

# Harte Zeiten für Kassen und Versicherte?

## Die Perspektive einer Krankenkasse





# Agenda

Finanzielle Auswirkungen und Perspektiven

Versorgungsgestaltung im Wettbewerb



## Ist-Situation

Gesundheitsfonds gilt unverändert weiter

- Zentrale Rahmenbedingungen setzen Gesundheitsfonds und Morbi-RSA
- Bedingungen gelten zunächst weiter, d.h. es bleibt bei
  - allgemeinem Beitragssatz in Höhe von 14,9 %
  - Möglichkeit der pauschalen Zusatzbeiträge in 2010
  - 1 %-Belastungsgrenze

Positiv: 3,9 Mrd. € Bundeszuschuss für konjunkturbedingte Mindereinnahmen dämpft Entwicklung der Zusatzbeiträge

# Druck auf die Krankenkassen wächst

- Jede Krankenkasse muss mit Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auskommen, um eine Zusatzprämie zu vermeiden
- Gefahr der Insolvenz für Krankenkassen (GKV-OrgWG)
  - über Haftungskaskade wird betriebswirtschaftliches Scheitern zum Systemrisiko für Kassenart und weitere Kassen
- GKV-Spitzenverband erzeugt Druck zur „Rettungsfusion“ (finanzielle Hilfen)

# Zusatzbeiträge in der GKV

Kasse	ab wann?	wie hoch?
DAK	01.02.2010	8,- € pauschal
BKK Gesundheit	01.02.2010	8,- € pauschal
Deutsche BKK	01.02.2010	8,- € pauschal
BKK Novitas	01.04.2010	8,- € pauschal
BKK Westfalen-Lippe	01.02.2010	12,- € pauschal
GBK Köln	01.01.2010	1 % bpE, 37,50 €
BKK Heilberufe	01.01.2010	1 % bpE
BKK advita	01.01.2010	8,- € pauschal

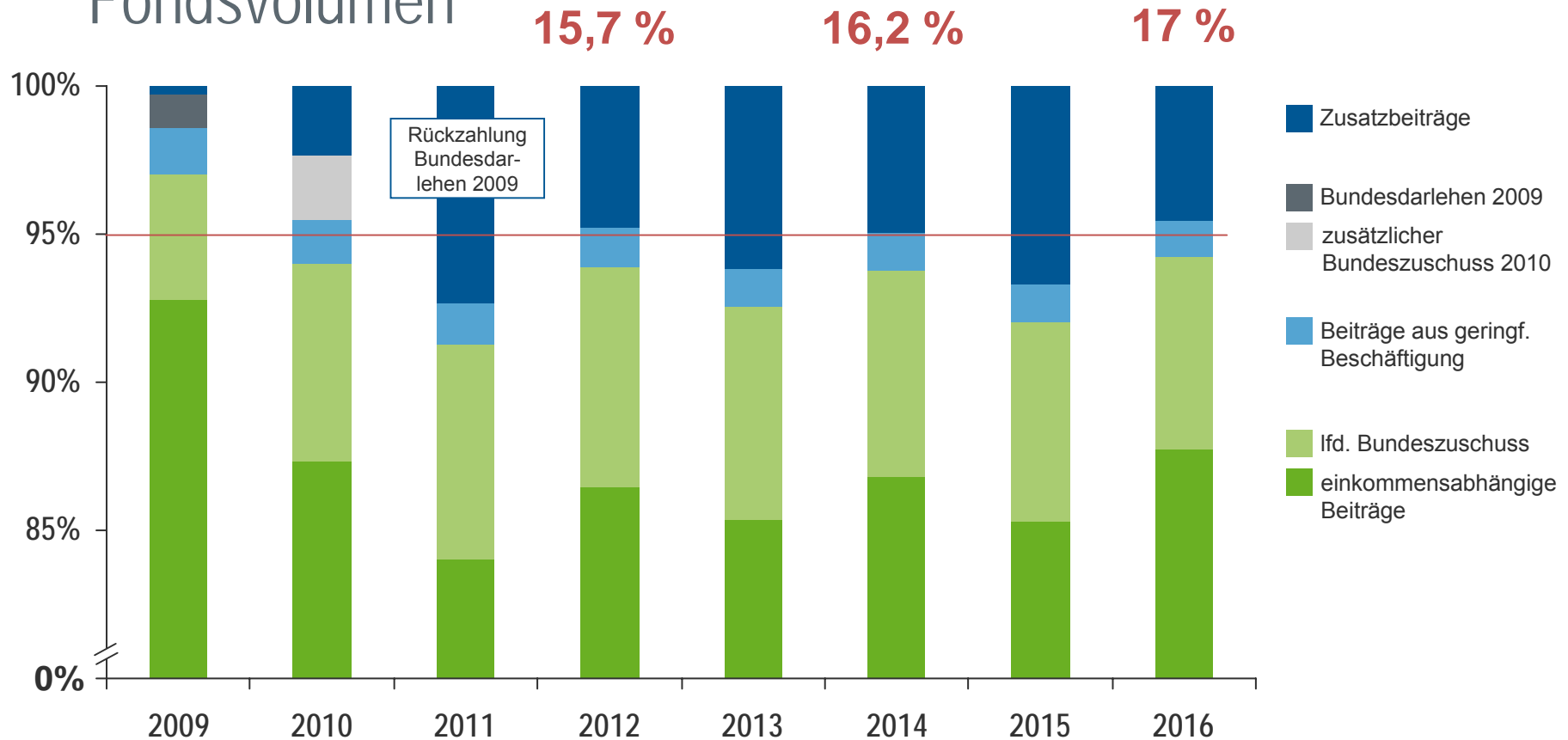


## Zusatzbeiträge – wie geht es weiter

### Annahmen:

- Steigerung der Grundlöhne in 2011 um 0,4 %, ab 2012 um 1,0 %
- Ausgabensteigerung um 3,5 % jährlich (moderat geschätzt)
- Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes jeweils zum Jahresanfang 2012, 2014 und 2016 um 95 %-Deckung des Fonds zu sichern.

# Finanzierungsanteile bei sinkendem Fondsvolumen



Fondsvolumen 2010: 97,7 %



# Agenda

Finanzielle Auswirkungen und Perspektiven

Versorgungsgestaltung im Wettbewerb

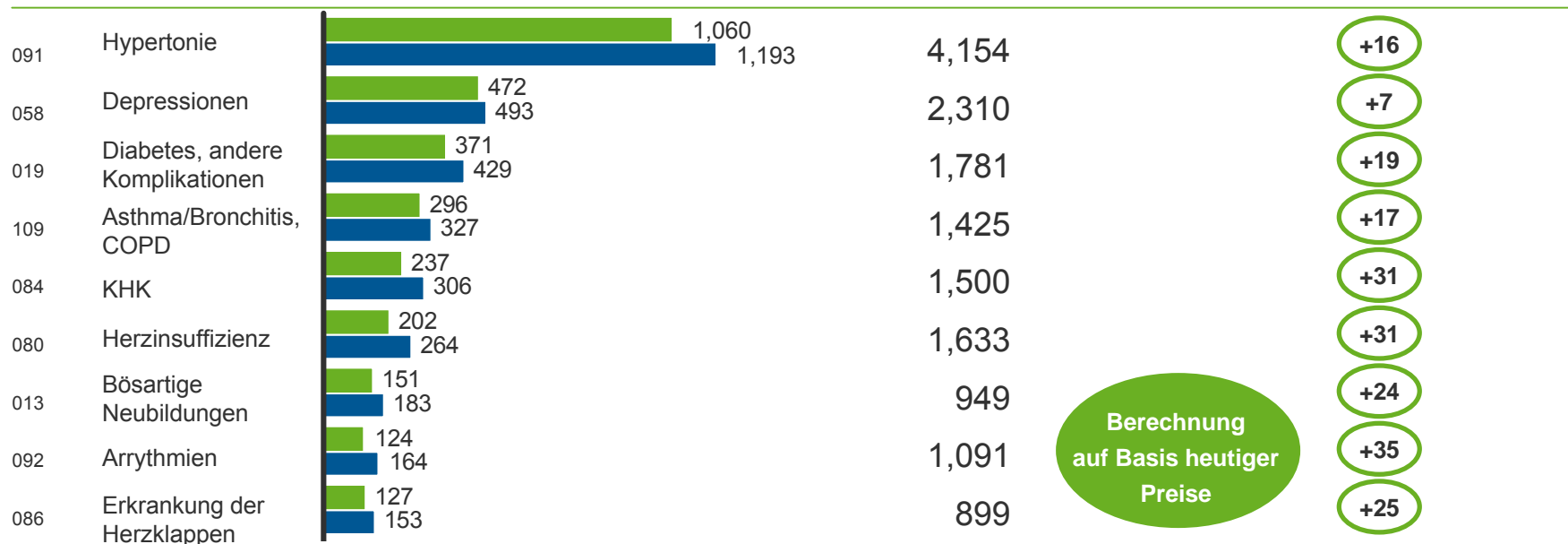
# Auswirkungen von Morbiditätsveränderungen bis 2020 auf die BARMER

■ Heute  
■ 2020

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

Leistungsausgaben 2007, in Mio. EUR

Veränderung Leistungsausgaben in Prozent



\* Versichertenjahre werden wie Versicherte behandelt



# Qualität und Nachhaltigkeit durch stärkere Kosten-Nutzen-Orientierung

- Patienten wollen Informationen über Qualität ihrer Behandlung
- Finanzierungsdruck zwingt die Kassen dazu, einen stärkeren Fokus auf Qualität und Kosten-Nutzen-Orientierung zu legen



Gleichgerichtetes Interesse von Patienten und Kassen

- Ergebnisqualität muss zukünftig durch Kassen ermittelt, bewertet und vertraglich vereinbart werden können
- Qualitätstransparenz herstellen
- Differenzierung im Wettbewerb: Nicht mehr einheitlich, sondern „selektiv“

# Versorgungsgestaltung im Wettbewerb

- Neben Kostensenkung ist qualitative Versorgungsoptimierung im Fokus des Kassenhandelns
- Dafür sind mehr einzelvertragliche Differenzierungsmöglichkeiten für die Kassen zwingend erforderlich
- Neue Partnerschaften zwischen Kassen und Leistungserbringer ermöglichen
- Wettbewerbliche Strukturen politisch angehen:
  - Krankenhaus „selektiv bei elektiven“ Leistungen
  - Hausärztliche Versorgung (§ 73b)
  - Apotheken / Arzneimittelvertrieb
  - Medizinische Versorgungszentren

# Motivation der Gesetzlichen Krankenkassen



**Situation heute: Geld folgt Leistung(smenge)**

**Ziel morgen: Geld folgt Erfolg!**

- Erfolg wird von Krankenkassen definiert
- leistungsbezogene Vergütung für erreichte Qualität
- Voraussetzung Wirtschaftlichkeit
- Fokus Profilierung der Krankenkasse (return on invest)
- Exklusivität über mehrere Jahre (Wettbewerbsvorteil)



# Wettbewerb im Zeichen von Schwarz-Gelb

Wettbewerb als Gestaltungsprinzip:

- erfordert faire Wettbewerbsbedingungen (Morbi-RSA)
- darf nicht nur auf den Preiswettbewerb bei Krankenkassen reduziert werden
- bedingt mehr Vertragsfreiheit, um Leistungsdifferenzierung zu ermöglichen
- erfordert neue Partnerschaften im Gesundheitswesen

Ziel: effiziente Allokation und  
innovative Versorgung in der GKV