

GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2016

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Harald Zerbe

Drohende Krankenkassenschließungen – wie und wann können sie verhindert werden?

AUSZUG aus:

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2016 (Seite 74–93)

Harald Zerbe

DROHENDE KRANKENKASSENSCHLIESSUNGEN – WIE UND WANN KÖNNEN SIE VERHINDERT WERDEN?

Im Jahr 2011 mussten in der GKV zwei Krankenkassen in Folge nicht mehr sichergestellter dauerhafter Leistungsfähigkeit von der zuständigen Aufsichtsbehörde geschlossen werden. Seitdem haben sich die Rahmenbedingungen zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), aber auch die Finanzlage in der GKV selbst weiter verändert. Die aktuell vorliegenden Ergebnisse des Geschäftsjahres 2015 weisen auf ein steigendes Risiko für die Gefährdung der dauerhaften Leistungsfähigkeit einzelner Krankenkassen hin, sodass sich die Frage stellt, ob die GKV auf die bevorstehenden Herausforderungen auch in ausreichendem Maße vorbereitet ist. Die praktischen Erfolgsaussichten für die Vermeidung einer drohenden Schließung oder Insolvenz hängen dabei von den verfügbaren Instrumenten, der Art und Weise sowie der Intensität der Zusammenarbeit der an der Haftungsprävention beteiligten Organisationen und Institutionen und in ganz besonderem Maße vom richtigen Zeitpunkt für haftungspräventive Aktivitäten und Maßnahmen ab.

Zwei Krankenkassenschließungen im Jahr 2011

Die allgemeine Finanzlage in der GKV ist ein wesentlicher Gradmesser für die Intensität des Vorliegens von Einzelrisiken für eine drohende Krankenkassenschließung oder Krankenkasseninsolvenz. Im Jahr 2010 wurde die GKV durch eine Unterdeckung des Gesundheitsfonds in Höhe von etwa 1,4 Milliarden Euro in einer Weise belastet, dass etwa 60 Krankenkassen das Jahresrechnungsergebnis 2010 mit einem Defizit abgeschlossen hatten. In Folge dessen lagen für mehr als 20 Krankenkassen vermehrt Anhaltspunkte für eine Gefährdung der dauerhaften Leistungsfähigkeit vor. Neben einer Reihe positiver Beispiele, bei denen eine drohende Schließung oder Insolvenz rechtzeitig abgewendet werden konnte, blieben in zwei Fällen die Anstrengungen aller Beteiligten erfolglos.

Mit den Bescheiden vom 4. Mai 2011 und vom 2. November 2011 hatte das Bundesversicherungsamt (BVA) angeordnet, die CITY BKK mit Sitz in Stuttgart mit Ablauf des 30. Juni 2011 und die BKK für Heilberufe mit Sitz in Düsseldorf zum 31. Dezember 2011

zu schließen. Für beide Krankenkassen musste als Schließungsgrund die nicht länger sichergestellte dauerhafte Leistungsfähigkeit festgestellt werden (BVA-Schließungsbescheide vom 4. Mai 2011 und vom 2. November 2011).

Maßgeblich gestützt wurde diese Entscheidung von dem zu beteiligenden GKV-Spitzenverband sowie den Verbänden der betroffenen Krankenkassenart. Diese hatten in ihren Stellungnahmen nach § 172 Absatz 1 SGB V mit einer ausführlichen Einschätzung ebenfalls festgestellt, dass die dauerhafte Leistungsfähigkeit nicht mehr gewährleistet ist, die Voraussetzungen für eine Schließung gemäß § 153 Satz 1 Nummer 3 SGB V vorlagen und hierfür auch keinerlei Alternativen mehr bestanden.

Vorausgegangen waren bei beiden Krankenkassen in der Zeit vor 2009 bereits mehrere freiwillige Vereinigungen, mit denen es nicht gelungen war, die finanziellen Schwierigkeiten zu beseitigen. Sämtliche krankenkassenindividuellen Sanierungsbemühungen blieben erfolglos, sodass bereits zur gesetzlich vorgeschriebenen Entschuldung zum 31. Dezember 2008 nicht unerhebliche finanzielle Hilfen aus dem Kassenartensystem bereitgestellt worden sind. Neben den gewährten Finanzhilfen erhob aber beispielsweise die CITY BKK unmittelbar vor Einführung des Gesundheitsfonds am 1. Januar 2009 auch den höchsten allgemeinen Beitragssatz aller gesetzlichen Krankenkassen. Auch die BKK für Heilberufe rangierte in dieser Statistik am oberen Ende. Die defizitäre Entwicklung beider Krankenkassen setzte sich jedoch auch nach Einführung des Gesundheitsfonds und Wirksamwerden des GKV-OrgWG fort.

Allein die vom Gesetzgeber getroffenen vielschichtigen Maßnahmen und deren Umsetzung reichten aber nicht aus, um erfolgreich die drohenden Krankenkassenschließungen zu verhindern. Für beide Krankenkassen wurden krankenkassenindividuelle Sanierungsanstrengungen unternommen, unter anderem mit der Erhebung neu eingeführter Zusatzbeiträge, um die für die Schieflage der Krankenkassen ursächlichen strukturellen Defizite einnahmeseitig auszugleichen. Es wurden Vereinigungsoptionen geprüft, mit denen perspektivisch tragfähige Lösungen geschaffen werden sollten und dies auch unter Ausschöpfung der neuen Möglichkeiten für Krankenkassen derselben Kassenart über die freiwillige vertragliche Gewährung von Hilfeleistungen.

Letztendlich waren die Schließungen beider Krankenkassen unausweichlich, von denen insgesamt 265.000 Versicherte und rund 650 Beschäftigte betroffen waren.

Da das Vermögen der geschlossenen Krankenkassen nicht ausgereicht hat, um die Gläubiger zu befriedigen, haften hierfür die übrigen Krankenkassen derselben Kassenart (Haftungsverbund) und haben folglich die bestehenden Verpflichtungen zu erfüllen. Anders als beim Insolvenzrecht besteht im Schließungsfall eine vollumfängliche Haftung, was in Bezug auf Ansprüche der Versicherten und Leistungserbringer schon verfassungsrechtlich geboten ist. Jede Maßnahme zur Vermeidung einer Krankenkassenschließung kann folglich aus dem Blickwinkel der übrigen Krankenkassen derselben Kassenart auch als Haftungsprävention bezeichnet werden.

Frühwarnsystem(e) für den Erhalt der dauerhaften Leistungsfähigkeit

Das ausschlaggebende Beurteilungskriterium für eine mögliche Krankenkassenschließung durch die Aufsichtsbehörde ist die dauerhafte (Nicht-)Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse. Abweichend vom Insolvenzrecht gibt es hierfür jedoch keine gesetzliche Definition.

Die einschlägige Rechtsprechung definiert Leistungsfähigkeit als die Fähigkeit einer Krankenkasse, mit anderen Krankenkassen vergleichbare Regel- und Mehrleistungen zu gewähren. Da Leistungen weit über 90 Prozent gesetzlich geregelt und vorgegeben sind, kommt es zur Einschätzung der Leistungsfähigkeit entscheidend auf die finanzielle Situation einer Krankenkasse an.

Überschuldung und/oder eine dauerhafte Unterschreitung des Rücklagesolls (§ 261 Absatz 1 SGB V) stellen hier maßgebliche Indizien dar. Wenn es einer Krankenkasse in einem überschaubaren kurzfristigen Zeitraum nicht gelingt, ihre Leistungsfähigkeit wiederherzustellen beziehungsweise hierfür keine ausreichende Wahrscheinlichkeit besteht, ist die dauerhafte Leistungsfähigkeit nicht mehr als gegeben anzusehen.

Die Krankenkassen haben ihre Ausgaben durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu bestreiten, können Schwankungen mit der Rücklage ausgleichen und haben die Möglichkeit, einen Zusatzbeitragssatz zu erheben, sofern die Zuweisungen nicht zur Deckung der Ausgaben (und Auffüllung der Rücklage) ausreichen. Kann die Krankenkasse ihre Ausgaben nicht aus Zuweisungen und Einnahmen aus einem entsprechend notwendigen Zusatzbeitragssatz bestreiten (der gesetzlich ausdrücklich zur Herstellung der Leistungsfähigkeit dient), muss die Leistungsfähigkeit als bedroht eingestuft werden (BVA-Schließungsbescheide vom 4. Mai 2011 und vom 2. November 2011).

Beim Risikomanagement in der GKV kommt es folglich darauf an, die dauerhafte Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse beurteilen und bewerten zu können. Hierzu bedarf es eines Frühwarnsystems, mit dem sichergestellt werden muss, dass nicht nur potenzielle Risiken rechtzeitig erkannt werden können, sondern eine Umsetzung von haftungspräventiven Maßnahmen durch die Krankenkasse, den Haftungsverbund, den GKV-Spitzenverband und die Aufsichtsbehörde auch noch praktisch rechtzeitig möglich ist.

Mit einem zweistufigen Frühwarnsystem realisiert der GKV-Spitzenverband seine gesetzlichen Aufgaben, um eine Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen zu vermeiden. In der Frühwarnstufe 1 kommt dabei das vom GKV-Spitzenverband entwickelte Scoring-Modell zum Einsatz. Es ermöglicht zunächst standardisiert auf Basis vergangenheitsbezogener Daten die Feststellung der Intensität des Vorliegens von Anhaltspunkten für eine Gefährdung der dauerhaften Leistungsfähigkeit und somit eine Vorauswahl der Krankenkassen, bei denen vermehrt Anhaltspunkte für eine potenzielle Gefährdung vorliegen.

Der im Scoring-Modell des GKV-Spitzenverbandes ermittelte kassenindividuelle Gefährdungsindex wird dabei über acht unterschiedlich gewichtete Parameter errechnet (Tabelle 1). Dabei werden Finanzkennzahlen an der jeweiligen Monatsausgabe beziehungsweise anteiligen Monatsausgabe normiert, um eine einheitliche Bewertung der Krankenkassen vornehmen und gleichzeitig einen direkten Bezug zu den tatsächlichen finanziellen Belastungen aus dem aktuellen Berichtszeitraum herstellen zu können.




Tabelle 1: Gewichtete Parameter im Scoring-Modell des krankenkassenindividuellen Gefährdungsindex (GKV-Spitzenverband)

	Parameter	Gewichtung
1	Vermögen	6
2	Rücklage	2
3	Vermögensrisiko	3
4	Liquidität	1
5	Deckungsbeitrag	4
6	Rechnungsergebnis	2
7	Versicherte	1
8	Versichertenentwicklung	1

Quelle: eigene Darstellung

Jeder Parameter wird entsprechend der krankenkassenindividuellen Ausprägung bewertet, sodass sich aus der Bewertungszahl (von 0 bis 5) und der entsprechenden Gewichtung der Gefährdungsindex errechnen lässt. Tabelle 2 zeigt die Clusterung der Ergebnisse (Gefährdungsindex) aus dem Scoring-Modell des GKV-Spitzenverbandes.

Tabelle 2: Clusterung der Ergebnisse aus dem Scoring-Modell

Gefährdungsindex (GI)	Anhaltspunkte für eine Gefährdung der dauerhaften Leistungsfähigkeit	Clustergruppe
GI > 3,75	keine ...	 grün
2,50 < GI ≤ 3,75	kaum ...	 gelb
1,25 < GI ≤ 2,50	vereinzelt ...	 orange
GI ≤ 1,25	vermehrt ...	rot

Quelle: eigene Darstellung

Nach der Vorselektion der auffälligen Krankenkassen erfolgt eine ausführliche Bewertung der Finanzsituation durch die Interpretation der Gefährdungsindex-Parameter und der Analyse zusätzlich ausgewählter Kennzahlen. Diese Bewertung ist gleichzeitig auch die Entscheidungsgrundlage für das weitere Vorgehen des GKV-Spitzenverbandes.

Erforderlich ist darüber hinaus ein erster individueller Krankenkassenkontakt durch den GKV-Spitzenverband, in dem sämtliche offene Fragen zur Finanzsituation erörtert werden und ein ausführlicher Austausch über die aktuellen Aktivitäten der betreffenden Krankenkasse im Bereich der eigenen Sanierung, der Kooperation und freiwilligen Vereinigung mit anderen Krankenkassen und der Unterstützung durch den Haftungsverbund stattfindet.

Sofern weiterhin von einer potenziellen Gefährdung der dauerhaften Leistungsfähigkeit ausgegangen werden muss, schließt sich die Frühwarnstufe 2 an. Sie ist im Wesentlichen geprägt von einer krankenkassenindividuellen Betreuung auf der Basis zusätzlich angeforderter Daten und Informationen, die in einer ausführlichen prognostischen Bewertung der Finanzlage und somit in der Beurteilung der dauerhaften Leistungsfähigkeit der Krankenkasse mündet.

Neben einem Check-up zu den von der Krankenkasse eingesetzten Controlling-Instrumenten werden die Finanzergebnisse, Haushaltspläne und Jahresprognosen plausibilisiert, eine Einschätzung zu den vorhandenen Erfolgspotenzialen abgegeben und über mögliche und erforderliche Maßnahmen beraten. Dieser Prozess zieht sich in der Regel über einen längeren Zeitraum hin und führt zu einer sehr engen Zusammenarbeit mit vereinbarten Berichtspflichten und regelmäßigen Beratungsterminen.

Damit eine drohende Schließung oder Insolvenz verhindert werden kann, stehen den Krankenkassen und den Institutionen der jeweiligen Krankenkassenart sowie dem GKV-Spitzenverband grundsätzlich die nachfolgenden Optionen zur Verfügung:

- erfolgreiche Umsetzung eines Kassensanierungskonzeptes,
- Kooperation mit anderen Krankenkassen gegebenenfalls inklusive der Inanspruchnahme finanzieller Hilfen zum Erhalt der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit (§ 265 b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V),
- freiwillige Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse, gegebenenfalls mit Inanspruchnahme finanzieller Hilfen, um diese zu ermöglichen beziehungsweise zu erleichtern (§ 265 b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V, § 265 a SGB V).

Bisherige Erfahrungen des GKV-Spitzenverbandes bei der Haftungsprävention

Finanzlage in der GKV

Seit den Schließungen der CITY BKK und der BKK für Heilberufe sind inzwischen vier Jahre vergangen, und die GKV hat in den Jahren 2011 bis 2013 mit Fondsüberdeckungen von insgesamt mehr als elf Milliarden Euro eine deutliche Entlastung erfahren. Im Jahr 2014 war der Gesundheitsfonds erstmals wieder unterdeckt, sodass die krankenkassenindividuelle Deckung berücksichtigungsfähiger Ausgaben durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sich nahezu 1:1 im Finanzergebnis der einzelnen Krankenkassen widerspiegelt hat.

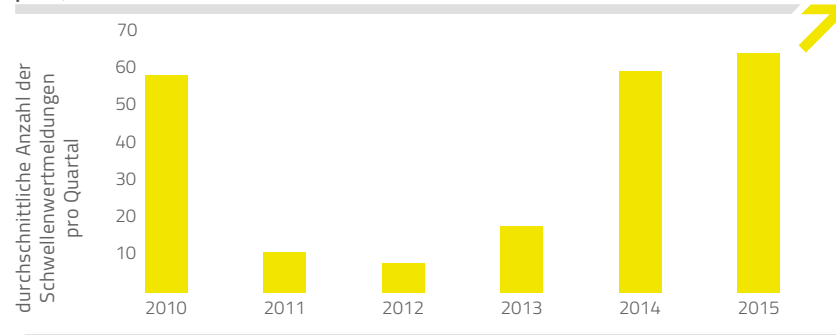
Ungeachtet der Haftungskaskade in der GKV und der damit verbundenen unterschiedlichen Verantwortung der Beteiligten für die Haftungsprävention lassen sich aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine Reihe praktischer Erfahrungen haftungspräventiver Aktivitäten im Zeitverlauf darstellen.

Auf Basis der amtlichen Statistiken in der GKV führt der GKV-Spitzenverband Standardanalysen zur Finanzlage aller gesetzlichen Krankenkassen durch. Diese umfassen unter anderem die Ertrags- und Vermögenslage, die Liquidität, aber auch die Struktur der Krankenkassen. Stellt der GKV-Spitzenverband hierbei fest, dass in der letzten Vierteljahresrechnung einer Krankenkasse die Ausgaben die Einnahmen um einen Betrag überstiegen haben, der größer ist als 0,5 Prozent der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen für den zu beurteilenden Berichtszeitraum, so hat er hierüber gemäß § 172 Absatz 2 Satz 2 SGB V die zuständige Aufsichtsbehörde zu unterrichten (Schwellenwertmeldung).

Die Abbildung 1 zeigt die durchschnittliche Anzahl der Schwellenwertmeldungen pro Quartal an die Aufsichtsbehörden in der zeitlichen Entwicklung von 2010 bis 2015. Der Kurvenverlauf kann zur Einschätzung der Finanzsituation in der GKV herangezogen werden und zeigt beispielsweise deutlich die finanzielle Entlastung durch die Gesundheitsfondsüberdeckung in den Jahren 2011 bis 2013. Im Jahr 2010 und ab 2014 hatten

durchschnittlich pro Quartal mehr als 60 Krankenkassen Ausgabenüberschüsse, die höher waren als 0,5 Prozent der durchschnittlichen monatlichen Zuweisungen.

Abbildung 1: Durchschnittliche Anzahl der Schwellenwertmeldungen pro Quartal 2010 bis 2015



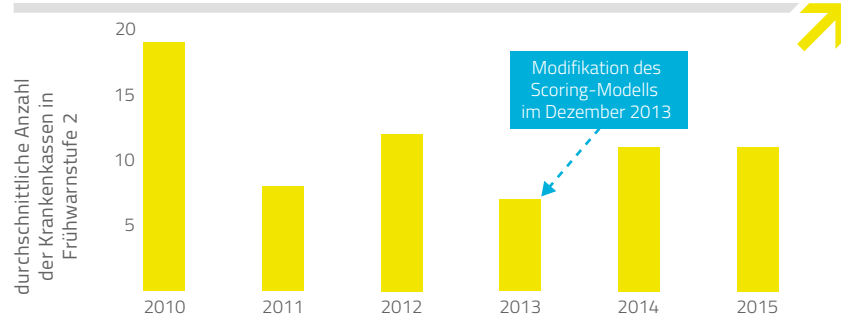
Quelle: KV45, erstes Quartal 2010 bis viertes Quartal 2015

Schlussfolgerungen bezüglich der tatsächlichen Gefährdungslage in der GKV sind auf dieser Basis jedoch nur eingeschränkt möglich, da den Krankenkassen neben der Fähigkeit, mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die berücksichtigungsfähigen Ausgaben decken zu können, auch Einnahmen aus unter- beziehungsweise überdurchschnittlichen Zusatzbeitragssätzen (bis 2014 Prämien und Zusatzbeiträge) zur Verfügung stehen, die das Rechnungsergebnis maßgeblich beeinflussen. Auch gibt das Rechnungsergebnis lediglich Aufschluss darüber, ob dem vorhandenen Vermögen der jeweiligen Krankenkassen Teilbestände entnommen werden müssen oder zugeführt werden können.

Aktivitäten auf Basis des Frühwarnsystems des GKV-Spitzenverbandes

Im Frühwarnsystem des GKV-Spitzenverbandes löst das Erreichen der Frühwarnstufe 2 einer Krankenkasse die oben beschriebenen Aktivitäten zur kassenindividuellen Betreuung aus. Die Abbildung 2 zeigt die Anzahl der durchschnittlich pro Quartal vom GKV-Spitzenverband betreuten Krankenkassen.

Abbildung 2: Durchschnittliche Anzahl der Krankenkassen in Frühwarnstufe 2 2010 bis 2015



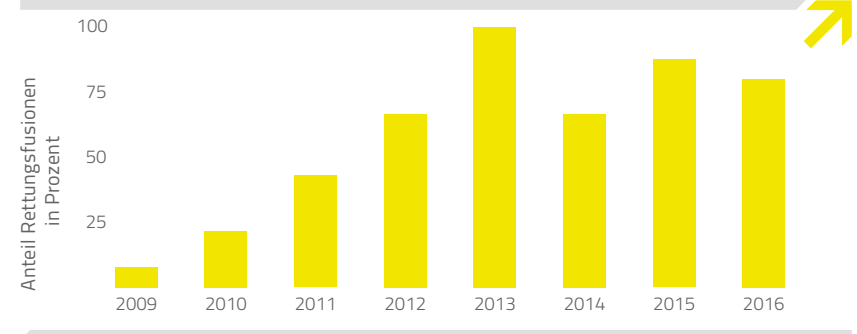
Quelle: KV45, erstes Quartal 2010 bis viertes Quartal 2015

Der Kurvenverlauf zeigt im Jahr 2010 und ab 2014 einen erhöhten Betreuungsaufwand. Der „Ausreißer“ im Jahr 2012 ist der besonderen Sensibilität nach den beiden Krankenkassenschließungen im Jahr 2011 geschuldet. Der GKV-Spitzenverband hatte für seine Aktivitäten neben dem Ergebnis aus dem Scoring-Modell noch zusätzliche Aufgreifkriterien berücksichtigt. Diese sind mit der Modell-Modifikation Ende 2013 entfallen.

Freiwillige Vereinigungen

Eine sehr wirkungsvolle haftungspräventive Maßnahme zur Vermeidung einer drohenden Schließung ist insbesondere für Krankenkassen, die nicht über ausreichende eigene Ressourcen für notwendige Veränderungsprozesse verfügen, die freiwillige Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse. Während in der Vergangenheit aus strategischen Gesichtspunkten häufiger freiwillige Vereinigungen angestrebt worden sind, ist wie in Abbildung 3 dargestellt seit dem Jahr 2009 zu beobachten, dass der Anteil an freiwilligen Vereinigungen mit Beteiligung potenziell gefährdeter Krankenkassen (Rettungsfusion) deutlich zugenommen hat.

Abbildung 3: Anteil Rettungsfusionen 2009 bis 2016



Quelle: Genehmigungsbescheide der Aufsichtsbehörden

Das Erfolgsrezept der freiwilligen Vereinigung als sogenannte Rettungsfusion führt unter anderem dazu, dass trotz angespannter Finanzlage in der GKV die Zahl der potenziell gefährdeten Krankenkassen von 2014 zu 2015 nicht weiter angestiegen ist (Abbildung 2).

Finanzhilfen

Die Möglichkeit für Krankenkassen derselben Kassenart, gemäß § 265 b SGB V Verträge über die Gewährung von Hilfeleistungen zu schließen, ist seit dem Jahr 2009 in der GKV ebenfalls bereits praktiziert worden. In einzelnen Fällen konnten dadurch die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit erhalten, aber auch freiwillige Vereinigungen ermöglicht oder erleichtert werden. Praktische Fälle für die Gewährung von Finanzhilfen nach § 265 a SGB V hat es bislang noch nicht gegeben.

Drohen bald weitere Krankenkassenschließungen?

Um zu einer Einschätzung zur aktuellen Gefährdungslage in der GKV und einem daraus möglicherweise resultierenden Risiko für eine drohende Krankenkassenschließung gelangen zu können, ist zunächst eine Bewertung der Finanzsituation in der GKV vorzunehmen.

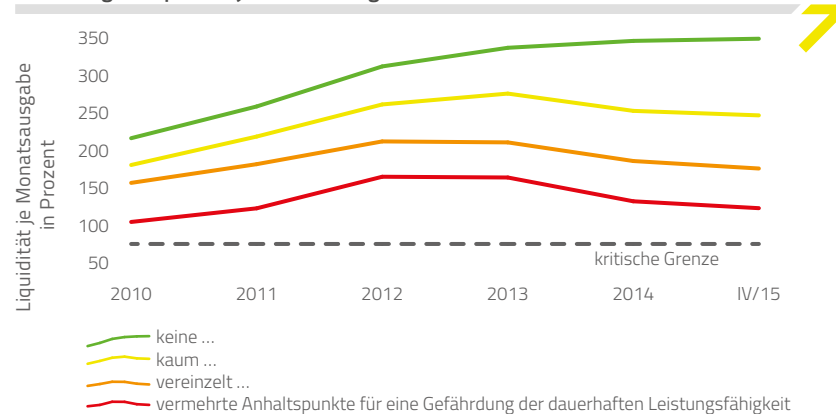
Üblicherweise werden dabei relevante Kennzahlen für die GKV gesamt und für die jeweiligen Krankenkassenarten dargestellt. Für eine bessere Beurteilung der tatsächlichen Gefährdungslage werden in den nachfolgenden Ausführungen die Krankenkassen nach den Clustergruppen des Scoring-Modells des GKV-Spitzenverbandes mit Stand IV. Quartal 2015 gruppiert (Tabelle 2). Dabei ist für eine Interpretation besonders zu beachten, dass

1. sämtliche Werte auf Basis der aktuellen Krankenkassenanzahl (117 ohne LKK) ermittelt wurden (inklusive fusionsbedingte Datenzusammenführung für die Vergangenheit) und
2. die Clustergruppen im Zeitverlauf fix dargestellt sind, um bei der Interpretation nicht auch noch den Wechsel von Krankenkassen zwischen den Clustergruppen im Zeitverlauf berücksichtigen zu müssen.

Gesetzliche Krankenkassen müssen jederzeit in der Lage sein, ihren Zahlungsverpflichtungen fristgerecht nachzukommen. Folglich spielt die Beurteilung der Liquidität eine wichtige Rolle. Da in den amtlichen Statistiken aber lediglich die Ultimostände pro Quartal ausgewiesen werden, ist eine standardisierte Bewertung der Liquidität nur eingeschränkt möglich.

Erfahrungen beim Vergleich der Ultimostände mit den jeweiligen täglichen Liquiditätsverläufen haben aber gezeigt, dass bei etwa 75 Prozent einer Monatsausgabe eine kritische Grenze für das zu erwartende Minimum im Monatsverlauf erreicht ist. Innerhalb der Frühwarnstufe 2 sind von betreffenden Krankenkassen dem GKV-Spitzenverband unter anderem auch die täglichen Liquiditätsstände für eine detaillierte Bewertung vorzulegen.

Abbildung 4: Liquidität je Monatsausgabe 2010 bis 2015

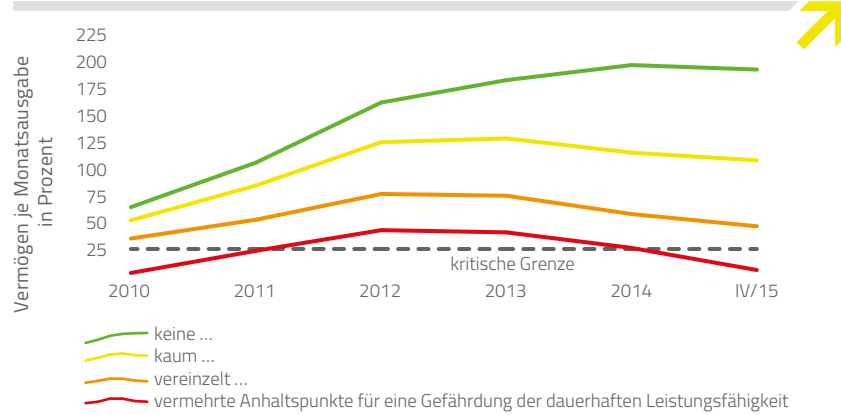


Quelle: KJ1 2010 bis 2014, KV45 IV/15

Der Liquiditätsverlauf in Abbildung 4 zeigt tendenziell für alle vier Clustergruppen bis zum Jahr 2013 einen kontinuierlichen Zuwachs bei den liquiden Mitteln. Diese Entwicklung resultiert vornehmlich aus der Überdeckung des Gesundheitsfonds in den Jahren 2011 bis 2013. Ab dem Jahr 2014 ist die Liquidität mit Ausnahme der „grünen Gruppe“ rückläufig, aber nach wie vor als ausreichend stabil anzusehen. Sollte es zu einem weiteren Rückgang der liquiden Mittel kommen, ist zur Vermeidung von drohender Zahlungsunfähigkeit beispielsweise auch unterjährig eine Zusatzbeitragsatzanpassung möglich.

Eines der herausragenden Bewertungskriterien bei der Beurteilung der dauerhaften Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse ist das Vermögen. Anders als im Insolvenzrecht, bei dem das Nettovermögen zu bewerten ist, kommt es hierbei vor allem auf die Höhe der Rücklagen und der Betriebsmittel an. Abbildung 5 zeigt den Vermögensverlauf von 2010 bis 2015 für die vier Clustergruppen, ebenfalls definiert nach dem Scoring-Modell des GKV-Spitzenverbandes mit Stand IV. Quartal 2015.

Abbildung 5: Vermögen je Monatsausgabe 2010 bis 2015



Quelle: KJ1 2010 bis 2014, KV45 IV/15

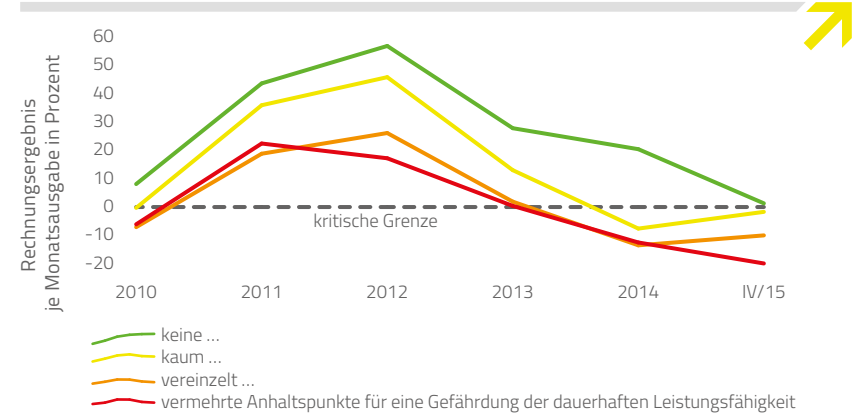
Analog zur Liquiditätsentwicklung ist in den Jahren 2011 bis 2013 auch eine positive Entwicklung beim Vermögen erkennbar. Auch hierfür kann als Hauptgrund die Gesundheitsfondsüberdeckung genannt werden. Besonders zu betrachten sind in dieser Darstellung die Kurvenverläufe der einzelnen Clustergruppen. Während der Vermögensabbau in der „roten Gruppe“ bereits 2013 eingesetzt hat, ist das Vermögen in der „grünen Gruppe“ erstmals ab dem Jahr 2015 rückläufig. Diese Entwicklung könnte dabei sogar aktiv durch die Zusatzbeitragssatzpolitik beeinflusst worden sein, da die Krankenkassen dieser Gruppe im Durchschnitt die gesetzlich definierte Vermögensobergrenze in Höhe von 150 vom Hundert einer Monatsausgabe deutlich überschreiten.

Durchaus besorgniserregend für die rote Clustergruppe ist die Tatsache, dass es trotz des frühen Einsetzens des Negativtrends im Jahr 2013 bisher nicht gelungen ist, mit eigenen Sanierungsanstrengungen und unter Nutzung der mit dem GKV-FQWG seit dem 1. Januar 2015 neu eingeführten krankenkassenindividuellen Zusatzbeitragssätze ein Unterschreiten der Mindestrücklage zu verhindern.

Das Rechnungsergebnis ist die bestimmende Größe, ob dem Vermögen einer Krankenkasse Beträge zugeführt werden können oder entnommen werden müssen. Es ist in

erster Linie davon abhängig, ob es einer Krankenkasse gelingt, mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die berücksichtigungsfähigen Ausgaben zu decken (Deckungsbeitrag). Darüber hinaus besteht seit dem Jahr 2015 die Möglichkeit, strukturelle Defizite mit einem krankenkassenindividuellen Zusatzbeitragssatz auszugleichen.

Abbildung 6: Rechnungsergebnis je Monatsausgabe 2010 bis 2015

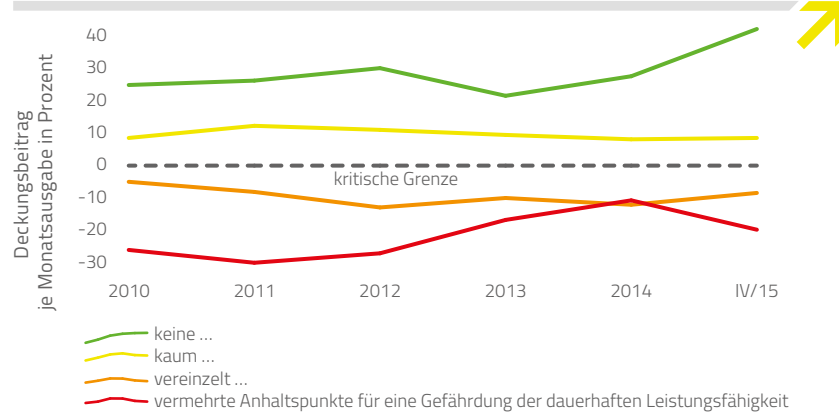


Quelle: KJ1 2010 bis 2014, KV45 IV/15

Wie in Abbildung 6 ersichtlich, haben sich die zusätzlichen Zuweisungen aus der Gesundheitsfondsüberdeckung (mitgliederbezogene Veränderung) sehr positiv auf die Rechnungsergebnisse der Krankenkassen ausgewirkt. Für alle vier Clustergruppen konnten von 2011 bis 2013 Einnahmenüberschüsse generiert werden. Ab dem Jahr 2014 müssen ähnliche Verhältnisse wie 2010 konstatiert werden. Im Bereich der orangefarbenen und gelben Clustergruppe ist zumindest von 2014 zu 2015 ein positiver Trend erkennbar, während sich die Lage der roten Clustergruppe im Jahr 2015 weiter zugespitzt hat. Am stärksten beeinflusst wird das Rechnungsergebnis vom Deckungsbeitrag, der sich aus den Zuweisungen des Gesundheitsfonds und den berücksichtigungsfähigen Ausgaben der Krankenkassen ermitteln lässt. Neben kurzfristig erforderlichen Einsparmaßnahmen, um beispielsweise die uneingeschränkte Zahlungsfähigkeit erhalten zu können, sind sämtliche Managementaktivitäten im Rahmen eines Sanierungsprozesses auf eine stetige Optimierung der Einnahmen und Ausgaben

auszurichten. In Abbildung 7 ist die zeitliche Entwicklung der Deckungsbeiträge für die definierten Clustergruppen dargestellt.

Abbildung 7: Deckungsbeitrag je Monatsausgabe 2010 bis 2015



Quelle: KJ1 2010 bis 2014, KV45 IV/15

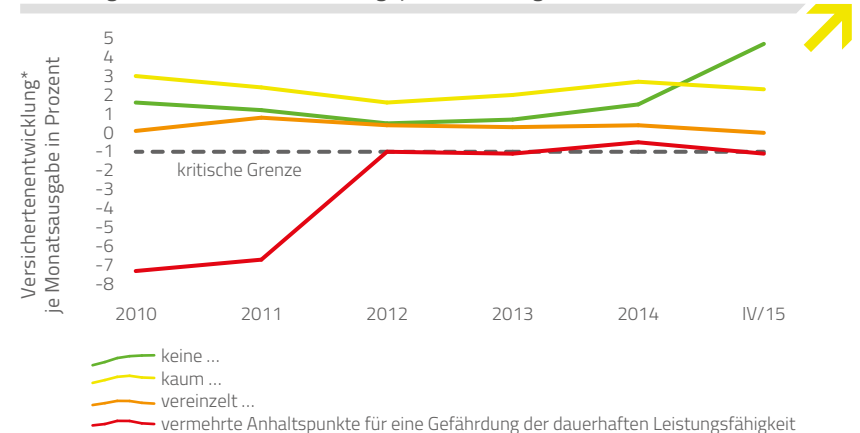
Da die Zuweisungen aus der Gesundheitsfondsüberdeckung (mitgliederbezogene Veränderung) bei der Deckungsbeitragsberechnung nicht berücksichtigt werden, ist der Kurvenverlauf von 2010 bis 2012 relativ stabil. Deutlich erkennbar ist die Annäherung der Deckungsbeiträge in den Clustergruppen durch die Veränderungen im Morbi-RSA-Verfahren im Jahr 2013. Der Gesamteffekt ergibt sich aus den Anpassungen bei der Zuweisungsberechnung für Verstorbene, Auslandsversicherte und Krankengeld. Für das Jahr 2015 geht die Schere zumindest zwischen der roten und grünen Clustergruppe wieder weiter auseinander. Vermutet werden kann hier die Wirkung der stärker einsetzenden Wechselbewegungen der Mitglieder und Versicherten in Folge unterschiedlicher Zusatzbeitragssätze ab dem 1. Januar 2015. Verschiebungen des Deckungsbeitrages wird es zudem noch durch das noch ausstehende Jahresrechnungsergebnis (KJ1) und den Schlussausgleich der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Jahr 2015 geben.

Aufgrund der Feststellung, dass überdurchschnittliche Mitglieder- und Versichertenbewegungen strukturelle Veränderungen nach sich ziehen, die zu mehr oder weniger

Zuweisungen beziehungsweise zu niedrigeren oder höheren Ausgaben führen und damit den Deckungsbeitrag stark beeinflussen, gehört auch die Versichertenentwicklung zu den relevanten Bewertungskriterien im Scoring-Modell des GKV-Spitzenverbandes.

Wie in der Abbildung 8 ersichtlich, hat das System mit Prämien und pauschalen Zusatzbeiträgen zumindest in den Jahren 2010 und 2011 für erhebliche Versichertenverluste bei den Krankenkassen geführt, die einen Zusatzbeitrag erhoben hatten. Die „Prämienwirkung“ fiel bei der Clustergruppenbetrachtung eher moderat aus. Die Rückkehr zu einem krankenkassenindividuellen Beitrag in Form eines Zusatzbeitragssatzes soll zu mehr Wettbewerb führen und zeigt bereits von 2014 zu 2015 eine deutliche Wirkung. Vor allem Krankenkassen mit unterdurchschnittlichem Zusatzbeitragssatz können bereits spürbare Mitglieder- und Versichertenzuwächse verzeichnen.

Abbildung 8: Versichertenentwicklung* je Monatsausgabe 2010 bis 2015



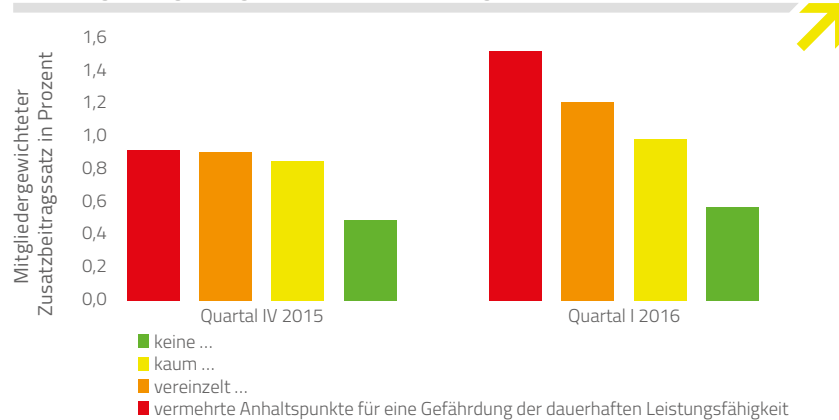
Quelle: KJ1 2010 bis 2014, KV45 IV/15

* prozentuale Veränderung vom Januar zum letzten Monat des Berichtszeitraums

Die bisherigen Erfahrungen seit Einführung der Zusatzbeitragssätze reichen momentan noch nicht aus, um sehr zielgenau von der Planung eines Zusatzbeitragssatzes auf die zu erwartenden Mitglieder- und Versichertenbewegungen schließen zu können. Neben der reinen Preiskomponente kommt es eben auch auf das Leistungsangebot und andere Krankenkassenbindung erzielende Faktoren an.

Abbildung 9 zeigt die mitgliedergewichteten Zusatzbeitragssätze der Clustergruppen für das IV. Quartal 2015 und das I. Quartal 2016. Im Jahr der Einführung des Zusatzbeitragssatzes lagen die rote und die orangefarbene Clustergruppe noch sehr nahe am GKV-Durchschnitt, während sich für die grüne Clustergruppe eine deutliche Senkung ergeben hat. Insgesamt hatten Ende des Jahres 2015 nur elf Krankenkassen einen Zusatzbeitragssatz von mehr als 0,9 Prozent und 65 Krankenkassen unterdurchschnittliche Zusatzbeitragssätze erhoben.

Abbildung 9: Mitgliedergewichteter Zusatzbeitragssatz



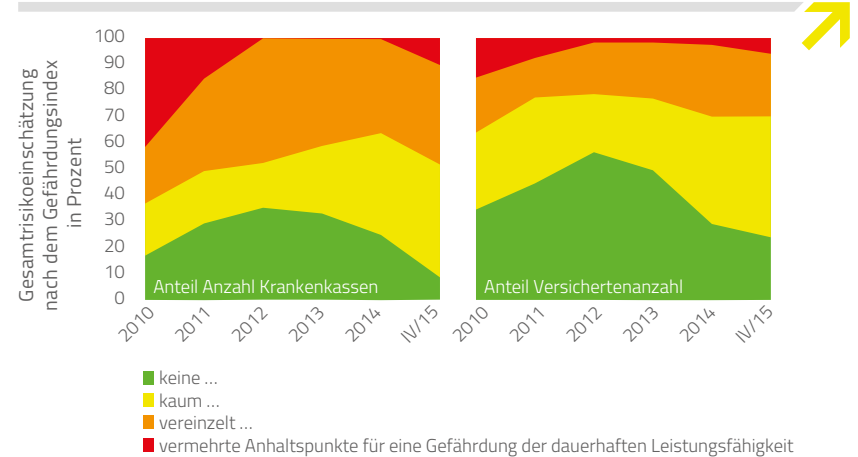
Quelle: KM1

Zum 1. Januar 2016 stieg dann die Zahl der Krankenkassen mit überdurchschnittlichem Zusatzbeitragssatz auf 25 an – gleichzeitig erhöhte sich dadurch der mitgliedergewichtete Zusatzbeitragssatz der roten Clustergruppe von 2015 zu 2016 um 0,6 Beitragssatzpunkte bei einem GKV-durchschnittlichen Anstieg von 0,2. Die Zahl der Krankenkassen mit unterdurchschnittlichen Zusatzbeitragssätzen ist hingegen nahezu konstant geblieben.

Fazit und Bewertung

Um eine Gesamtrisikoeinschätzung vornehmen zu können, lassen sich die Ergebnisse aus dem Scoring-Modell des GKV-Spitzenverbandes in der Zeitreihe von 2010 bis 2015 darstellen. Dies ist sowohl nach dem Prozentanteil der Anzahl an Krankenkassen in der jeweiligen Clustergruppe als auch nach dem Prozentanteil, der sich aus der Versichertenanzahl der Krankenkassen in den Clustergruppen ergibt, möglich.

Abbildungen 10 und 11: Gesamtrisikoeinschätzung nach dem Gefährdungsindex



Quelle: Scoring-Modell

Von 2014 zu 2015 hat sich die Finanzlage in der GKV spürbar verschlechtert, sodass grundsätzlich von einem gestiegenen Risiko für eine drohende Krankenkassenschließung ausgegangen werden muss. Dabei ist die Überproportionalität des Versichertenanteils zum Krankenkassenanteil ein deutliches Indiz dafür, dass vermehrt von größeren Krankenkassen ein potenzielles Risiko ausgeht. Mit Blick auf die Zeitreihe in den Abbildungen 10 und 11 müssen alle Anstrengungen unternommen werden, um diesen negativen Trend rechtzeitig zu stoppen, damit Schließungsrisiken, wie sie in den Jahren 2010 und 2011 bestanden haben, vermieden werden können.

Vielfach im Verborgenen entsteht ein Prozess, der als Unternehmenskrise die Existenz einer Krankenkasse gefährden kann. Die große Herausforderung besteht darin, diese

von verschiedenen Krisenstadien geprägte Entwicklung rechtzeitig zu erkennen, um die Krankenkasse erfolgreich sanieren zu können, da mit fortgeschrittenem Krisenstadium die für eine Sanierung zur Verfügung stehenden Optionen stetig abnehmen. Die Beantwortung der relativ simpel klingenden Fragestellung, ob sich die eigene Krankenkasse in einer Krise befindet, erfordert dabei ein hohes Maß an betriebswirtschaftlicher Kompetenz und Erfahrung bei der Geschäftsprozessoptimierung von Krankenkassen.

Bei der Erarbeitung eines realistischen Sanierungskonzeptes ist die Beteiligung eines externen Sanierungsberaters zu empfehlen, da häufig nur durch einen unbefangenen Blick die Ursachen für eine Krankenkassenschiefelage diagnostiziert werden können und das Krankenkassenmanagement eine wertvolle Unterstützung bei den mitunter „schmerzhaften“ Veränderungsprozessen dadurch erfährt, dass diese mit der erforderlichen Stringenz ohne falsche Rücksicht vorangetrieben werden.

In ganz besonderem Maße ist der Zeitpunkt für den Beginn von Sanierungsaktivitäten ausschlaggebend. Neben dem rechtzeitigen Erkennen von Indizien, die auf ein Krisenstadium hinweisen, ist bei kontinuierlichem Anwachsen struktureller Defizite akuter Handlungsbedarf gegeben. Gleiches gilt für den Fall, dass ein regelmäßiger Vermögensabbau das Unterschreiten der Mindestrücklage im aktuellen Prognosezeitraum erwarten lässt und/oder die Höhe der liquiden Mittel am Monatsende den Wert einer durchschnittlichen Monatsausgabe unterschreiten. Sanierungsaktivitäten müssen spätestens dann gestartet werden, wenn die Frühwarnsysteme der Kassenarten (Haftungsverbund) und/oder des GKV-Spitzenverbandes entsprechende Aktivitäten auslösen. In der Regel sind jedoch zu diesem Zeitpunkt die Handlungsoptionen einer Krankenkasse zur eigenen Sanierung schon auf ein Minimum reduziert, und sie ist bereits auf die Unterstützung durch Dritte angewiesen.

Auch innerhalb des jeweiligen Haftungsverbundes sind alle notwendigen Voraussetzungen rechtzeitig zu schaffen, damit im erforderlichen Fall zügige Entscheidungen zur erfolgreichen Unterstützung in Schiefelage geratener Krankenkassen getroffen werden können. Dies gilt sowohl für die strategische Ausrichtung als auch für konkrete Unterstützungsangebote im operativen Geschäft der Krankenkasse. Jeder Haftungsverbund

sollte über vereinbarte Verfahren und damit verbundene klar definierte Rahmenbedingungen darauf vorbereitet sein, bei der Vorbereitung von freiwilligen Rettungsvereinigungen und bei der Bereitstellung finanzieller Hilfeleistungen ohne zeitliche Verzögerung unterstützen zu können. Hierbei ist nicht nur die Genehmigungsfähigkeit durch die Aufsichtsbehörde zu beachten, auch zu spätes Handeln und fehlende Transparenz erschweren das Zustandekommen derartiger Handlungsoptionen mit der zwingend erforderlichen Beteiligung Dritter.

Wesentlicher Erfolgsfaktor bei der Sanierung ist die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit anderen Krankenkassen, den Organisationen und Verbänden derselben Kassenart, dem GKV-Spitzenverband und der zuständigen Aufsichtsbehörde. Bisherige Erfahrungen haben gezeigt, dass gemeinsam erarbeitete Lösungen durch rechtzeitiges Einbinden aller Beteiligten die größten Erfolgsaussichten aufweisen. Dies gilt insbesondere für den krankenkasseninternen Planungs- und Prognoseprozess, die Organisation und Bereitstellung finanzieller Hilfeleistungen auf Basis freiwilliger Verträge nach § 265 b SGB V sowie die Vorbereitung von Kooperationen und freiwilligen Vereinigungen mit anderen Krankenkassen.

Literatur

- Bundesversicherungsamt (2011): Bescheid über die Schließung der CITY BKK vom 4. Mai 2011.
- Bundesversicherungsamt (2011): Bescheid über die Schließung der BKK für Heilberufe vom 2. November 2011.