

Krankenkassen im Wettbewerb – Bestandsaufnahme und Perspektiven

Akademie der Konrad-Adenauer-Stiftung,
Berlin, 10.6.05

Dr. rer.-oec. Jonas Schreyögg
Fachgebiet Management im Gesundheitswesen
Technische Universität Berlin

Agenda

Entwicklung des Wettbewerbs in der GKV

Gestaltungsoptionen für Krankenkassen

Vergleich der GKV mit anderen Systemen

Zukunft des Wettbewerbs in der GKV

Situation vor Einführung des Wettbewerbs in der GKV

- Hohe Beitragssatzdifferenzen zwischen den Kassen (5%-18%)
- Bestimmte Berufsgruppen haben deutlich höhere Beiträge als andere
- Verlustausgleich einzelner Kassen über den Verband
- Kein Anreiz zu Effizienz für Kassen

Risikostukturausgleich

- Existiert seit 1994, um Anreiz zur Risikoselektion zu vermeiden und durch eine faire Reallokation Wettbewerb zu ermöglichen (erst 1996: Einführung von Kassenwahlfreiheit)
 - Gleicht Unterschiede in Einnahmen und „standardisierten“ Ausgaben zwischen Kassen aus
 - Ausgabenseitige Variablen: Alter in 1-Jahres-Gruppen, Geschlecht, Erwerbsminderungsrente
 - Seit 2002: Disease Management-Programme
 - Nicht ausgeglichen werden:
Regionale Unterschiede (z.B. der Dichte der Leistungsanbieter),
Morbiditätsstruktur
 - Kein Ausgleich tatsächlicher Kosten (wie bei KVdR bis 1995)
- > soll Wettbewerb entfalten

Wie funktioniert der RSA?

- beitragspflichtige Einnahmen aller Kassen / RSA-fähige Gesamtausgaben = Ausgleichsbedarfssatz (ABS)
- „Finanzkraft“ einer einzelnen Kasse: beitragspflichtige Einkommen x ABS (*nicht tatsächlicher Beitragssatz!*)
- Ausgaben werden GKV-weit je Zelle (Alter/ Geschlecht/ Erwerbsunfähigkeit/ DMP-Teilnahme) pro Person berechnet: „standardisierte Leistungsausgaben“
- „Beitragsbedarf“ einer Kasse: Summe ihrer standardisierten Leistungsausgaben
- RSA-Ausgleich für Unterschiede zwischen Finanzkraft und Beitragsbedarf

Entwicklung RSA-Volumen

	Alte Bundesländer			Neue Bundesländer			Deutschland		
	RSA / Ausgaben ^a (Mrd. €)		RSA in % der Ausgaben	RSA / Ausgaben ^a (Mrd. €)		RSA in % der Ausgaben	RSA / Ausgaben ^a (Mrd. €)		RSA in % der Ausgaben
1995	6,90/	97,29	7,1	2,36/	19,70	12,0	9,23/	116,99	7,9
1996	7,27/	100,41	7,2	2,51/	20,47	12,3	9,78/	120,88	8,1
1997	7,71/	98,23	7,8	2,63/	20,05	13,1	10,34/	118,29	8,7
1998	8,22/	99,74	8,2	2,80/	19,97	14,0	11,01/	119,71	9,2
1999	8,30/	102,68	8,1	3,29/	20,52	16,0	11,60/	123,21	9,4
2000	8,30/	105,05	7,9	3,73/	20,89	17,8	12,03/	125,94	9,6
2001	9,09/	108,89	8,3	4,43/	21,75	20,4	13,52/	130,63	10,3
2002	9,28/	111,79	8,3	4,66/	22,54	20,7	13,94/	134,33	10,4
2003	9,87/	113,14	8,7	4,93/	23,08	21,4	14,79/	136,22	10,9

Standardisierte Leistungsausgaben (€/ Tag) im RSA für 2003 ohne und mit DMPs (West)

	Men <i>without</i> early retirement due to disability (no DMP/ DMP diabetes)	Women <i>without</i> early retirement due to disability (no DMP/ DMP diabetes/ DMP breast cancer)	Men with early retirement due to disability (no DMP/ DMP diabetes)	Women with early retirement due to disability (no DMP/ DMP diabetes/ DMP breast cancer)
0 y.	8.43/ 0.00	7.36/ 0.00/ 0.00		
5 y.	2.25/ 1.45	1.79/ 1.21/ 0.00		
20 y.	1.83/ 5.92	2.65/ 5.06/ 4.63		
35 y.	2.45/ 4.99	3.93/ 7.04/ 20.24	27.82/ 22.96 *	29.71/ 33.79/ 6.11 *
50 y.	4.06/ 7.36	4.43/ 7.46/ 18.85	24.71/ 23.32	24.89/ 24.40/ 31.23
65 y.	8.68/ 11.95	7.31/ 10.02/ 21.24	24.83/ 15.59	19.26/ 21.21/ 22.48
75 y.	11.69/ 12.98	10.11/ 11.51/ 12.97	<p>Ältere DMP-Teilnehmer sind nicht überdurchschnittlich teuer.</p>	
85 y.	14.72/ 13.35	13.75/ 12.88/ 15.99		
90+ y.	14.72/ 13.71	13.43/ 12.96/ 12.18		

NB: Years = calendar year minus year of birth; * persons with early retirement due to disability below 35 years are included; all € figures are rounded - actual figures have 10 decimal digits.

Risikopool

- Seit 2002 Ausgleich für Versicherte, die über € 20.450 Leistungsausgaben im Ausgleichsjahr verursachen
- 60% bestimmter Leistungsbereiche werden über einen Risikopool ausgeglichen, 40% ist eigenes Risiko der Krankenkassen (aber auch noch Ausgleich über RSA)
- Ausgeglichenene Leistungsbereiche:
Krankenhausbehandlung, Arznei- und Verbandmittel, Krankengeld und nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse

Auswirkung des Risikopools (2003)

BUND	Bescheidpositionen	Nettowirkungen	BS-Wirkung
AOK	565.188.749,16	36.733.739,32	-0,01
BKK	-445.149.086,34	-74.630.650,82	0,03
BKN	47.837.421,70	-17.699.596,79	0,09
EAN	-129.914.024,79	78.962.533,55	-0,02
EAR	-21.084.082,36	-774.642,44	0,00
IKK	-16.455.799,98	-21.313.535,76	0,04
SEE	-423.177,39	-1.277.846,66	0,11

Jahresausgleich 2003 (GKV Bund)

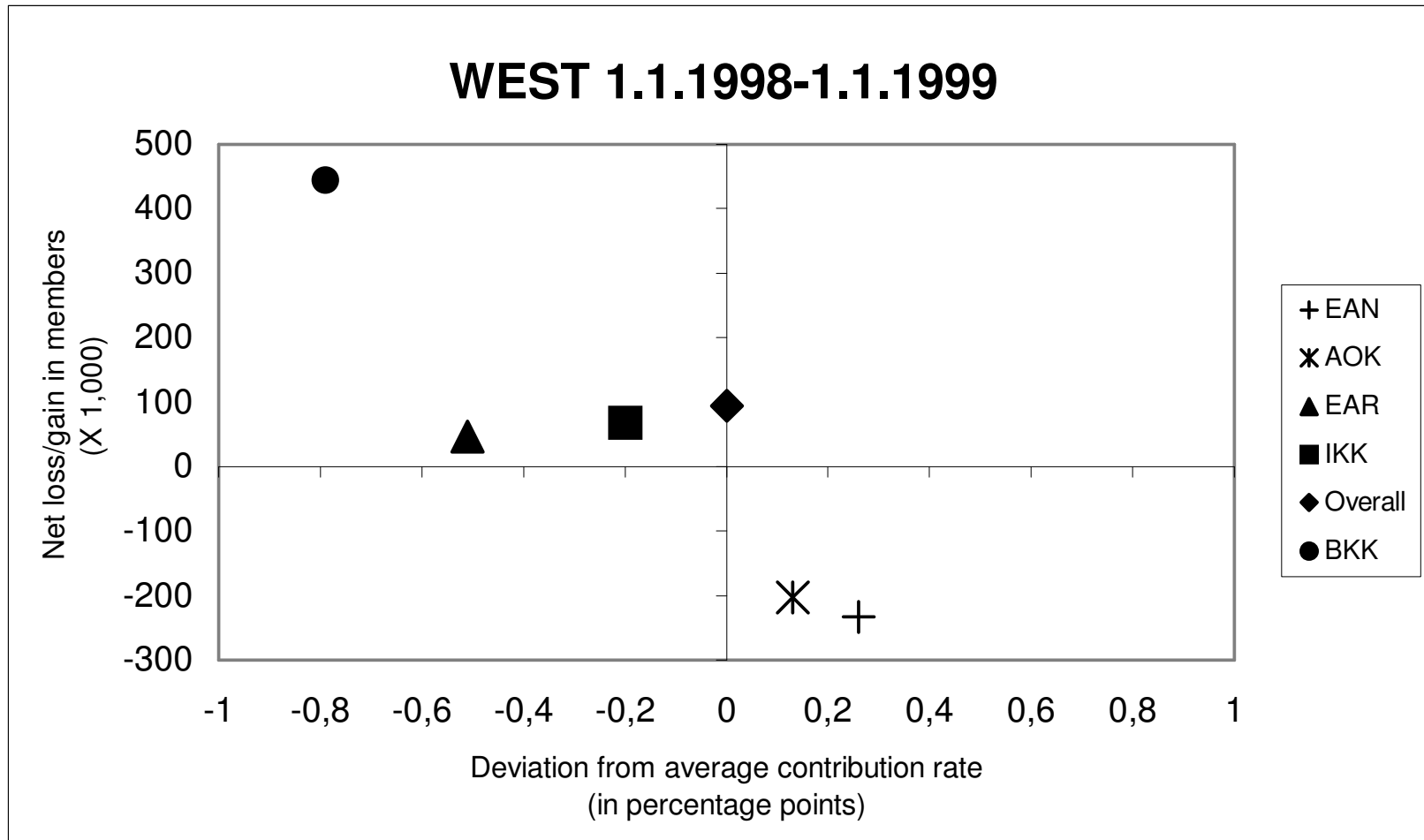
Kassenart	RSA	„Risiko“pool	Summe
AOK	12,6 Mrd. €	569 Mio. €	13,15 Mrd. €
BKK	- 8,7 Mrd. €	- 435 Mio. €	- 9,16 Mrd. €
Bkn	1,5 Mrd. €	53 Mio. €	1,57 Mrd. €
EAN	- 3,5 Mrd. €	- 152 Mio. €	- 3,66 Mrd. €
EAR	- 0,6 Mrd. €	- 20 Mio. €	- 0,66 Mrd. €
IKK	- 0,3 Mrd. €	- 15 Mio. €	- 0,36 Mrd. €
See	3,7 Mio. €	- 0,8 Mio. €	2,9 Mio. €
Gesamt- volumen „netto“	14,1 Mrd. €	619 Mio. €	14,7 Mrd. €

Entwicklung der Kassenzahl, 1993–2004 (jeweils am 1. Januar)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Allgemeine Ortskrankenkassen	269	235	92	20	18	18	17	17	17	17	17	17
Betriebskrankenkassen	744	719	690	532	457	386	361	337	318	282	255	229
Ersatzkassen	15	15	15	15	14	13	13	12	12	12	12	10
Innungskrankenkassen	169	160	140	53	43	43	42	32	28	25	24	20
Krankenkassen der Landwirte	22	21	21	20	20	20	20	20	19	17	15	14
Seekasse	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Bundesknappschaft	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Gesamt	1 221	1 152	960	642	554	482	455	420	396	355	325	292

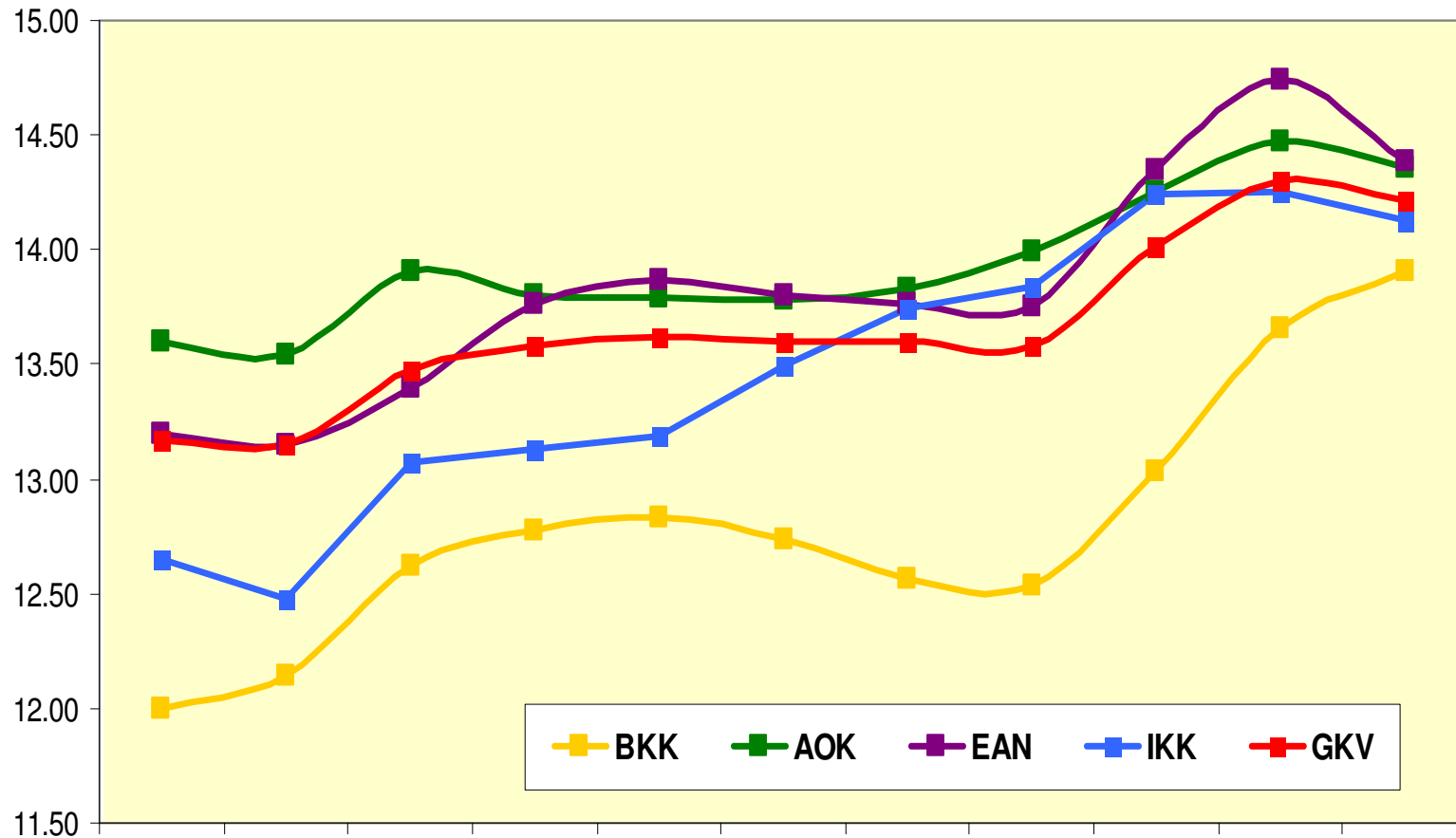
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004

Zugänge und Abgänge an Versicherten in Westdeutschland in Relation zum Beitragssatz



Beitragssatzentwicklung

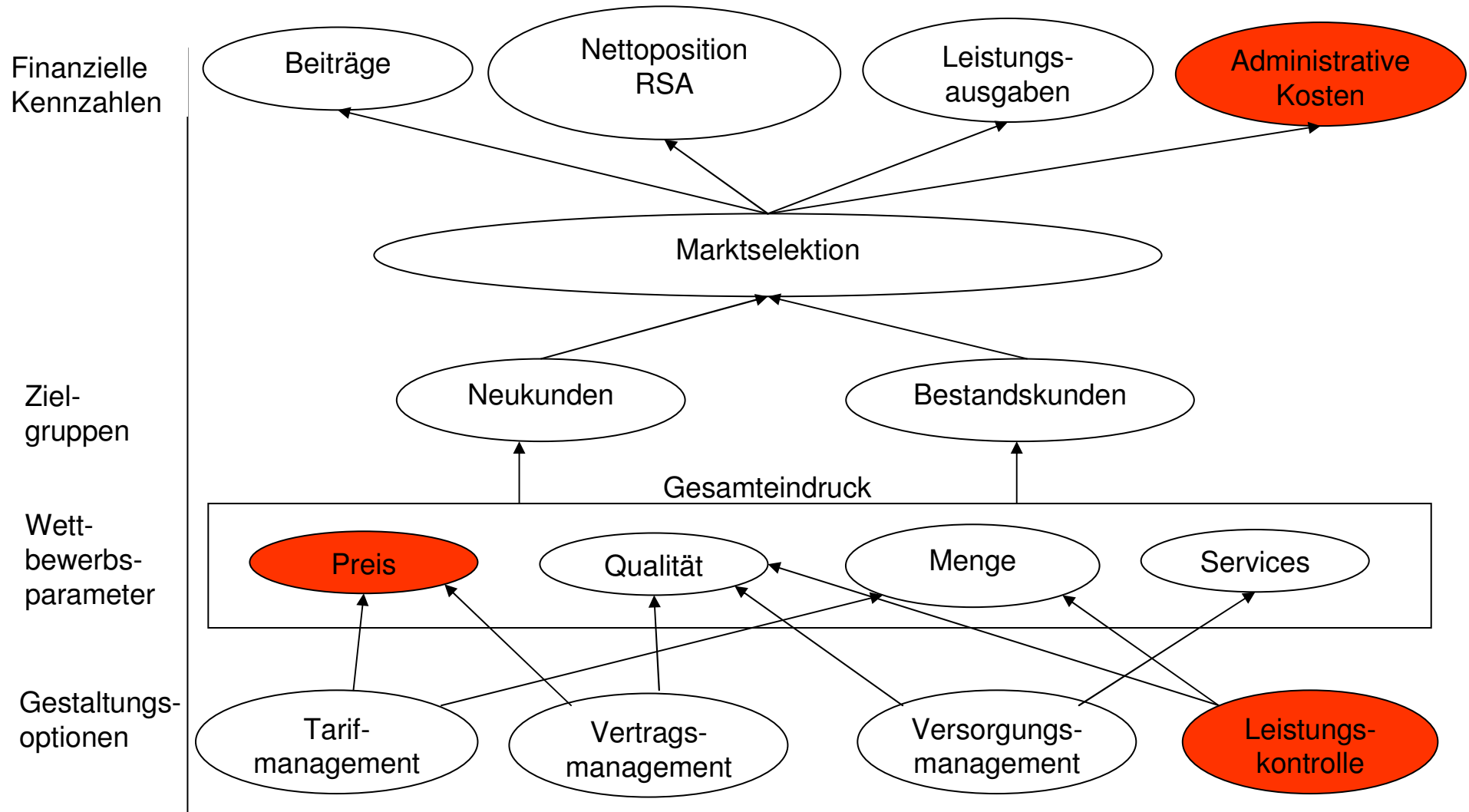
(1995 bis 2003 Jahresdurchschnitte & 01.10.2004)



1994: RSA ohne Rentner
1995: RSA mit Rentner
1996: Wahlfreiheit

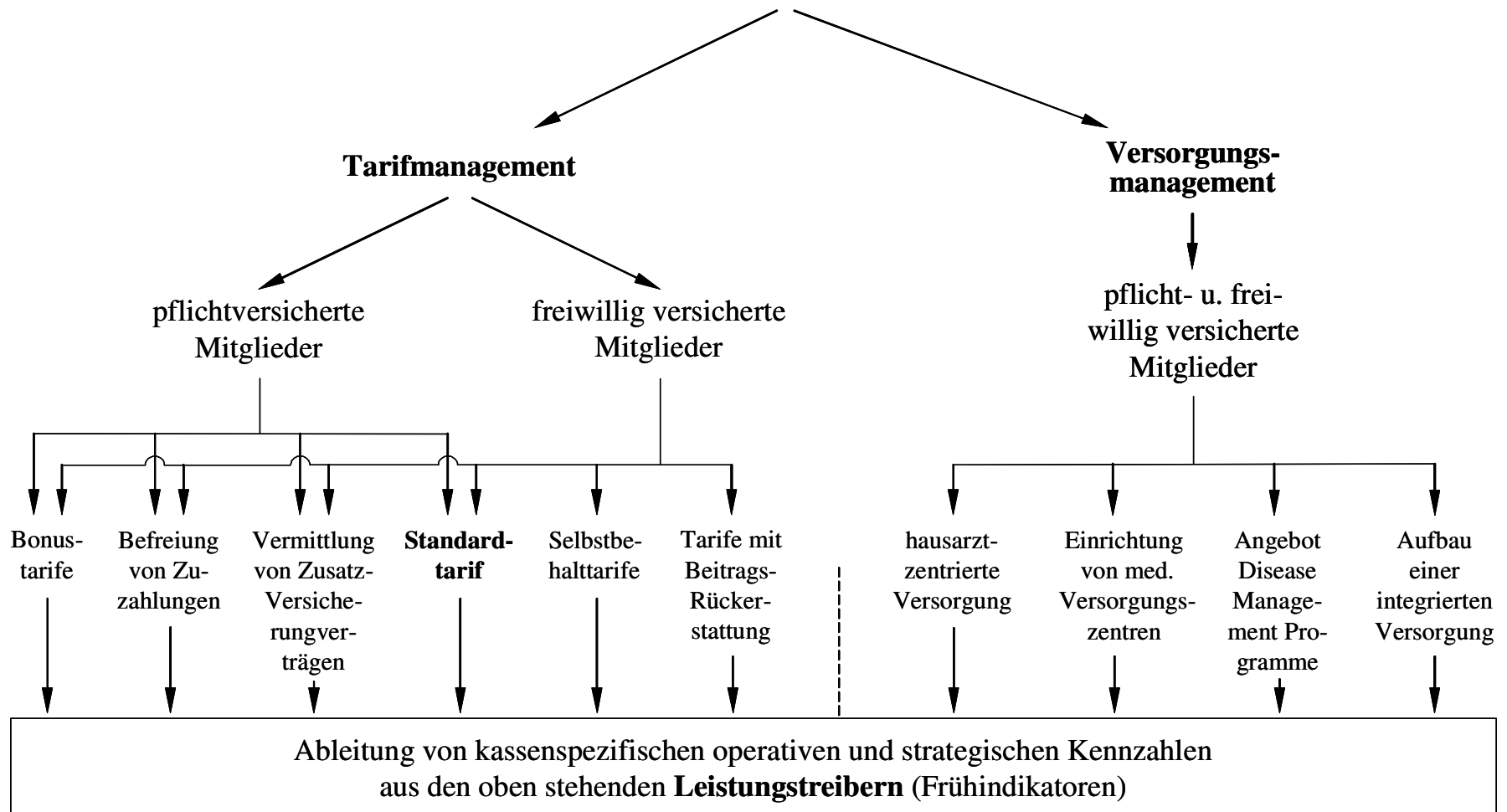
2002: Risikopool und DMP

Der Ordnungsrahmen für Krankenkassen im Wettbewerb



Versichertenzufriedenheit und Bedarfsentsprechung

(als Kernkennzahlen d. Versicherten- u. Versorgungsperspektive)



Leistungstreiberbeispiele:

- relatives Mitgliederwachstum je Tarif (Sollkennzahl) im Planungszeitraum, Ableitung von Jahreszahlen als operative Zwischenziele,
- absolute Zahl der Versicherten je Tarif
- insbesondere Beitragssatz u. Mitgliederzahl im Standardtarif

Leistungstreiberbeispiele:

- Definition der Sollzahlen der Versicherten je Programm,
- subjektive Wahrnehmung des Programms u. des Bekanntheitsgrades bei den Versicherten (ermittelt durch Befragungen von Mitgliedern und Programmteilnehmenden)

Disease Management (§ 137f ff. SGB V)

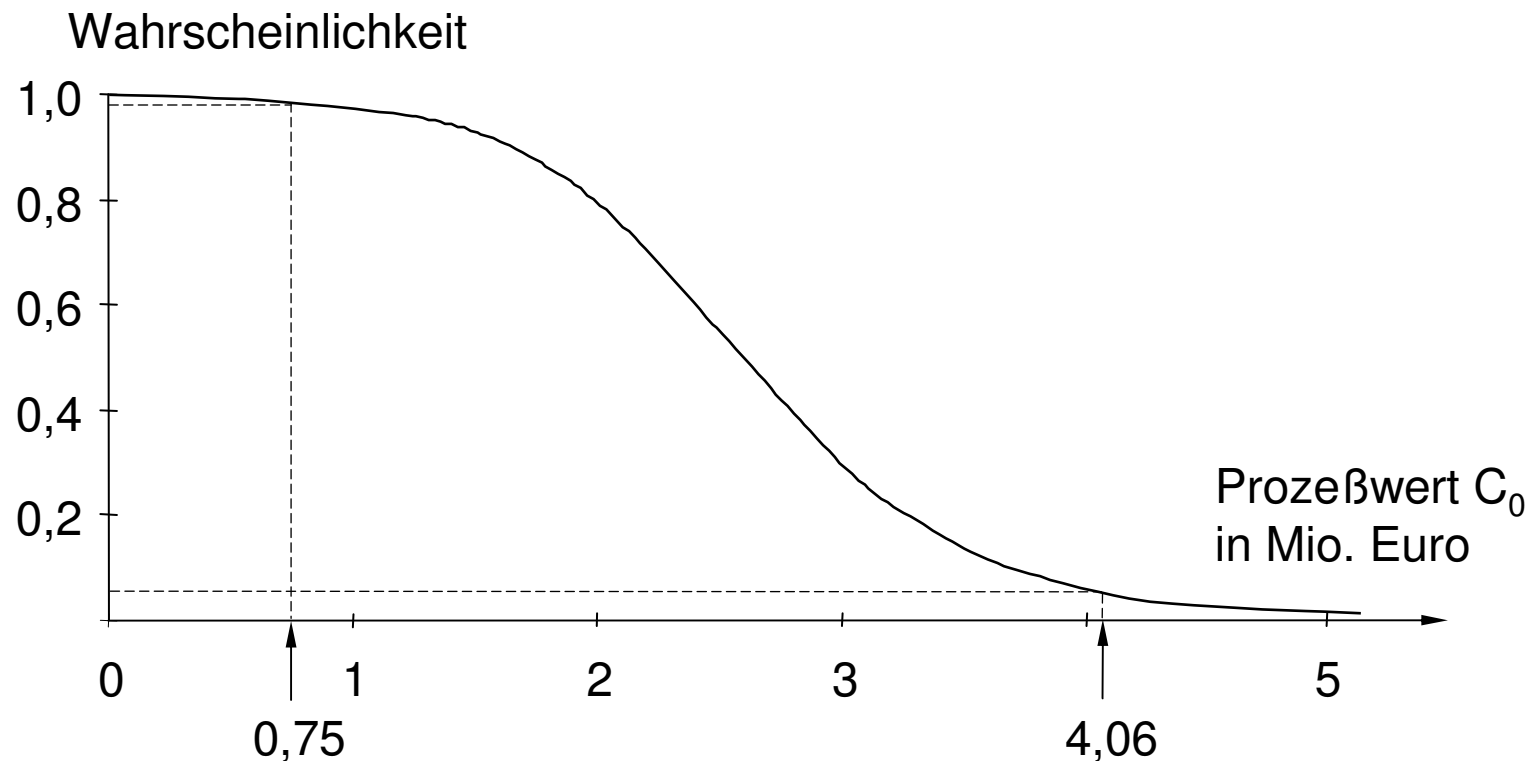
- Kassen können Akkreditierung für DMP beim Bundesversicherungsamt für 3 Jahre beantragen
- Bisher: Typ 2 Diabetes, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit, Asthma/Chronisch obstruktive Lungenkrankheit
- Soll Qualitätsprobleme bei chronischen Erkrankungen durch leitliniengerechte Behandlung lösen
- Soll sektorübergreifende Zusammenarbeit ermöglichen
- Für in DMP eingeschriebene Versicherte werden Kassen über getrennte Kategorie des RSA vergütet + Verwaltungskostenpauschale

Optionen für Kassen im Rahmen von DMP

- Gestaltungsfreiheit für Kassen innerhalb festgelegter Mindeststandards
 - Vertragsfreiheit bzgl. Versorgung und Vergütung
 - Kassen können durch qualitativ hochwertig gestaltete DMP die Leistungsausgaben senken und neue Versicherte anziehen
 - Ziel der Kassen: Leistungsausgaben sollen unter den standardisierten Leistungsausgaben für DMP liegen
 - Kassen dürfen für DMP von Verwaltungskosten- deckelung abweichen
- > Kassen können sich im Wettbewerb differenzieren

Wieviel bringt die alleinige Initiierung eines DMP Diabetes Mellitus für eine Kasse?

- Monte-Carlo Simulation
- Annahmen: Kasse mit 250.000 Mitgliedern, durchschnittliche Prävalenz für alle Altersgruppen, durchschnittliche Effizienz, durchschnittliche Effizienz, Zeitraum 4 Jahre (diskontiert)



Relative wirtschaftliche Bedeutung eines DMP Diabetes Mellitus

		Geschäftsjahr t			
		1	2	3	4
Prozessdeckungsbeitrag des DMP im Geschäftsjahr t bei einer Effizienz M in 1.000 Euro/Jahr	M = 0,8	596	1.232	1.911	2.634
	M = 1,0	268	550	846	1.158
	M = 1,2	-60	-132	-218	-318
Verwaltungskostenbudget für eine Kasse mit 250.000 Versicherten in 1.000 Euro/Jahr		30.000	30.000	30.000	30.000
Relativer Anteil des Prozessdeckungsbeitrages des DMP am jährlichen Verwaltungskostenbudget in % p.a.	M = 0,8	1,99	4,11	6,37	8,78
	M = 1,0	0,89	1,83	2,82	3,86
	M = 1,2	-0,20	-0,44	-0,73	-1,06
Mögliche Senkung des Beitragssatzes in Prozentpunkten	M = 0,8	0,12	0,25	0,38	0,53
	M = 1,0	0,05	0,11	0,17	0,23
	M = 1,2	-0,01	-0,03	-0,04	-0,06

Integrierte Versorgung (§ 140a ff. SGB V)

- 2004-2006 kann jede Krankenkasse 1% der Gesamtvergütung an den ambulanten und stationären Sektors für die Vergütung der integrierten Versorgung verwenden (nicht für laufende Verwaltungsausgaben)
- Falls die Summe von 1% nicht investiert wird, muss sie zurückgezahlt werden
- Vertragsfreiheit bzgl. Versorgung (d.h. nicht nur KV-Ärzte)
- Vertragsfreiheit bzgl. Vergütung
- Mehr Spielraum bei Verwaltungskosten

Indikationsbezogene versus indikationsübergreifende Integrierte Versorgung

- In der Vergangenheit haben Kassen überwiegend auf indikationsbasierte Programme gesetzt
- Vorteile indikationsübergreifender Verträge:
 - Unterstützt die Entwicklung von übergreifenden klinischen Pfaden
 - Kalkulation des finanziellen Risikos für Vergütung einfacherer (Fallkomplexpauschen)
 - Evaluation und Management ist weniger komplex
- die meisten neuen Programme werden deshalb auch indikationsbezogen sein

1. Hauptproblem beider Formen des Versorgungsmanagement

- Viele DMP und IV Programme werden nicht systematisch von den Kassen geplant und basieren teilweise nicht auf Evidenz
 - Bei IV-Verträge gehen die Kassen häufig einfach auf Angebote der Leistungserbringern ein
 - Wirkung: geringe Effizienz aufgrund geringer Teilnehmerzahlen, geringes Potential für Reduktion von Leistungsausgaben.....
- > Routinedaten sollten genutzt werden, um geeignete Krankheitsgruppen zu identifizieren und die erwartete Teilnehmerzahl ex ante zu schätzen

2. Hauptproblem beider Formen des Versorgungsmanagement

- Optionen zu Vertragsfreiheit werden kaum genutzt
 - Bislang kaum Selektion der Vertragspartner
 - Bislang nur in IV-Verträgen vereinzelt Fallkomplexpauschalen
 - Bei DMP kaum Einzelverträge
- > Gründe
- Transaktionskosten bei Einzelverträgen sehr hoch
 - Know-how fehlt bei einzelnen Kassen für sektorübergreifende Verträge
 - Personal bzw. Verwaltungskostenproblematik

Wahlmöglichkeiten der Bevölkerung zwischen GKV und PKV

	GKV	PKV
Ohne rechtliche Wahlmöglichkeit	Pflichtversicherte: Mehr als 61 Millionen	
Mit rechtlicher Wahlmöglichkeit	Nicht GKV-Versicherungspflichtige: etwa 8,37 Millionen <ul style="list-style-type: none"> ■ Bruttomonatsentgelt von mehr als 3.862,50 Euro ■ Beamte ■ Selbständige 	
Ohne faktische Wahlmöglichkeit (keine rechtlichen, aber finanzielle Hürden)	Freiwillig Versicherte mit Merkmalen wie: <ul style="list-style-type: none"> ■ höheres Lebensalter ■ viele (aktuelle oder geplante) mitzuversichernde Familienangehörige ■ relevante Vorerkrankungen 	Beihilfeberechtigte Beamte
Mit tatsächlicher Wahlmöglichkeit (aber nur in Richtung PKV)	Freiwillig Versicherte mit: <ul style="list-style-type: none"> ■ hohem Einkommen ■ niedrigem Lebensalter ■ keinen/wenigen mitzuversichernden Familienangehörigen ■ keinen relevanten Vorerkrankungen <p>Um diese Gruppe wird Wettbewerb zwischen GKV und PKV geführt.</p>	

Jacobs/Schulze, Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung: Idealbild oder Schimäre?
in: GGW 1/2004 (Januar), 4. Jg, S.11.

Veränderungen der Pro-Kopf-Ausgaben in GKV und PKV, 1992–2002 (nur alte Bundesländer)

	GKV (in %)	PKV (in %)	Verhältnis PKV zu GKV
Ambulante ärztliche Behandlung	+24	+70	2,9
Zahnärztliche Versorgung	+6	+33	5,5
Arzneimittel (ambulant)	+32	+84	2,6
Hilfsmittel, Heilmittel	+49	+67	1,4
Krankenhausbehandlung	+33	+55*	1,7
Gesamtausgaben	+36	+50	1,4

* Krankenhausbehandlung bezieht sich auf allgemeine Behandlungskosten und nicht auf Wahlleistungen für Hotelkosten (-10%) und Chefarztbehandlung (+22%), die jedoch in den Gesamtausgaben der Privatversicherer enthalten sind (letzte Zeile).

Der RSA in anderen Ländern

Country	Year of implementation	Risk-adjusters
Austria	None	
Belgium	1995 2006	-Age, sex, social insurance status, employment status, mortality, urbanization, income -Age, sex, social insurance status, employment status, mortality urbanization, income, diagnostic and pharmaceutical cost groups
France	None	
Germany	1994/1995 2002	-Age, sex, disability pension status -Age, sex, disability pension status, participation in disease management program
Japan	None	
Korea	None	
Luxembourg	None	
Netherlands	1993 1996 1999 2002	-Age, sex -Age, sex, region, disability status -Age, sex, social security/ employment status, region of residence -Age, sex, social security/ employment status, region of residence, diagnostic and pharmaceutical cost groups
Switzerland (within canton)	1994	-Age, sex

Zukunft des Wettbewerbs in der GKV

- Risikopool entfaltet Fehlanreize für Wettbewerb
- RSA muss durch zusätzliche Kriterien gestärkt werden, um kostenintensive Krankheiten mit einzubeziehen (Diagnosen, Arzneimittel etc. (vielleicht Morbi-RSA))
- RSA ist auch bei Prämienmodell als wettweberblicher Rahmen notwendig
- Kassen müssen mehr Spielraum bei Verwaltungskosten haben (Verwaltungskosten als Effizienzkriterium nicht geeignet)
- Vertragsfreiheit in der traditionellen Versorgung wird wahrscheinlich kaum zusätzlich Wettbewerb induzieren