wie im Bankensektor – das Offenlegen einer Schieflage oder gar drohenden Insolvenz unter Umständen einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung gleichkäme. Da Vertragspartner und Versicherte ihr Vertrauen in die Zahlungs- und Leistungsfähigkeit der Krankenkasse verlieren, wird der eigentlich zu stoppende negative Prozess zusätzlich beschleunigt.

Anforderungen an ein funktionierendes Frühwarnsystem

Ein Ziel von Frühwarnsystemen ist es, rechtzeitig Risiken aufzudecken, sodass noch ausreichend Zeit bleibt, geeignete Maßnahmen zur Abwendung oder Reduzierung der Bedrohung zu ergreifen. Das Frühwarnsystem muss zudem die divergierenden Interessen von potenziell haftenden Krankenkassen und Haftungsempfängern berücksichtigen.

Anhand eines von allen Beteiligten anerkannten Kennzahlensystems gilt es, einerseits finanzielle Schwierigkeiten rechtzeitig zu erkennen und andererseits die Einleitung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung einer Insolvenz sicherzustellen. Das Erkennen eines Risikos ist zwar die erste Voraussetzung für dessen Bewältigung; ohne schnelle und wirksame Interventionen bliebe es jedoch bei den Rufen der Cassandra. Von entscheidender Bedeutung für die Akzeptanz ist dabei ein klar definiertes Regelwerk bei den Aufgreifkriterien wie auch für das Einleiten von Interventionsstrategien.

Ein Frühwarnsystem benötigt hierzu Kennzahlen, die zeitnah, eindeutig und einheitlich ermittelt werden können. Besonders geeignet sind solche Kennzahlen, die ohnehin routinemäßig und laufend erhoben werden. Insbesondere für die übergeordneten Institutionen wie den Haftungsverbund, den GKV-Spitzenverband und die Aufsicht bieten sich die Informationen aus amtlichen Statistiken als Grundlage eines Frühwarnsystems an. Als wichtigste Datenquellen sind hier die Vierteljahresrechnungen KV45, die Jahresrechnung KJ1 und die monatlich erhobene Mitgliederstatistik zu nennen. Auf der Ebene der einzelnen Krankenkassen können diese Informationen durch weitere interne Informationsquellen (wie beispielsweise den Haushaltsplan) ergänzt werden.

Darüber hinaus ist es sinnvoll, komplexere Kennzahlen aus den genannten Datenquellen abzuleiten oder unabhängig davon zu erheben. Im Folgenden werden beispielhaft Kennzahlen vorgestellt, die geeignet sind, die Situation einer Krankenkasse abzubilden. Die genannten Kennzahlen finden sich so oder so ähnlich auch in aktuellen kassenarten-internen oder -übergreifenden Diskussionen wieder.

Vermögenskennzahlen

Das Vermögen einer Krankenkasse setzt sich aus Betriebsmitteln, Rücklagen und Verwaltungsvermögen zusammen. Betriebsmittel und Rücklagen sind verfügbare Mittel, um laufende Ausgaben zu bestreiten, und dienen zum Ausgleich von Ausgabenschwankungen. Während die

Betriebsmittel für den kurzfristigen Ausgleich von Liquiditätsschwankungen verwendet werden, gleichen die Rücklagen die Ausgabenschwankungen aus, die nicht mehr durch die Betriebsmittel erreicht werden können. Darüber hinaus bieten die Betriebsmittel und Rücklagen natürlich sowohl hinsichtlich des Aufbaus als auch des Verzehrspotenzial für mögliche Spielräume bei kassenindividuellen Finanzstrategien. Mit einem Vermögen über den gesetzlichen Mindestbestand hinaus kann beispielsweise ein geplantes Defizit finanziert werden. Relevant für eine Kennzahl sind die Betriebsmittel und Rücklagen. Das Verwaltungsvermögen (beispielsweise Bürogebäude) wird bei der kurz- und mittelfristigen Sichtweise zum Erkennen einer drohenden Insolvenz oder Schließung nicht berücksichtigt, da es kurzfristig nicht liquidierbar und damit nicht zur Deckung von Verbindlichkeiten verfügbar ist.

Eine sinnvolle Kennzahl bei der Bewertung des Vermögens ist die Relation von Betriebsmitteln und Rücklagen zur gesetzlich vorgeschriebenen Mindestrücklage einer Krankenkasse. Nach § 261 SGB V beträgt die Höhe der Mindestrücklage 25 Prozent der durchschnittlichen monatlichen Ausgaben im Haushaltsplan der jeweiligen Krankenkassen. Die Mindestrücklage soll kurzfristige Liquiditätsschwankungen ausgleichen. Ungeplante Liquiditätsschwankungen können aus Krankenkassensicht mit der Einführung des Gesundheitsfonds ihre Ursachen nur noch auf der Ausgabenseite haben. Die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds steht zu Beginn eines Jahres zumindest in der Summe über alle Krankenkassen fest. Einnahmeschwankungen des Fonds führen nicht zu veränderten Zuweisungen. Dagegen tragen die Krankenkassen das Risiko von Ausgabenschwankungen weiterhin selbst.

| | Krankenkasse A (in Millionen Euro) | Krankenkasse B (in Millionen Euro) | Krankenkasse C (in Millionen Euro) |
|-----------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Mindestrücklage | 200 | 200 | 100 |
| Vermögen | 500 | 150 | 150 |
| Bewertung | ↑ | ↓ | → |

Ertragskennzahlen

Die Ertragskennzahl orientiert sich am Finanzergebnis der Krankenkasse. Bei der Berücksichtigung des Finanzergebnisses werden die Einnahmen und Ausgaben aus den vorläufigen Rechnungsergebnissen aus der KV45 gegenübergestellt. Der ermittelte Saldo wird in Relation zur Mindestrücklage gesetzt. Ein größenadjustiertes gleiches Finanzergebnis zweier Krankenkassen wird damit je nach Vermögenslage unterschiedlich bewertet. Zusätzlich wird im Hinblick auf mögliche Schwankungen der Rechnungsergebnisse zwischen den einzelnen Quartalen angeregt, die Entwicklung der Finanzergebnisse als eigene Kennzahl zu verwenden. Dies wird auch dem Anspruch eines Frühwarnsystems gerechter, da damit mögliche Tendenzen und damit Risiken für die Zukunft aufgezeigt werden.

| | Krankenkasse A (in Millionen Euro) | Krankenkasse B (in Millionen Euro) | Krankenkasse C (in Millionen Euro) |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Mindestrücklage | 200 | 200 | 100 |
| voraussichtliches Jahresergebnis | +50 | 0 | -30 |
| Bewertung | ↑ | → | ↓ |

Kennzahlen zur Wettbewerbssituation

Zur vollständigen Bestimmung der eigenen Position ist ein systematischer Vergleich mit anderen Marktteilnehmern wichtig. Ein Vergleich der in der GKV ermittelten Krankenkassen mit Zusatzbeiträgen bildet die Grundlage für die Bestimmung der Wettbewerbskennzahl „Eigener Zusatzbeitrag in Relation zum GKV-Schnitt“. Gegenwärtig zahlen etwa 15 Prozent der Mitglieder in der GKV einen Zusatzbeitrag. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der GKV liegt im Mai 2010 bei etwa 1,50 Euro je GKV-Mitglied. Die schon von einem Zusatzbeitrag betroffenen Mitglieder zahlen bis auf wenige Ausnahmen acht Euro je Monat, allerdings erheben einzelne Krankenkassen auch den Höchstbeitrag von einem Prozent bis zur Beitragsbemessungsgrenze.

Ein wichtiger Parameter bei der Beurteilung der Wettbewerbssituation einer Krankenkasse ist die Versichertenentwicklung. Während Versichertenverluste negativ zu bewerten sind, ist ein Versichertenwachstum grundsätzlich positiv. Bei einer Betrachtung der Versichertenkennzahl sollte allerdings berücksichtigt werden, in welchem prozentualen Verhältnis eine Krankenkasse wächst. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass in den letzten Jahren kleinere Betriebskrankenkassen besonders stark gewachsen sind und mitunter kein ausgewogenes Verhältnis zwischen Versicherten- und Mitarbeiterwachstum erreicht wurde. Die Tatsache sollte bei der Betrachtung der Kennzahl mitgeführt werden, aber eine „Sanktionierung“ bei starkem Versichertenwachstum würde bei dieser Kennzahl nicht sinnvoll erscheinen. Vielmehr könnten in einer weiteren Kennzahl, die das Verhältnis zwischen der Anzahl der Versicherten und der eingesetzten Mitarbeiter bildet, interne organisatorische Risiken abgeleitet werden.

| | Krankenkasse A (in Euro) | Krankenkasse B (in Euro) | Krankenkasse C (in Euro) |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| durchschnittlicher Zusatzbeitrag der GKV | 1,50 | 1,50 | 1,50 |
| eigener Zusatzbeitrag | 0,00 | 0,00 | 8,00 |
| Bewertung | ↑ | ↑ | ↓ |
| Versichertenentwicklung | +50.000 | +10.000 | -30.000 |
| Bewertung | ↑ | → | ↓ |

Liquiditätskennzahlen

Dass eine Krankenkasse möglicherweise nicht in der Lage sein wird, innerhalb einer angemessenen Zeit ihren Zahlungsverpflichtungen nachzukommen, wird als Liquiditätsrisiko bezeichnet. Bei einer Liquiditätsplanung werden zur fortlaufenden Sicherstellung der Liquidität die Zahlungsströme auf der Einnahmeseite (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und Zusatzbeitrag) und der Ausgabenseite (Leistungsausgaben, Verwaltungskosten) taggenau gegenübergestellt. Bei der Liquidität werden die flüssigen Mittel (kurzfristige Geldanlagen in Form von

Tages- und Monatsgeldern) und die kurzfristigen Verbindlichkeiten ins Verhältnis zueinander gesetzt. Die geeignete Kennzahl dürfte hier das Monatstief sein, da zu diesem Zeitpunkt die Gefahr am größten ist, den Zahlungsverpflichtungen nicht nachkommen zu können. In Anbetracht dessen, dass bei einer Krankenkasse in der Regel eine Überschuldung vor einer Zahlungsunfähigkeit eintritt, wird an dieser Stelle auf eine weitere Bildung von Liquiditätskennzahlen verzichtet.

Die Kennzahlen lassen sich grundsätzlich in die Kategorien Vermögen, Ertrag, Liquidität und Wettbewerb einteilen. Die Bewertung der einzelnen Kennzahlen sollte in Punkten erfolgen. Da nicht alle Kennzahlen die gleiche Relevanz haben, ist es außerdem sinnvoll, die Wertigkeit einer Kennzahl durch einen Gewichtungsfaktor auszudrücken. Die Gewichtung wird auch bei der Aggregation der einzelnen Kennzahlen zu einer Gesamtkennzahl berücksichtigt.

| | Gewichtungs- faktor | Krankenkasse A (in Euro) | Krankenkasse B (in Euro) | Krankenkasse C (in Euro) |
|--|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Mindestrücklage | | 200.000.000 | 200.000.000 | 100.000.000 |
| Vermögen | | 500.000.000 | 150.000.000 | 150.000.000 |
| Bewertung* | 5 | 5 | 1 | 3 |
| Mindestrücklage | | 200.000.000 | 200.000.000 | 100.000.000 |
| voraussichtliches Jahresergebnis | | +50.000.000 | 0 | -30.000.000 |
| Bewertung* | 3 | 5 | 3 | 1 |
| durchschnittlicher Zusatzbeitrag der GKV | | 1,50 | 1,50 | 1,50 |
| eigener Zusatzbeitrag | | 0,00 | 0,00 | 8,00 |
| Bewertung* | 3 | 5 | 5 | 1 |
| Versicherten- entwicklung | | +50.000 Versicherte | +10.000 Versicherte | -30.000 Versicherte |
| Bewertung* | 2 | 5 | 4 | 1 |
| Gesamtbewertung | | 5 | 2,85 | 1,77 |

* Bewertung in Punkten von 1 bis 5

Um die Konsequenzen, die aus einer Bewertung im Frühwarnsystem folgen könnten und sollten beurteilen zu können, muss erneut zwischen den verschiedenen Ebenen unterschieden werden. Ein Frühwarnsystem, das innerhalb einer Krankenkasse verwendet wird, ist eine Ergänzung der sonst üblichen Finanzinformationen und dient der Information des Vorstandes.

Konsequenzen

Bei den erforderlichen Konsequenzen, die aus einer Bewertung im Frühwarnsystem zu erfolgen haben, muss erneut zwischen den verschiedenen Ebenen unterschieden werden. Ein Frühwarnsystem, das innerhalb der Einzelkasse verwendet wird, ist eine Ergänzung der sonst üblichen Finanzinformationen und dient der spezifischen Information der Entscheider. Da es hier nicht um die eventuelle Weitergabe von wettbewerbsrelevanten internen Informationen an Dritte geht, stehen methodische Aspekte bei der Ausgestaltung des Systems im Vordergrund.

Konfliktbeladener aufgrund der möglichen Konsequenzen für die daran Beteiligten ist der Aufbau eines Frühwarnsystems für Haftungsgemeinschaften. Die grundlegendste Schwierigkeit hinsichtlich der Akzeptanz eines Frühwarnsystems innerhalb einer Haftungsgemeinschaft ist die (zwangsläufig) mit der Offenlegung und Bewertung von Kennzahlen einhergehende weitgehende Transparenz über und für die Beteiligten. Im Kern sind zwei Fragen bei der Ausgestaltung zu beantworten: Erstens: Wie viel Transparenz ist innerhalb eines Hafungsverbundes gewünscht? Zweitens: Wie viel Transparenz ist nötig, damit ein Frühwarnsystem seinen Zweck erfüllen kann? In Anbetracht dessen, dass bei einer Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse unter Umständen erhebliche finanzielle Haftungsbeträge innerhalb der Haftungsgemeinschaft aufgewendet werden müssen, liegt es im unbedingten Interesse der jeweiligen Mitglieder, ausreichend Transparenz über die finanziellen Situationen der jeweils anderen Krankenkassen herzustellen. Innerhalb der Haftungsgemeinschaft muss daher in einem ersten Schritt zwingend klar definiert werden, welche Informationen mit welchem Detaillierungsgrad zu welchem Zeitpunkt bereitgestellt werden.

Die Einrichtung beziehungsweise Organisation eines kassenartenbezogenen Frühwarnsystems beim jeweiligen Verband der Kassenart liegt eigentlich auf der Hand, da ein Teil der hierfür erforderlichen Dienstleistungsfunktionen hier bereits angesiedelt ist. Unter Umständen stellen jedoch die divergierenden Interessen, einerseits möglichst wenig eigene wettbewerbsrelevante Informationen preiszugeben, andererseits aber möglichst umfangreiche Informationen über die anderen Mitglieder zu erhalten, einen unlösbaren Konflikt für die Beteiligten dar. Dies gilt insbesondere für Kassenarten, deren Mitglieder im Wettbewerb zueinander stehen. Hier bietet sich die Einrichtung eines Frühwarnsystems über einen oder bei einem unabhängigen Dritten (beispielsweise einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft) an.

Der neutralen Stelle, die mit der Durchführung des Frühwarnsystems beauftragt ist, obliegen in einem ersten Schritt im Wesentlichen die folgenden Aufgaben:

- die Prüfung der Einhaltung der vereinbarten Termine für die Datenlieferungen,
- die Prüfung der Vollständigkeit der gelieferten Daten,
- die Prüfung der Plausibilität der gelieferten Daten und
- die Erstellung von Standardberichten für die Entscheidungsträger.

Um in den Standardberichten noch keine detaillierten wettbewerbsrelevanten Informationen offenzulegen, können hier die Ergebnisse über Ampelfunktionen oder die graphische Aufbereitung eines Scoring-Modells (Punktesystems) dargestellt werden. Dadurch bleiben Detailinformationen für die Wettbewerber ungenannt. Das Gesamtergebnis, welches mithilfe der Ampelfunktion beziehungsweise des Scoring-Modells ermittelt wurde, ist beispielsweise dem Gesamtvorstand des Verbandes vorzulegen. Den Entscheidern der einzelnen Krankenkassen wird damit ein Überblick über die finanzielle Lage der anderen Krankenkassen im Verband verschafft.

Bei unkritischen Werten („grüne Ampel“ beziehungsweise Risikoscore unterhalb eines definierten Schwellenwertes) sind keine weiteren Schritte erforderlich. Die betreffende Krankenkasse steht damit aktuell nicht unter Beobachtung. Bei einer Überschreitung der Schwellenwerte („gelbe Ampel“ oder „rote Ampel“) tritt der Betreiber des Frühwarnsystems mit der jeweiligen Krankenkasse in einen Dialog. Je nach Grad der Überschreitung der Schwellenwerte können unterschiedliche Maßnahmen eingeleitet werden.

Bei einer leichten Überschreitung der Schwellenwerte („gelbe Ampel“) wird die betroffene Krankenkasse aufgefordert, Auskunft über geplante und/oder eingeleitete Maßnahmen zu geben, um die Situation zu entschärfen. Die gemachten Angaben sind zu dokumentieren. Der Betreiber prüft, inwieweit die geplanten Maßnahmen geeignet sind, innerhalb des erforderlichen Zeitrahmens zu einer Verringerung der finanziellen Bedrohung der Krankenkasse beizutragen. Werden die geplanten beziehungsweise initiierten Maßnahmen für ausreichend erachtet, verbleibt die betroffene Krankenkasse solange im Beobachtungsstatus, bis die Maßnahmen zu einer Unterschreitung der Schwellenwerte führen. Gegebenenfalls sollten bei kritischen Werten bereits frühzeitig Rückstellungen für mögliche Haftungsverpflichtungen durch die anderen Krankenkassen der Haftungsgemeinschaft gebildet werden.

Bei einer deutlichen Überschreitung der Schwellenwerte („rote Ampel“) sind erheblich weitergehende Maßnahmen unmittelbar bei der betroffenen Krankenkasse zu initiieren. Angesichts der erheblichen wettbewerblchen Auswirkungen von Haftungszahlungen im Fall einer Insolvenz für Zahlerkassen (von Erhöhung der eigenen Zusatzbeiträge über finanzielle Schieflagen bis hin zu einem Dominoeffekt bei Insolvenzen) müssen den Mitgliedskassen in diesem Fall umfangreiche Mitspracherechte bei den umzusetzenden Maßnahmen eingeräumt werden. Dazu ist es erforderlich, ein Gremium aus allen Krankenkassen innerhalb des Verbandes zu bilden, welches im Falle einer konkreten Bedrohung (Überschreitung bestimmter Schwellenwerte bei einer Mitgliedskasse)

zusammengerufen wird. Die Zusammensetzung und Stimmrechte sollten sich an den potenziellen Haftungsbeträgen der einzelnen Krankenkassen orientieren. Krankenkassen mit hohen Haftungsbeträgen sollten einen höheren Stimmanteil als kleinere Krankenkassen bekommen. Diesem Gremium sind sämtliche relevanten Daten der bedrohten Krankenkasse unverzüglich offenzulegen. Dazu gehören neben der Finanzsituation im Haushalts- und Folgejahr insbesondere eine Prognose zur Versichertenentwicklung, die Einbeziehung und Bewertung von Forderungen und Verpflichtungen, die sich aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) ergeben, sowie eine Potenzialeinschätzung von bereits initiierten Maßnahmen.

Nach Sichtung aller vorliegenden Unterlagen prüfen die Verantwortlichen des Gremiums bei eindeutigen Anhaltspunkten für eine drohende Insolvenz oder Schließung der Krankenkasse, wie konkrete Sanierungsmaßnahmen (Sanierungskonzept) eingeleitet werden können. Das Gremium erteilt einen entsprechenden Prüfauftrag an einen Wirtschaftsprüfer. Die Sanierungsmaßnahmen sollten sich dabei an den wesentlichen Inhalten der von dem Institut der Wirtschaftsprüfer (IDW) vorgegebenen Mindestanforderungen an ein Sanierungskonzept (IDW-Standard S6) orientieren. Gilt die betroffene Krankenkasse anhand der vorgelegten Unterlagen als sanierungsfähig, das heißt, sie erfüllt die Kriterien der Fortführungstätigkeit (keine Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung für das laufende Kalenderjahr) und der Wettbewerbsfähigkeit (langfristige Marktposition innerhalb der GKV), muss die Krankenkasse dem Gremium in engen definierten Zeitabständen über die Sanierungsmaßnahmen berichten. Verlaufen die Sanierungsmaßnahmen im erforderlichen Rahmen, ist die Krankenkasse aus der engen Beobachtungs- und Berichtspflicht im Verband herauszunehmen. Bei einer erfolgreichen Sanierung der betroffenen Krankenkasse ist eine regelmäßige Berichterstattung nicht mehr erforderlich und die eingeräumten Mitspracherechte werden der anderen Krankenkasse wieder entzogen.

Ergeben sich jedoch Anhaltspunkte dafür, dass die Sanierungsmaßnahmen zu scheitern drohen, ist durch das Gremium ein Prüfauftrag an den Wirtschaftsprüfer zu erteilen. Stellt der Wirtschaftsprüfer fest, dass der bedrohten Krankenkasse die Sanierung aus eigener Kraft nicht gelingt, sollten freiwillige Hilfen nach § 265b SGB V zeitnah gewährt werden. Das Gremium entscheidet unter Hinzuziehung der Prüfergebnisse des Sanierungskonzeptes, in welchem Umfang freiwillige Hilfen nach § 265b SGB V im Haftungsverbund zu leisten sind. Dabei gilt jedoch, dass die Überschreitung eines definierten Schwellenwertes im Frühwarnsystem keine hinreichende Voraussetzung für die Zahlung von freiwilligen finanziellen Hilfen innerhalb des Verbandes ist. Eine Krankenkasse kann nur finanzielle Hilfen nach § 265b SGB V erhalten, wenn sie einen entsprechenden Antrag auf Hilfe beim Verband stellt. Die betroffene Krankenkasse sollte gegebenenfalls verpflichtet werden, einen Antrag auf finanzielle Hilfe nach § 265b SGB V zu stellen. Entsprechende Vereinbarungen könnten Bestandteil eines Vertrages innerhalb des Verbandes sein. Freiwillige Hilfen nach § 265b SGB V sollten zudem zum Anlass genommen werden, Vereinigungsoptionen innerhalb und außerhalb des Verbandes zu prüfen.

Nimmt eine Krankenkasse Hilfeleistungen in Anspruch, werden diese immer auch an Bedingungen geknüpft sein und so die Entscheidungsautonomie der Krankenkasse für den Zeitraum der Hilfeleistungen einschränken. Beispielsweise sind sämtliche unmittelbar finanzwirksamen Entscheidungen, die einen bestimmten Schwellenwert überschreiten, von der betroffenen Krankenkasse mit dem Gremium im Vorfeld abzustimmen. Dazu gehören Abschlüsse von Verträgen ebenso wie Investitionsentscheidungen in der Verwaltung. Auch bei der Festlegung von Höhe und Zeitpunkt eines Zusatzbeitrags ist die betroffene Krankenkasse nicht mehr autonom.

Wie bereits erläutert, werden vom GKV-Spitzenverband kassenartenübergreifende Hilfen gewährt, wenn die Hilfen innerhalb der jeweiligen Kassenarten nicht ausreichen. Daher benötigt auch der GKV-

Spitzenverband als „oberster Haftungsverbund“ ein Frühwarnsystem, welches im Wesentlichen die gleichen Anforderungen wie die Frühwarnsysteme auf der Ebene der Kassenarten hinsichtlich Zeitnähe, Daten und Kennzahlen erfüllen muss.

Auch die Aufsicht in Form des Bundesversicherungsamtes und der Länderaufsichten haben einen frühzeitigen Informationsbedarf über eventuell bestehende Insolvenzrisiken, um ihrer Aufsichtspflicht nachkommen zu können. Hinzu kommt die Notwendigkeit eines rechtzeitigen Dialoges dieser Institutionen mit Ministerien und Politik, da im Fall mehrerer oder großer Insolvenzen und Haftungsfälle unter Umständen die Stabilität der gesamten GKV gefährdet ist. Ein Regelungsbedarf oder Lösungen, beispielsweise eine Anhebung des Einheitsbeitragsatzes, müssen gegebenenfalls für politische Entscheidungsträger erkennbar sein.

Fazit

Angesichts der beschriebenen weitreichenden Auswirkungen einer möglichen Insolvenz oder Schließung von Krankenkassen müssen Frühwarnsysteme ein unerlässlicher Bestandteil für alle Beteiligten in der GKV sein. Allerdings zeigen die unterschiedlichen Interessen der Einzelkassen, der Verbände und der Aufsicht, dass sich die Implementierung von Frühwarnsystemen schwieriger gestaltet, als zu erwarten war. Einvernehmliche Lösungen sind aufgrund der weitgehenden Schaffung von Transparenz bei Betroffenen im Eintrittsfall schwierig bis unmöglich. Innerhalb eines Verbandes sollten daher im Vorfeld verlässliche und rechtssichere Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit rechtzeitig und ausreichend Maßnahmen zur Abwendung einer Insolvenz oder Schließung vorgenommen werden können. Die Verpflichtung, für eine Krankenkasse im Verband zu haften, kann nur erfolgen, wenn alle Krankenkassen die notwendige Transparenz in den Finanzdaten der bedrohten Krankenkasse besitzen. Erst ein transparentes Frühwarnsystem bietet die notwendigen Grundlagen, um präventive Hilfsmaßnahmen einzuleiten. Die Zahlung von freiwilligen Hilfen nach § 265b SGB V sollte an die

entsprechenden Hinweise eines vereinbarten Frühwarnsystems und nicht an freiwillige Anträge der betroffenen Krankenkasse gekoppelt werden. Ohne Konsequenzen beziehungsweise konkrete Maßnahmen bei entsprechenden Warnhinweisen erfüllt die Implementierung von Frühwarnsystemen lediglich eine Alibifunktion.

Literatur

- „30 bis 50 Kassen reichen aus“. Interview von Ulla Schmidt mit dem Weser-Kurier am 17. August 2009. Bundesministerium für Gesundheit – BMG. www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1759154/SharedDocs/Interviewarchiv/DE/Weser-Kurier-15-08-09-schmidt.html?__nnn=true (Download 29. Juni 2010).
- „DAK – Mitglieder laufen weg“. Tagesspiegel vom 10. Juni 2010. www.tagesspiegel.de (Download 29. Juni 2010).
- GKV-Spitzenverband (2010): Anzahl der Krankenkassen. Stand 1. März 2010. www.gkv-spitzenverband.de (Download 29. Juni 2010).