

Krankenkassen im Sog des Gesundheitsfonds

Zukunft des Fonds
Fusionen in der GKV
Auswirkungen auf die Pflege



Aktiv und Gesund



Sorgenfrei



Erstklassig



Servicestark



Effizient und Flexibel

Hermann Schmitt, Landesgeschäftsführer der BARMER

Berlin – Brandenburg,

09.12.2009, Deutsches Pflege Forum



Agenda

Gesundheitsfonds als Einstieg in die Systemveränderung

Interdependenz von Fonds und 1%-Grenze

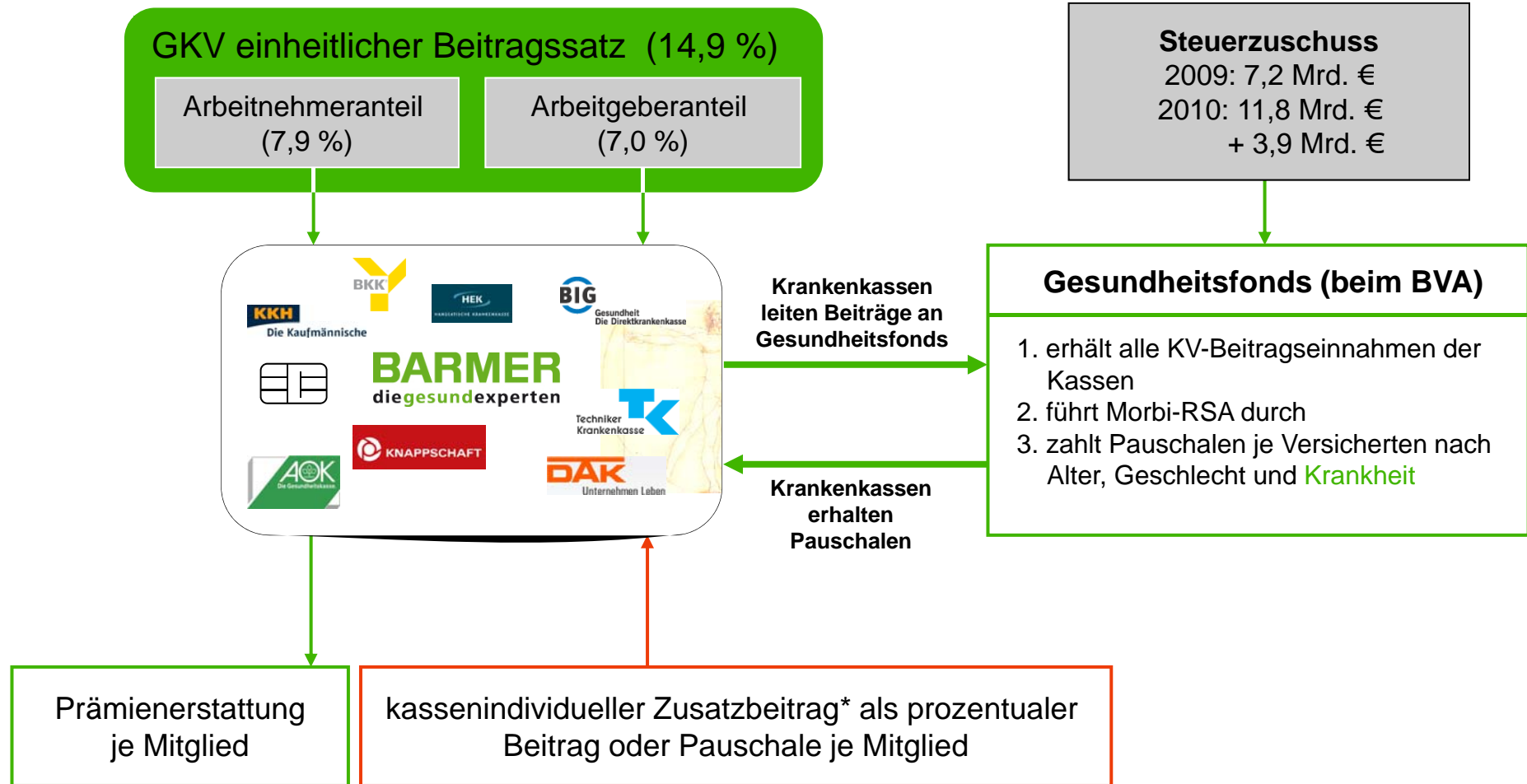
Gesundheitsfonds weiterentwickeln: M-RSA nachjustieren

Versorgungsmanagement im Fokus der Krankenkassen

Gesundheitspolitik nach der Wahl



Finanzierungssystematik in der GKV



* bei pauschaler Erhebung über 8 € erfolgt Begrenzung auf 1 % der BpE



Bewertung des Gesundheitsfonds

Fonds nicht überbewerten:

- Zunächst vor allem neue Finanzierungstechnik

- Fonds löst nicht das Finanzierungsproblem
- Belastungsverschiebungen beim Zusatzbeitrag
- Gefahr: Zunehmende Privatisierung
- Problem: Einstieg in das Prämienmodell
- System ist disponibel angelegt
 - weitere Absenkung des Fondsvolumens mit Ausweitung des Prämienanteils

- Gesundheitsfonds / M-RSA fördert funktionalen Wettbewerb
- Mehr Verteilungs- und Versorgungsgerechtigkeit



Gesundheitsfonds erweist sich als stabil

- technische Umsetzung funktioniert reibungslos (Optimierungspotential in Details)
- fundierte Vorbereitung und kontinuierliche Anpassung durch BVA
- Stabilität in Wirtschaftskrise:
 - Beitragssatzstabilität durch den Fonds für 2009 gesichert
 - Beitragssatzsenkung zur Belebung der Binnennachfrage (Kompensation durch erhöhten Bundeszuschuss)
 - Bundesdarlehen 2009 evtl. weniger als 1 Mrd. €
- Mittelfristig hat Fonds Bestand



Agenda

Gesundheitsfonds als Einstieg in die Systemveränderung

Interdependenz von Fonds und 1%-Grenze

Gesundheitsfonds weiterentwickeln: M-RSA nachjustieren

Versorgungsmanagement im Fokus der Krankenkassen

Gesundheitspolitik nach der Wahl



Funktionaler Wettbewerb durch den Gesundheitsfonds I

Mehr Verteilungs-/Versorgungsgerechtigkeit:

- Einführung des Morbi-RSA führt zu verbesserter Allokation der Mittel „Geld fließt dahin, wo es für medizinische Versorgung gebraucht wird!“
- Fokus auf eine bessere Versorgung, insbesondere chronisch Kranker
- Qualität und Wirtschaftlichkeit gewinnen noch mehr an Bedeutung

Preiswettbewerb setzt 2010 wieder ein



Funktionaler Wettbewerb durch den Gesundheitsfonds II

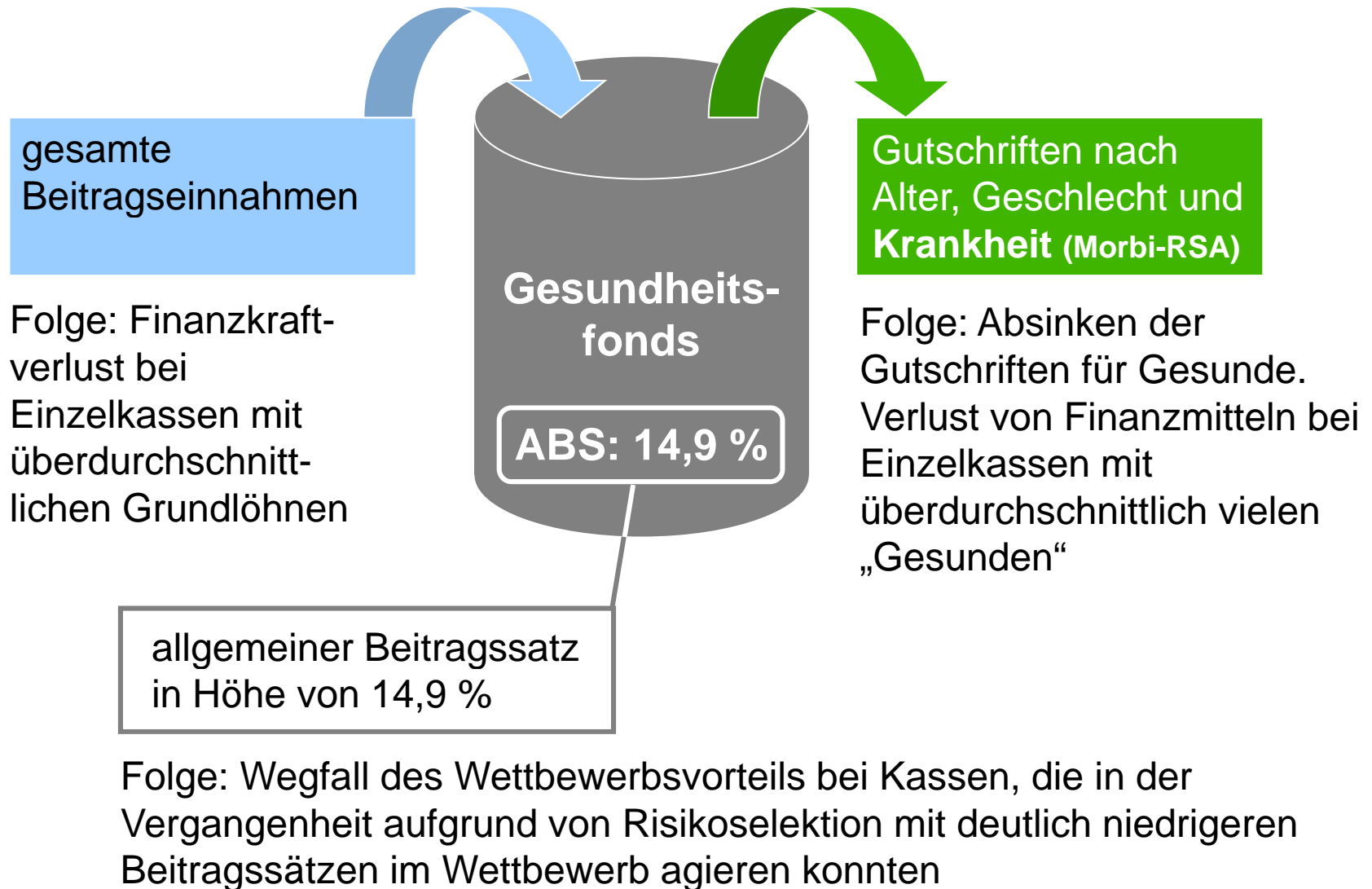
Primäre Wettbewerbsziele:

- Profilierung durch innovatives Versorgungsmanagement und selektive Verträge jetzt möglich
- Mehr Qualität, Service (und ggf. Flächenpräsenz) nutzt den Versicherten

**Herausforderung für das Gesundheitswesen insgesamt:
Effektivität, Effizienz und Nachhaltigkeit verbessern!**



Kritik basiert auf einzelwirtschaftlichen Interessen: „Jeder versteht etwas anderes“





Zur Kritik am Gesundheitsfonds

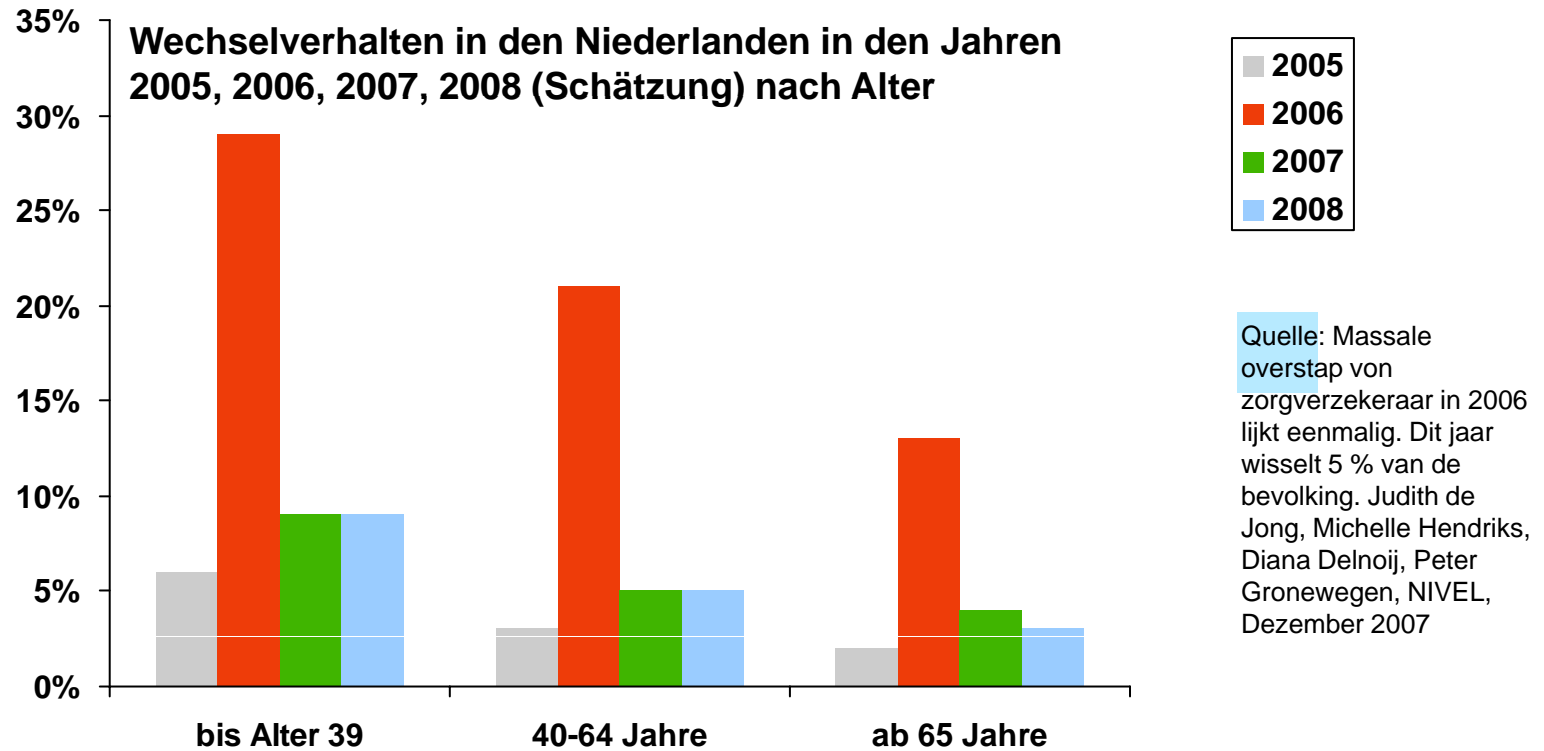
Die Mär vom Verlust der Beitragsautonomie:

- Bereits in der Vergangenheit erfolgte die Orientierung am Ausgleichsbedarfssatz (ABS)
- ABS: fiktiver GKV-weiter Beitragssatz zur Finanzierung der im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben. D.h. Kassen mussten Beiträge in Höhe des ABS an den RSA abführen
- Beitragsautonomie der Einzelkassen war bereits in der Vergangenheit durch den ABS beschränkt
- Im Gesundheitsfonds: Beitragsautonomie beim Zusatzbeitrag!
- 1991 hatten alle Kassen in den neuen Ländern bereits einen Einheitsbeitrag

Hinter der Mär vom Verlust der Beitragsautonomie steckt die Angst vor der Transparenz des Zusatzprämienwettbewerbs



Prämien machen Preissignal transparenter

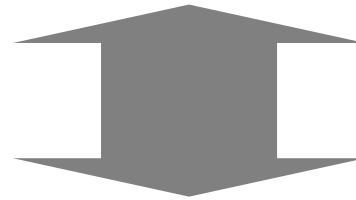


Deutliche Steigerungen im Wechselverhalten nach Eintritt in den Prämienwettbewerb (2006), aber Relativierung in den Folgejahren (2007 und 2008)



Interdependenz von Fondsvolumen und 1%-Grenze

- 1-% Belastungsgrenze ist politisch gewollte, soziale Schutzklausel für den Einzelnen!



- Sinkt das Fondsvolumen, führt die 1-% Grenze zu einem falschen Anreiz im Wettbewerb
- „Jagd auf Besserverdienende!“
- Gefahr von Kasseninsolvenzen



Verstärkter Preiswettbewerb durch Zusatzbeitrag

Folge von Zusatzbeitrag und Sozialklausel:

„Daraus erwächst ein gesundheitspolitisch **perverser Wettbewerb** um gute Einkommen; und Kassen können nur aufgrund ihrer ungünstigen Versichertenstruktur Pleite gehen.“

Bert Rürup, Die Welt vom 25.03.2008

**Verzerrung durch die 1 %-Grenze muss politisch
angegangen werden**



Agenda

Gesundheitsfonds als Einstieg in die Systemveränderung

Interdependenz von Fonds und 1%-Grenze

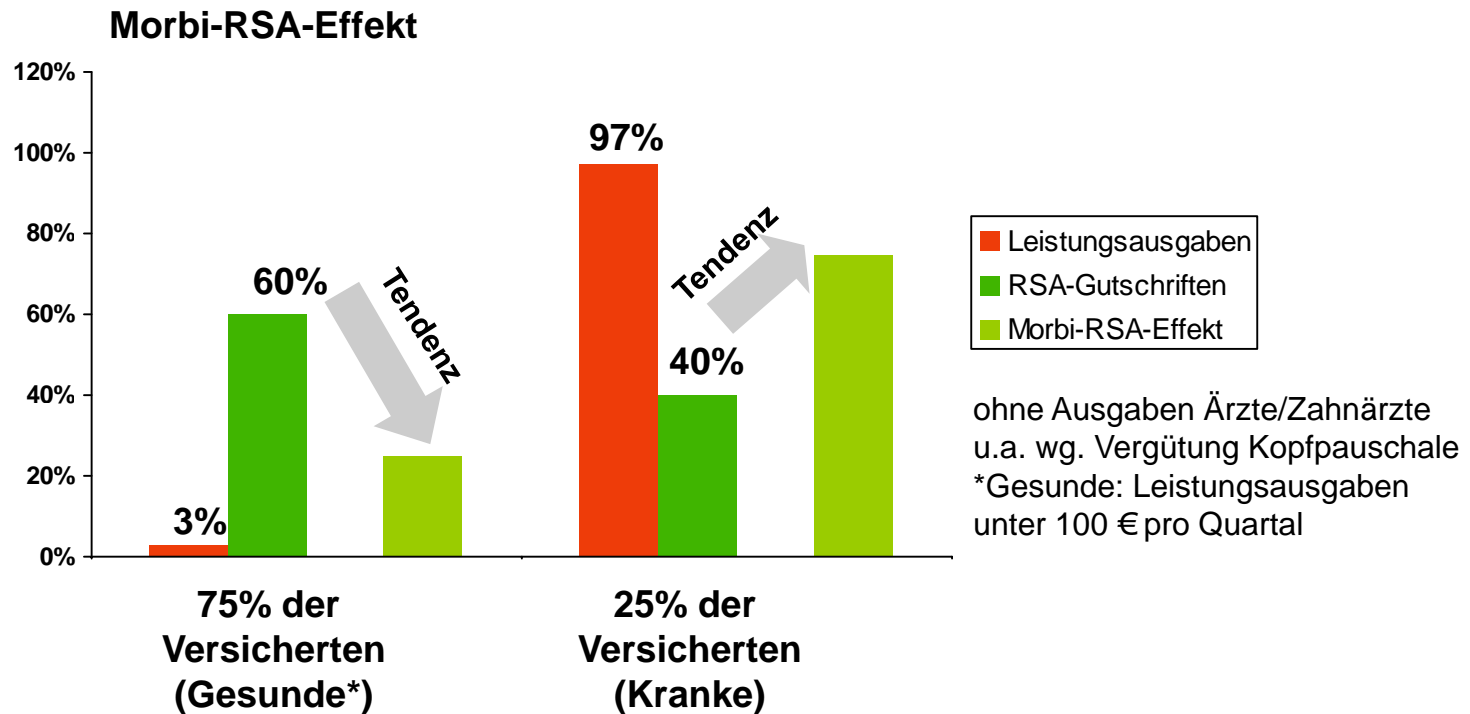
Gesundheitsfonds weiterentwickeln: M-RSA nachjustieren

Versorgungsmanagement im Fokus der Krankenkassen

Gesundheitspolitik nach der Wahl



Eine Aufgabe des Gesundheitsfonds ist die Durchführung des Morbi-RSAs (Allokation der Mittel)

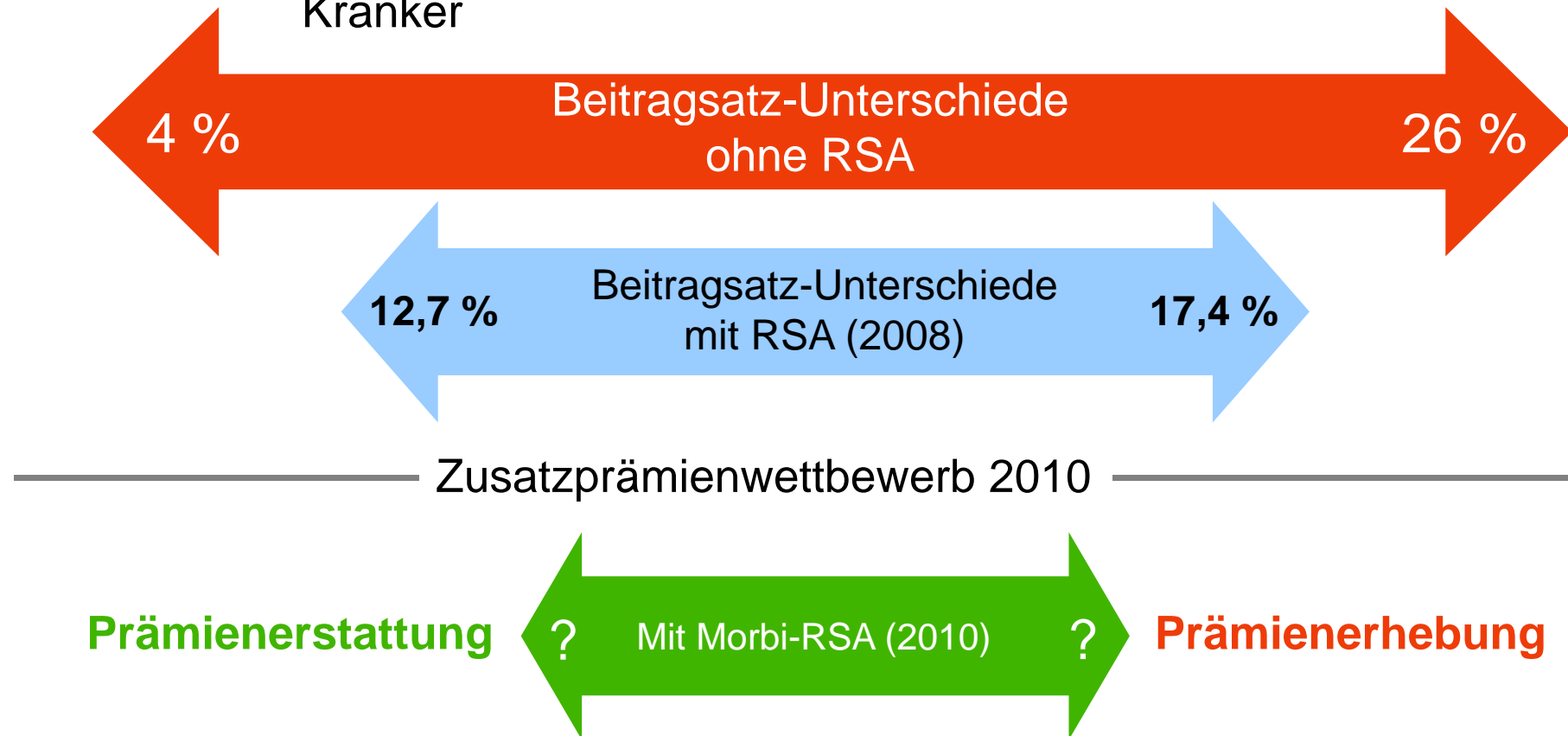


Morbi-RSA führt zur effizienten Allokation der Mittel



Morbi-RSA schafft fairere Wettbewerbsbedingungen

- Morbi-RSA führt zur zielgenaueren Zuweisung der Finanzmittel und sichert hochwertige Versorgung chronisch Kranker





Weiterentwicklung des Morbi-RSA

- **Koalition: „Reduzierung auf ein notwendiges Maß“**
- **Gefahr: Große Ausgabenblöcke ohne Ausgleich**
- Ziel muss sein: Sicherung funktionaler Wettbewerb

Unterschiedliche Versichertenstrukturen und Rahmenbedingungen der Kassen bleiben auch unter Zusatzprämien / Kopfpauschalen erhalten:

- Versichertenstruktur / Morbidität
 - Anzahl chronisch Kranker
 - Anzahl Rentner / Rentnerinnen
 - Frauenanteil
 - Familienversicherungsquote
- Risikoselektion in der GKV
- Historisch bedingte Vergütungsunterschiede (z.B. im zahnärztlichen Bereich)
- Aufbauorganisation (Wohnortnahe Betreuung vs. Internet)



Morbi-RSA gezielt nachjustieren

**BARMER : faire Rahmenbedingungen brauchen
Morbidityorientierung des Risikostrukturausgleichs**

- Manipulationsaktivitäten stoppen (z.B. Right-Coding einzelner Kassen verhindern)
- Überprüfung der Aufgreifkriterien und der Krankheitsliste
- Prüfung eines ergänzenden Risikopools (analog IGES-Gutachten)



Agenda

Gesundheitsfonds als Einstieg in die Systemveränderung

Interdependenz von Fonds und 1%-Grenze

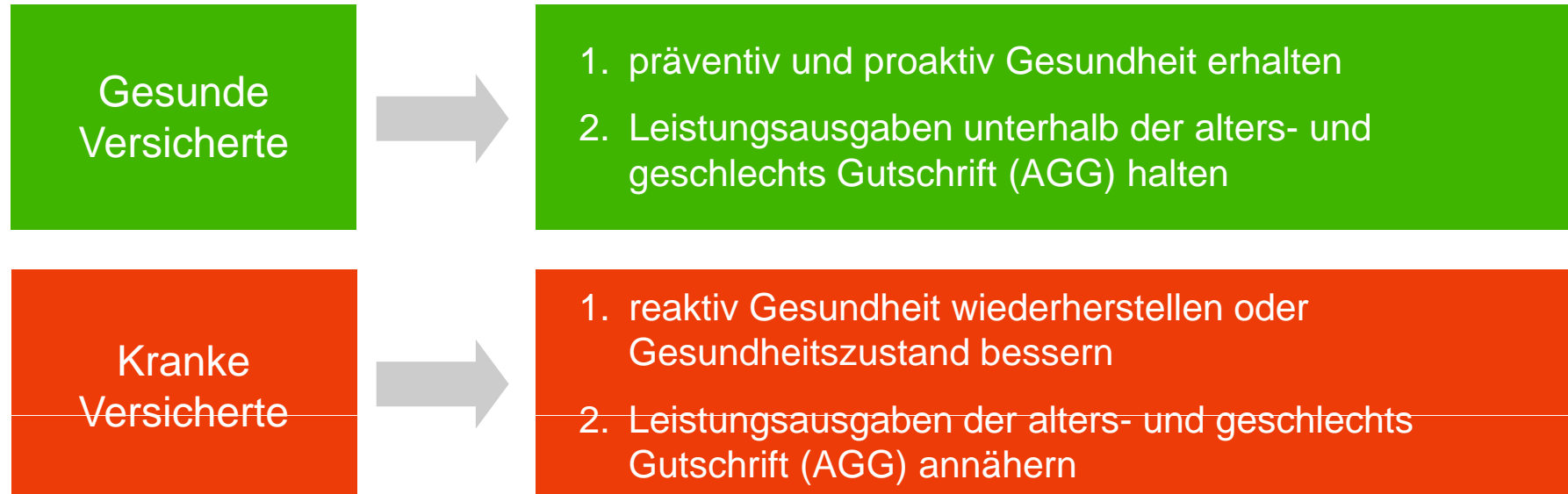
Gesundheitsfonds weiterentwickeln: M-RSA nachjustieren

Versorgungsmanagement im Fokus der Krankenkassen

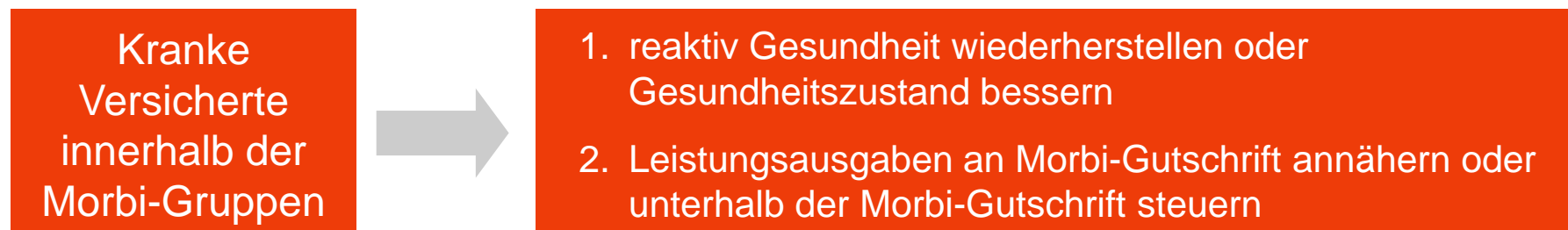
Gesundheitspolitik nach der Wahl



Strategische Ausrichtung durch Morbi-RSA



Morbi-RSA-Krankheiten





Morbi-RSA fördert die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung

Erstattung standardisierter Leistungsausgaben:

- ➔ Interesse der Krankenkasse an Unterschreitung der Durchschnittsausgaben
- ➔ Aber: „Ein gesunder Versicherter bleibt weiterhin das bessere Risiko.“

Streben nach Qualität und Wirtschaftlichkeit zur Erhöhung der Kosteneffizienz in der med. Versorgung insbesondere von chronisch Kranken wird dominierendes Wettbewerbsziel



Kassenspezifisches Vertrags- und Leistungsmanagement ist zur Profilierung der Krankenkassen beim Preis- / Leistungsverhältnis unter Fondsbedingungen zwingend erforderlich!



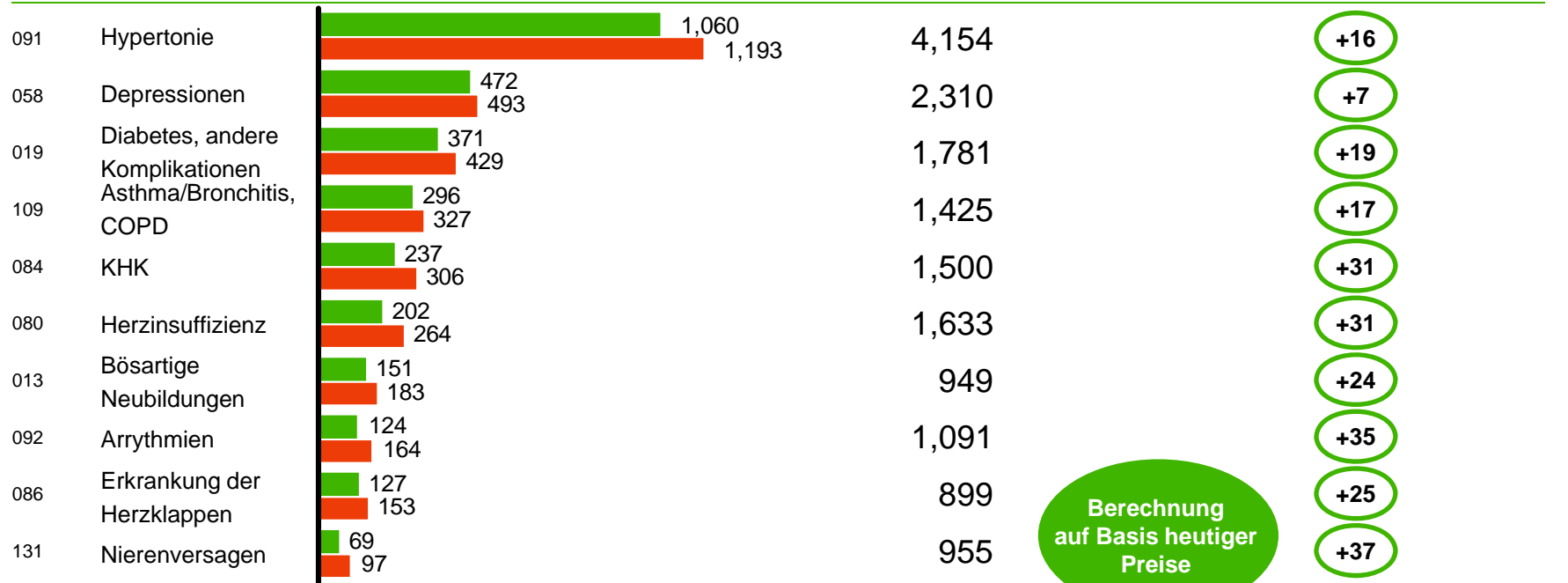
Auswirkungen von Morbiditätsveränderungen bis 2020 auf die BARMER

■ Heute
■ 2020

Zehn wichtigsten HMGs bei der BARMER nach Versicherten*
in 1,000

Leistungsausgaben
2008, in Mio. EUR

Veränd. Leistungsausgaben
in Prozent



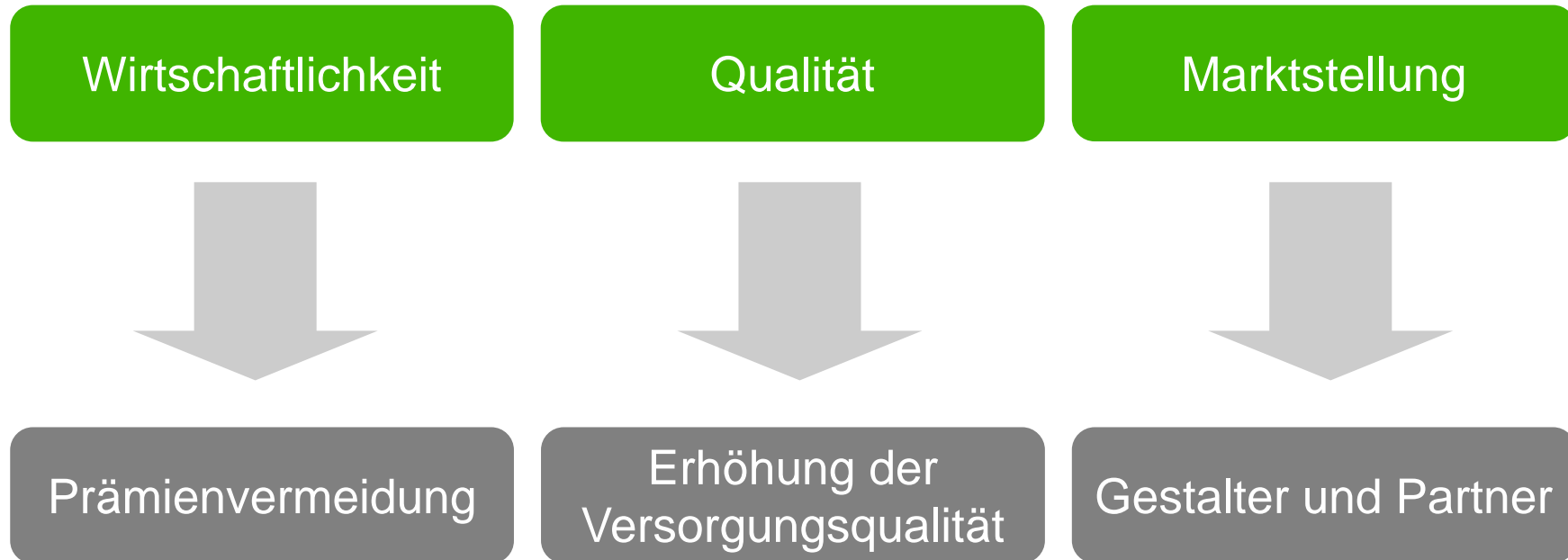
Berechnung
auf Basis heutiger
Preise

* Versichertenjahre werden wie Versicherte behandelt



Strategische Vertragsgestaltung I

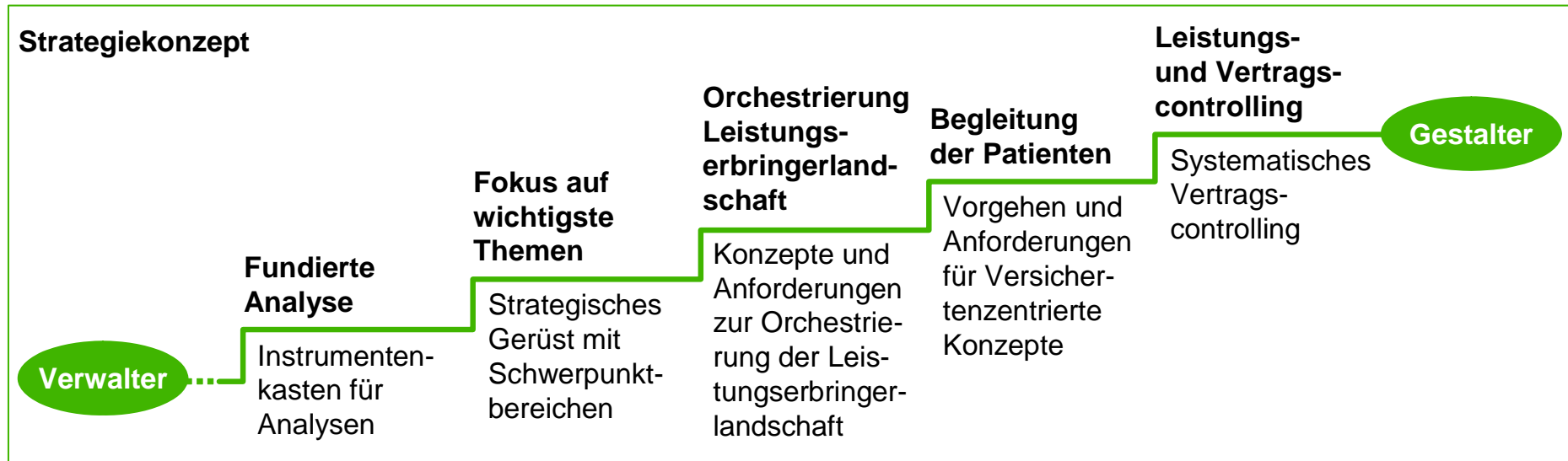
Übergeordnete Prämissen





Strategische Vertragsgestaltung II

Kernkompetenzen der Vertragsgestaltung





Agenda

Gesundheitsfonds als Einstieg in die Systemveränderung

Interdependenz von Fonds und 1%-Grenze

Gesundheitsfonds weiterentwickeln: M-RSA nachjustieren

Versorgungsmanagement im Fokus der Krankenkassen

Gesundheitspolitik nach der Wahl



Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP



- In Koalitionsvertrag umfasst das Thema Gesundheit/Pflege nur 9 Seiten
- Gesundheit neben Steuersenkungen in den zähen Verhandlungen das Konfliktfeld Nr. 1
- Streit zwischen CDU, CSU und FDP setzt sich fort



Ergebnisse der Koalitionsverhandlungen

Finanzierung der GKV (kurzfristig: 2010)

- Krisenbedingte Einnahmeausfälle werden durch gesamtstaatliche, flankierende Maßnahmen aufgefangen (zusätzlicher Bundeszuschuss in Höhe 3,9 Mrd. €)
- es bleibt zunächst beim Gesundheitsfonds
- es bleibt beim Allgemeinen Beitragssatz von 14,9 %. Alle Mittel fließen in den Fonds, der nach M-RSA verteilt
- es bleibt bei den pauschalen Zusatzbeiträgen, die über individuelle Versichertenkonten einzuziehen sind
- es bleibt bei der 1 % Belastungsgrenze (incl. der 8 Euro-Schwelle)



Ergebnisse der Koalitionsverhandlungen Finanzierung der GKV (ab 2011)

- **Regierungskommission erarbeitet 2010 die langfristige Finanzierungssystematik unter folgenden Bedingungen:**
- „Gerechteres, transparentes Finanzierungssystem“
 - Abkopplung der Finanzierung von den Arbeitskosten wird angestrebt (**Festschreibung des AG-Beitrags**)
 - **Reduzierung des Morbi-RSA** auf ein notwendiges Maß
- mehr Beitragsautonomie mit **regionalen** Differenzierungsmöglichkeiten für die Kassen
- Arbeitnehmerbeiträge aus **einkommensunabhängigem Beitrag** und (automatischen) Sozialausgleich aus dem Steuersystem



Systemveränderungen ante portas

1. einkommensunabhängige Beiträge
2. Festzuschussmodell / Kostenerstattung / Wahlmöglichkeiten
3. Ablösung von Grundlohnbindung (bei Zahnärzten)
4. Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung



Wie geht es mit der GKV weiter?

- Politische Erfahrung lehrt, dass **kein „Idealmodell“** zum Zuge kommt (theoretisches Konzept vs. politische Realität/ Kompromisse). Koalitionsverhandlungen bestätigen dies
- kurzfristige Herausforderung: Finanzierungslücke in der GKV in Höhe von nunmehr 3,6 Mrd. € (7,5 Mrd. € ./ 3,9 Mrd. €) für 2010 schließen, ohne die Wahlkampfversprechen („Mehr Netto vom Brutto“) zu brechen
- Was passiert 2011?
 - Rückzahlung des Darlehens aus 2009 ungeklärt
 - Politische Entscheidung: Anpassung Beitragssatz Ende 2010 (?)



Aktuelle Belastungen der GKV auf alle Beteiligten verteilen





Koalitionskakophonie zum Systemwechsel

Kauder: „Es wird auf jeden Fall zu einer Prämie kommen, aber nicht zu einer sogenannten Kopfpauschale.“
Quelle: dpa-Meldung, 26.10.2009

Rösler: "Ich habe ein klares Ziel: ein neues Gesundheitssystem auf den Weg zu bringen, das für 80 Millionen Menschen gut funktioniert."
Quelle: Spiegel online, 01.11.2009

Rösler: „Wir brauchen mehr Wettbewerb im System. Die Krankenkasse müssen wieder untereinander im Wettbewerb stehen, sie müssen unterschiedliche Beiträge verlangen dürfen und unterschiedliche Leistungen anbieten können. Derzeit gibt es doch überall die gleiche Leistung zum gleichen Preis, ohne dass irgendein Patient durchschaut, was eigentlich mit seinem Geld geschieht, und wer was wie abrechnet.“

Bild am Sonntag, 01.11.2009

Seehofer: „Es wird in Deutschland keinen radikalen Systemwechsel geben. Ich bin mir sicher, dass auch ein FDP-Gesundheitsminister rasch zu dieser Erkenntnis gelangt.“
Quelle: Welt am Sonntag, 01.11.2009



Gesundheitspolitik bleibt Konfliktfeld in der Koalition

- keine Einigung über zukünftige Finanzierung (langfristig)
- Gesundheitsfonds hat Bestand
- Weiterentwicklung erfordert politische Entscheidung 2010
- Positiv: Erhöhter Zuschuss für „krisenbedingte Einnahmeausfälle“

Systemwechsel:

- Ausstieg aus solidarisch finanzierter Krankenversicherung
- Überforderung Steuersystem mit Sozialausgleich
- „Selektivsystem“ ante portas: Privatisierung des Krankheitsrisikos



Bewertung des Koalitionsvertrags Pflege Ergänzende Kapitaldeckung

- Bereits Große Koalition hatte ergänzende Kapitaldeckung in der Pflege auf der Agenda
- Mangels Konsens wurde dieses Konfliktfeld jedoch fallengelassen
- Konzeptionelle Vorstöße zur ergänzenden Kapitaldeckung liegen aus dem bayerischen Sozialministerium vor (2005/2007)
- Ansatz: Finanzierung der Dynamisierung über Ergänzungsversicherung



Bewertung des Koalitionsvertrags

Ergänzende Kapitaldeckung: Bayern-Modell (2007)

1. Säule

- SPV im Umlageverfahren
- Festschreibung des Beitrags-satzes (1,95 % bzw. 2,25 % für Kinderlose)

2. Säule

- Ergänzung durch Kapitaldeckung
- indiv. Alterungs-rückstellungen
- Anlage bei Gemeinschafts-unternehmen der PKV
- Pflicht zur Ergänzungs-versicherung für alle Erwachsenen unter 60 Jahren
- Keine Risikoprüfung



Bewertung des Koalitionsvertrags

Ergänzende Kapitaldeckung: Bayern-Modell (2007)

2. Säule

- Ergänzung durch Kapitaldeckung
- indiv. Alterungsrückstellungen
- Anlage bei Gemeinschaftsunternehmen der PKV
- Pflicht zur Ergänzungsversicherung für alle Erwachsenen unter 60 Jahren
- Keine Risikoprüfung

Finanzierung

- Monatlicher Pauschalbeitrag von jedem Erwachsenen (2007: 6 €)
- jährlicher Anstieg der Pauschale (2007: 1 €)
- Kein Sozialausgleich aus Steuermitteln
- Nach 30 Jahren sollen die Leistungen je zur Hälfte aus Umlage- und Ergänzungssystem finanziert werden

Leistungen

- Jährliche Dynamisierung der Leistungsbeträge um 1,5 % > Realisierung nur alle 5 Jahre
- Dynamisierung erfolgt nur noch über 2. Säule
- Für ältere Personen (über 60 Jahre) ohne Ergänzungsversicherung erhöht sich bei Dynamisierung der Beitrag



Bewertung des Koalitionsvertrags

Ergänzende Kapitaldeckung: Bayern-Modell (2007)

- Bayerisches Modell stellt „Einstieg in den Ausstieg“ aus der sozialen Pflegeversicherung dar
- mittel- bis langfristig vollständige Privatisierung der Pflegeversicherung, da Leistungsdynamisierung über anwachsende Kapitalsäule finanziert wird
- Aufbau einer kapitalgedeckten Säule erfordert Konsumverzicht – gerade in der Wirtschaftskrise ist dies ökonomisch unerwünscht
- Doppelbelastung der derzeit erwerbstätigen Bevölkerung: Finanzierung des aktuellen Pflegerisikos und Aufbau einer zusätzlichen Kapitalreserve



Bewertung des Koalitionsvertrags

Ergänzende Kapitaldeckung: Bayern-Modell (2007)

- Mehr Schnittstellen und Bürokratie durch die Einbindung der PKV; organisatorische und rechtliche Brüche (Gerichtbarkeit, Aufsicht)
- Kapitalmarktrisiko: aktuelle Finanzmarktkrise zeigt die Schwächen von kapitalgedeckten Systemen
- Soziale Pflegeversicherung hat Erfahrung mit Organisation, Bildung und Einsatz von Reserven

BARMER: Aufbau einer „Generationenreserve“ innerhalb der sozialen Pflegeversicherung



Bewertung des Koalitionsvertrags Pflegebedürftigkeitsbegriff

- Gutachten des Beirats zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs liegt dem BMG vor
- Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist überfällig und wird von der BARMER nachhaltig unterstützt
- Allerdings: Zusätzliche jährliche Ausgaben für die Pflegeversicherung bei vollständiger Umsetzung nach Beiratsvorgaben: **3,6 Mrd. €**

Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfordert stabile Finanzen (politische Entscheidung)



Erstes Fazit: Gefahr der Privatisierung bei der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

- Finanzierung bis 2014/2015 durch letzte Pflegereform gesichert (ohne neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff)
- mittelfristige / langfristige Finanzierungsstruktur unklar
 - Was heißt Kapitaldeckung „verpflichtend, individualisiert und generationengerecht“?
 - Privat oder öffentlich-rechtlich?
- Bayern-Modell als Blaupause stellt Einstieg in den Ausstieg der sozialen Pflegeversicherung dar

Leistung und Finanzierung müssen in einer Hand bleiben!

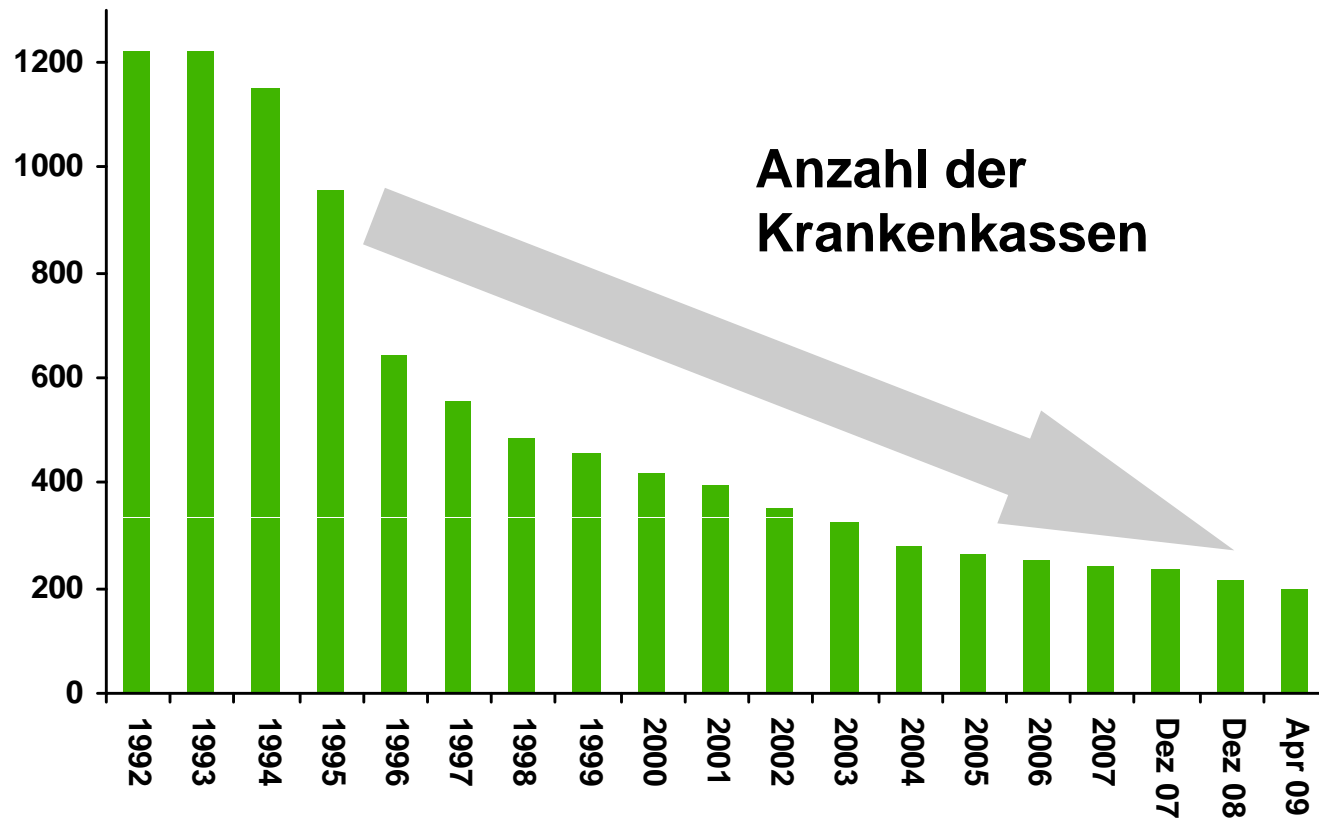


Krankenkassen 2015: Gesundheitsfonds erhöht Wettbewerbsdruck

- **Versorgungsoptimierung im Vordergrund des Kassenhandelns**
- **„härterer Preiskampf“ zwischen den gesetzlichen Krankenkassen führt zu Verdrängungswettbewerb**
- **Marktbereinigung politisch gewollt**



Krankenkassen 2015: Tendenz zu Fusionen setzt sich fort





Politischer Wille: Im Wettbewerb entstehen größere Kassenorganisationen

**Gesundheitsministerin a.D. Ulla Schmidt:
„30 bis 50 Kassen reichen nach meiner Auffassung aus,
damit die Menschen genügend Wechsel-
möglichkeiten haben.“**

Weser-Kurier, 15.08.2009



Politischer Wille: Im Wettbewerb entstehen größere Kassenorganisationen

**Gesundheitsministerin a.D. Ulla Schmidt:
„Es wäre eine Überlegung wert, wenn die
verschiedenen Allgemeinen Ortskrankenkassen sich
zu einer Bundes-AOK zusammenschließen würden.“**

**„Bessere Risikoverteilung und eine größere
Verhandlungsmacht gegenüber den
Krankenhäusern, Pharmaindustrie und Ärzten sind
die positiven Folgen von Zusammenschlüssen“
Passauer Neue Presse, 09.10.2009**



Krankenkassen 2015: Wie viele Kassen bleiben übrig?



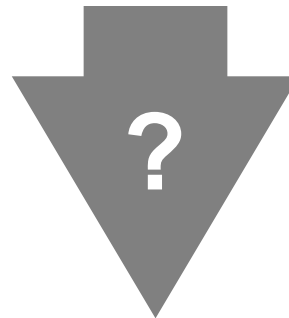
heute: 180 Krankenkassen



noch 50 Fusionen



2015: < 80 Krankenkassen





Ziel 2015

- **Kassen als „Gestalter“ zur Optimierung der Versorgung (mehr selektive Vertragsmöglichkeiten)**
- **Ergebnisqualität für Versicherte transparent machen (Qualitätstransparenz)**
- **Nachhaltige solidarische Finanzierung für umfassenden Leistungskatalog (inkl. Innovationen, medizinischen Fortschritt)**



Kassenranking nach Versicherten (Stand: 01.07.2009)

Krankenkasse	Versicherte	Krankenkasse	Versicherte
1. BARMER+GEK	8.481.045	11. Bundesknappschaft	1.686.247
2. Techniker Krankenkasse	7.239.433	12. AOK Hessen	1.491.515
3. DAK	5.990.044	13. Signal Iduna BKK	1.070.856
4. AOK Bayern	4.170.524	14. Deutsche BKK	1.002.408
5. AOK Baden-Württemberg	3.706.204	15. BKK Mobil Oil	996.567
6. AOK Rheinland/Hamburg	2.831.066	16. AOK Rheinland-Pfalz	991.313
7. AOK Plus	2.730.023	17. Taunus BKK	807.219
8. AOK Niedersachsen	2.144.311	18. IKK BW/Hessen	758.299
9. AOK Westfalen-Lippe	2.070.246	19. IKK Sachsen	739.518
10. KKH-Allianz	2.031.954	20. BKK SBK	736.768



Zum Vergleich: Die BARMER+GEK im Ranking der Top 30 umsatzstärksten Unternehmen Deutschlands

Unternehmen	Umsatz in Mrd. €	Unternehmen	Umsatz in Mrd. €
1. Volkswagen	108,9	16. Edeka	37,8
2. Daimler AG	99,4	17. Bayer AG	32,3
3. Siemens	72,5	18. Deutsche Bahn	31,3
4. E.ON	68,7	19. Deutsche BP AG	29,9
5. Metro AG	64,3	20. Franz Haniel GmbH	29,1
6. Deutsche Post	63,5	21. Shell Deutschland	24,6
7. Deutsche Telekom	62,5	22. Tengelmann	24,5
8. BASF	57,9	23. Lufthansa	22,4
9. BMW	56,0	24. BARMER+GEK	22,1
10. ThyssenKrupp	51,7	25. TUI	21,8
11. Schwarz-Gruppe	49,6	26. Phoenix Pharma	21,6
12. Robert Bosch GmbH	46,3	27. Bertelsmann	18,7
13. REWE Group	45,0	28. Continental AG	16,6
14. Aldi	42,0	29. Hochtief	16,4
15. RWE	41,0	30. Opel	15,6



Ein neues Unternehmen entsteht

- rechtlicher Sitz der BARMER GEK ist Berlin
 - Signal an die Politik
 - „nahdran“ an den Entscheidungsträgern

- operative Hauptsitze der BARMER GEK
 - Wuppertal
 - Schwäbisch Gmünd
 - Zusage an Beschäftigte
 - Funktionale Aufgabenaufteilung



Die Vereinigungswelle im GKV-Markt gewinnt an Dynamik

Vereinigungswelle im GKV-Markt

- Von rund 250 Kassen im Jahr 2006 gibt es aktuell noch **186** Kassen
- Zum 01.01.2008/ 2009 sind jeweils ca. 30 Kassen zusammengegangen
- Die Größe der beteiligten Partner nimmt sukzessive zu – TK und IKK-Direkt, KKH und BKK Allianz, DAK und HMK, AOK & AOK
- **Die Vereinigungswelle rollt in 2010 wahrscheinlich noch verstärkt weiter**
- **Aus den bisherigen kleinen Vereinigungen werden zunehmend große Vereinigungen; diese bringen zugleich andere Kassen in Zugzwang**
- **Schnelligkeit ist geboten, um sich attraktive Partner zu sichern**



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!