



# **MARKTSTUDIE ZUR ENTWICKLUNG DER KRANKENKASSEN 2015**

Der Krankenkassenlandschaft im Hinblick auf Versorgungsnotwendigkeit und Wirtschaftlichkeit - auch vor dem Hintergrund der Flüchtlingssituation





## AUSGANGSSITUATION UND ERGEBNISSE

Schätzungen zufolge verdoppelt sich der Zusatzbeitrag bis 2018 auf insgesamt 1,8 %. Ursächlich hierfür sind neben der demografischen Entwicklung insbesondere die Reformen der großen Koalition, die zu erheblichen Ausgabensteigerungen führen. Prognosen von Wirtschaftsinstituten und Experten gehen davon aus, dass die verschiedenen Reformen Mehrkosten von bis zu 40 Mrd. Euro bis zum Jahr 2020 mit sich bringen werden. Die Mehrbelastungen in Milliardenhöhe müssen durch die Versicherten alleine getragen werden. Die dadurch steigenden Zusatzbeiträge führen zu einem verschärften Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte. Neben den Leistungs- und Qualitätsaspekten wird auch der Preis ein wesentliches Kriterium im Wettbewerb um die Versicherten sein.

Auch die privaten Krankenversicherungen sind von dem weiter steigenden Ausgabenniveau massiv betroffen. Jedoch wird die PKV-Branche grundlegende Entscheidungen treffen

müssen, da sie in den letzten Jahren Ansehen in der Bevölkerung verloren hat bspw. durch die Einführung der Basis-Tarife und der daraus resultierenden teilweise unklaren Kostenübernahmeregelungen (Privatpatient ist nicht gleich Privatpatient) sowie vor allem aufgrund der Prämiensteigerungen in den vergangenen Jahren. Eine Abschaffung des PKV-Systems hin zu einer Bürgerversicherung, wird jedoch von den befragten Experten kurz- bis mittelfristig nicht erwartet, auch wenn einige Parteien dies aktuell fordern.

Kurz- bis mittelfristig sind keine Einschnitte im gesetzlich vorgegebenen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu erwarten; in den nächsten 10 bis 20 Jahren werden diese aufgrund der demografischen Entwicklung durchgeführt werden müssen. Die Differenzierung bei den Satzungsleistungen wird zwischen den Krankenkassen hinsichtlich Höhe, Service und Qualität in den nächsten Jahren deutlich zunehmen.

Der Gesetzgeber fordert die Sicherung der Versorgung in der Fläche auf hohem Niveau und eine Verstärkung der integrativen Ansätze. Ausprägungen von Health Maintenance Organization (HMO), wie in den USA oder der Schweiz, sind in ihrer jetzigen Form jedoch nur bedingt für das deutsche Gesundheitssystem geeignet, da sie die Probleme der kostenintensiven Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum in Deutschland nicht lösen. Eine engere Abstimmung zwischen den verschiedenen Beteiligten im Gesundheitswesen ist allerdings in jedem Fall anzustreben, um die große Heterogenität in der Versorgungslandschaft in eine zukunftsfähige Struktur zu transformieren.

Die fortschreitende Digitalisierung bietet u.a. die große Chance, die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum sicherzustellen. Zu den Telematikanwendungen mit großem Potenzial gehört die Telemedizin, da sie trotz räumlicher Distanz zur ärztlichen Versorgung, Diagnose und Therapiean-

sätze bietet. Hier bietet sich gerade im Bereich der Notfall- und Krankenhausversorgung die Chance, angesichts der demografischen Entwicklung auch künftig eine hochwertige Gesundheitsversorgung in der Fläche sichern zu können.

Die notwendige Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge führt nicht automatisch zu weiteren Belastungen der Krankenkassen, da die Migranten meist jung und somit in der Regel gesund sind. Die Krankheiten, die sie sich bei der Flucht zugezogen haben, sind in der Regel behandelt, bevor sie in das deutsche Gesundheitssystem kommen. Die Effekte der Flüchtlingskrise werden sich insbesondere im Jahr 2017 auswirken, wenn rund eine Million Flüchtlinge die Wartezeit von 15 Monaten überschritten haben dürften und in die gesetzliche Krankenversicherung integriert werden.





# ZIELE DER MARKTSTUDIE 2015

Die unabhängige BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft hat eine Marktanalyse zur Entwicklung der GKV-Branche durchgeführt. Für die Marktanalyse sind Branchen-Insider im Rahmen einer semistrukturierten Erhebung (Telefoninterview mit einer Dauer von ca. 15 bis 20 Min.) befragt worden. Neben Krankenkassenvertretern sind auch Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), Vertreter der PKVen, Experten aus Gesundheitspolitik, der Sozial- und Wirtschaftswissenschaft sowie Dienstleistungsunternehmen für die GKVen befragt worden, um eine Einschätzung durch ein breites Spektrum von Branchenexperten zu erhalten.

Die befragten Teilnehmer der Marktstudie repräsentieren rund 25 % der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherungen.

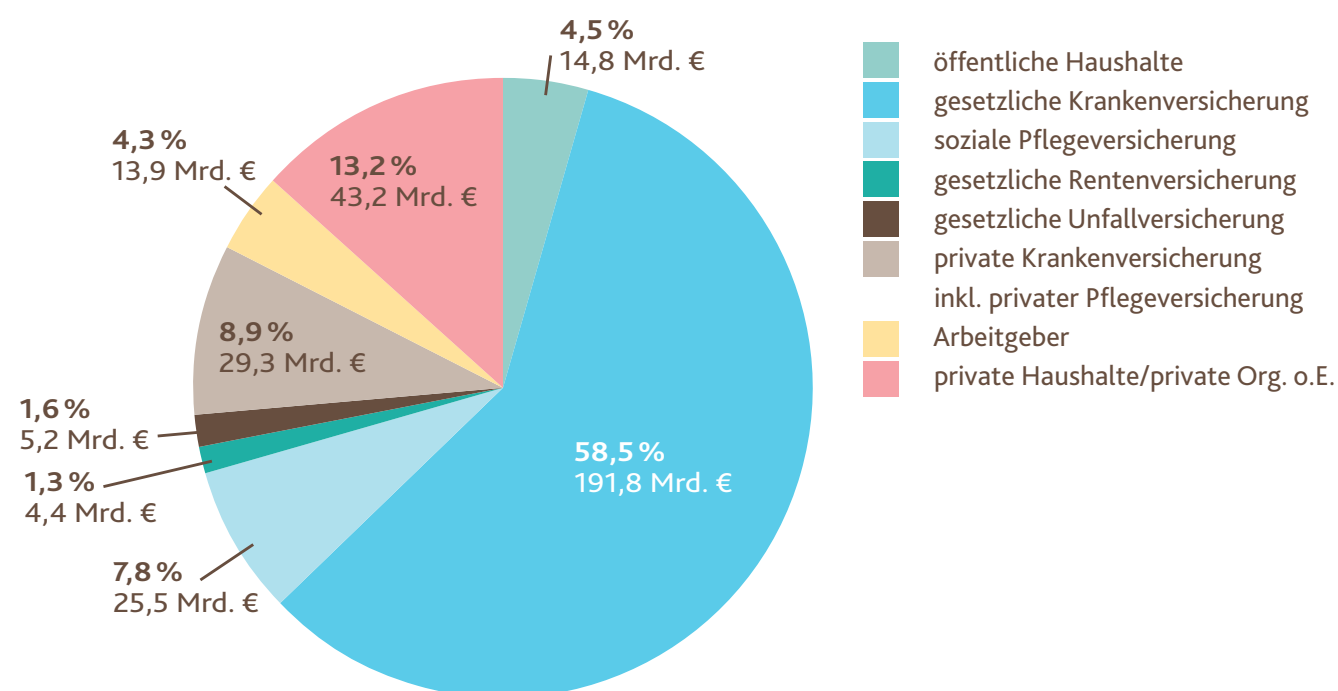
Das Jahr 2015 hat für die gesetzlichen Krankenversicherungen zu großen Veränderungen bei den Einnahmen geführt. Seit dem 01.01.2015 gilt ein einheitlicher Beitragssatz von 14,6 %, wobei der Arbeitgeberbeitrag auf 7,3 % festgefroren ist. Die

für die Kassen notwendigen Zusatzbeiträge sind nur noch von den Mitgliedern zu leisten und werden als einkommensabhängige Beiträge über den Arbeitgeber im Rahmen der Lohn- und Gehaltsabrechnung abgeführt. In der Vorgängerstudie 2014 erwarteten die befragten Experten mit der Einführung der einkommensabhängigen Zusatzbeiträge grundsätzlich geringere Wechselaktivitäten bei den Versicherten im Gegensatz zu pauschalen Zusatzbeiträgen. In 2015 hat BDO die Wechselaktivitäten untersucht sowie die Expertenschätzung für die zukünftigen Entwicklungen wiederholt abgefragt.

Den veränderten Mechanismen auf der Einnahmeseite stehen die seit Jahren steigenden Gesundheits- und Leistungsausgaben gegenüber. Insgesamt wurden im Jahr 2014 rund 328 Mrd. Euro für Gesundheitsausgaben ausgegeben.

Der größte Anteil mit knapp 59 % entfällt dabei auf die gesetzlichen Krankenkassen. Gefolgt von den privaten Haushalten/privaten Organisationen mit einem Anteil von ca. 13,2 %.

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern 2014



Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2015, Gesundheit – Ausgaben 2000 bis 2014

Von 2005 bis 2014 haben sich die gesamten Gesundheitsausgaben um ca. 36 % erhöht (von 240,4 Mrd. Euro auf 328,0 Mrd. Euro). Die höchsten Anstiege pro Jahr sind dabei auf die soziale Pflegeversicherung (4,2 % p.a.) und die gesetzliche Krankenversicherung (4,1 % p.a.) entfallen. In 2013 und 2014 sind die Ausgaben jeweils um mehr als 4 % im Vergleich zum Vorjahr gestiegen.

Der Trend der steigenden Gesundheitsausgaben wird sich auch in den nächsten Jahren weiter fortsetzen. Experten erwarten bis zum Jahr 2040 einen Anstieg von jährlich 1,4 % bis 2,8 % der realen Gesundheitsausgaben pro Versichertem (inflationbereinigt). Hintergrund ist zum einen der demografische Wandel in der Bevölkerung, zum anderen das Voranschreiten des medizinisch-technischen Fortschritts.

#### DIE WACHSENDE MARKTMACHT DER PATIENTEN:

Über das Internet werden mehr Gesundheitsdaten frei zugänglich und gleichzeitig werden Patienten stärker in die Finanzierung der Leistung eingebunden (Gebühren für Medikamente, Zuzahlungen, Zusatzversicherungen).

#### INTEGRIERTE BEHANDLUNGSANSÄTZE:

International weist die Gesundheitspolitik vermehrt Konzepte auf, die die Effizienz im Gesundheitswesen über integrierte Versorgungsmodelle verbessern sollen. Regionale Gesundheitszentren sollen bspw. in Deutschland die Behandlungswege optimieren und die Versorgung in ländlichen Regionen sichern. Die Krankenkassen sind zunehmend Verhandlungspartner und Strukturförderer.

#### GERINGE KENNNTNISSE ÜBER DIE EFFEKTIVITÄT DER VERSORGUNGSANGEBOTE UND GERINGE TRANSPARENZ ÜBER DIE QUALITÄT:

Über Evaluationsinitiativen der Krankenkassen und Auswahlverfahren bei der Vergabe von Projektförderungen (Innovationsfonds) werden Empirie und Evaluation vorangetrieben, um die Effektivität und Qualität von Versorgungsangeboten zunehmend besser bewerten zu können.

Bis 2040 wird die Bevölkerung in Deutschland kontinuierlich auf 76,0 Mio. Personen und bis 2050 auf 71,9 Mio. Personen absinken. Der Anteil der Menschen über 67 Jahre steigt von 15,1 % in 2013 auf 21,5 % in 2040 an. Gleichzeitig sinkt der Anteil der unter 20-jährigen von 14,7 % in 2013 auf 12,6 % in 2040. Der Anteil der Bevölkerung im erwerbstätigen Alter (zwischen 20 und 67 Jahren) sinkt von 51,0 Mio. in 2013 auf 41,9 Mio. in 2040. Durch die aktuelle Flüchtlingssituation in Deutschland wird sich die demografische Struktur ändern, die Auswirkungen sind jedoch noch nicht absehbar oder Bevölkerungsvorausberechnungen zu entnehmen.

Global betrachtet bestimmen aktuell und wohl auch zukünftig die folgenden Trends die Gesundheitsbranche insgesamt:

#### DIE ZUNEHMENDE VERNETZUNG UND DATENTRANSPARENZ:

Behandlungsergebnisse werden transparenter und politisch wird bspw. auch in Deutschland durch die große Koalition die Entwicklung von Qualitätsindikatoren vorangetrieben. Die Krankenkassen sind mit digitalen Neuerungen konfrontiert und müssen Datensicherheit fortwährend garantieren.

#### GROSSE HETEROGENITÄT IN DER VERSORGUNG UND REGIONALE UNTERSCHIEDE:

Selbst in leistungsstarken Gesundheitssystemen wie in Deutschland hängt eine angemessene medizinische Versorgung oft vom Wohnort ab. Mit dem Strukturfonds hat der Gesetzgeber in 2015 ein Instrument geschaffen, der zu einer besseren Verteilung der Gesundheitsangebote in der Fläche führen soll.

#### SCHLEICHENDE MONISTIK ZUR KRANKENHAUSFINANZIERUNG:

Bedingt durch die zunehmend schwierige wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser und den bestehenden Investitionsstau steigen die Krankenkassen (indirekt) in die Investitionsfinanzierung mit ein.

Der wirtschaftliche und öffentliche Druck auf die gesetzlichen Krankenkassen wird sich erhöhen, da Finanzierungslücken nach der aktuellen Gesetzgebung ausschließlich von den Mitgliedern über einkommensabhängige Zusatzbeiträge zu tragen sind. Veränderungen wird es durch die Demografie auch innerhalb der privaten Krankenversicherungen (PKV) sowie der Pflege- und Rentenversicherungen geben. In 2016 mussten die PKVen ihre Prämien durchschnittlich um 4,1 % erhöhen.

Die BDO Marktstudie hat sich zum Ziel gesetzt, die Entwicklung der GKV-Branche fortlaufend unter dem Aspekt des steigenden finanziellen Drucks zu eruieren. Über die Zusammenschau anderer Begleitforschungen und Marktbeobachtungen werden die Themenkomplexe sowohl aus strategischer als auch aus operativer Sicht beleuchtet. Ein Themenkomplex bildet die aktuelle Flüchtlingssituation sowie mögliche Auswirkungen auf die Krankenversicherungen.

Die befragten Teilnehmer wurden wie im letzten Jahr zu allgemeinen Marktentwicklungen befragt und um eine Einschätzung gebeten, insbesondere zum Wettbewerbs- und Fusionsverhalten der Krankenkassen, der Entwicklung des Zusatzbeitrages, dem Wechselverhalten der Versicherten (innerhalb des GKV-Systems, Systemwechsel in die PKV), der Entwicklung der Leistungsausgaben in den einzelnen Segmenten sowie der Entwicklung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung.

Als Schwerpunktthema hat BDO im Befragungsdesign zunächst die fortschreitende Digitalisierung mit Perspektiven für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum vorgegeben; die Versorgungs- und organisatorischen Anforderungen durch die Flüchtlingsthematik hat die Interviews allerdings überlagert, so dass als weiteres Schwerpunktthema Erfahrungsberichte zu der aktuellen Flüchtlingssituation abgefragt worden sind.

Nachfolgend werden die Ergebnisse sowie Hintergründe der strategischen und operativen Sichtweise der Marktstudie dargestellt:

• **Fortschreibung der Krankenkassenstudie 2014**

- Wettbewerb der Krankenkassen
- Entwicklung des Zusatzbeitrages
- Wechselaktivitäten der Versicherten
- Entwicklung der PKV - Wechselaktivitäten zwischen den Versicherungssystemen

• **Themenschwerpunkt 1:**

Entwicklung der Leistungsausgaben und des Leistungsangebotes mit dem Fokus auf der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung sowie DMP und regionalen Versorgungskonzepte

• **Themenschwerpunkt 2:**

Digitalisierung als Chance für die Krankenkassen?

• **Themenschwerpunkt 3:**

Entwicklung der Krankenkassenlandschaft vor dem Hintergrund der Flüchtlingssituation in Deutschland

• **Ausblick:**

Chancen und Risiken der Marktentwicklung

Abbildung 2: Perspektivisches Spannungsfeld der Krankenkassen (Darstellung BDO)

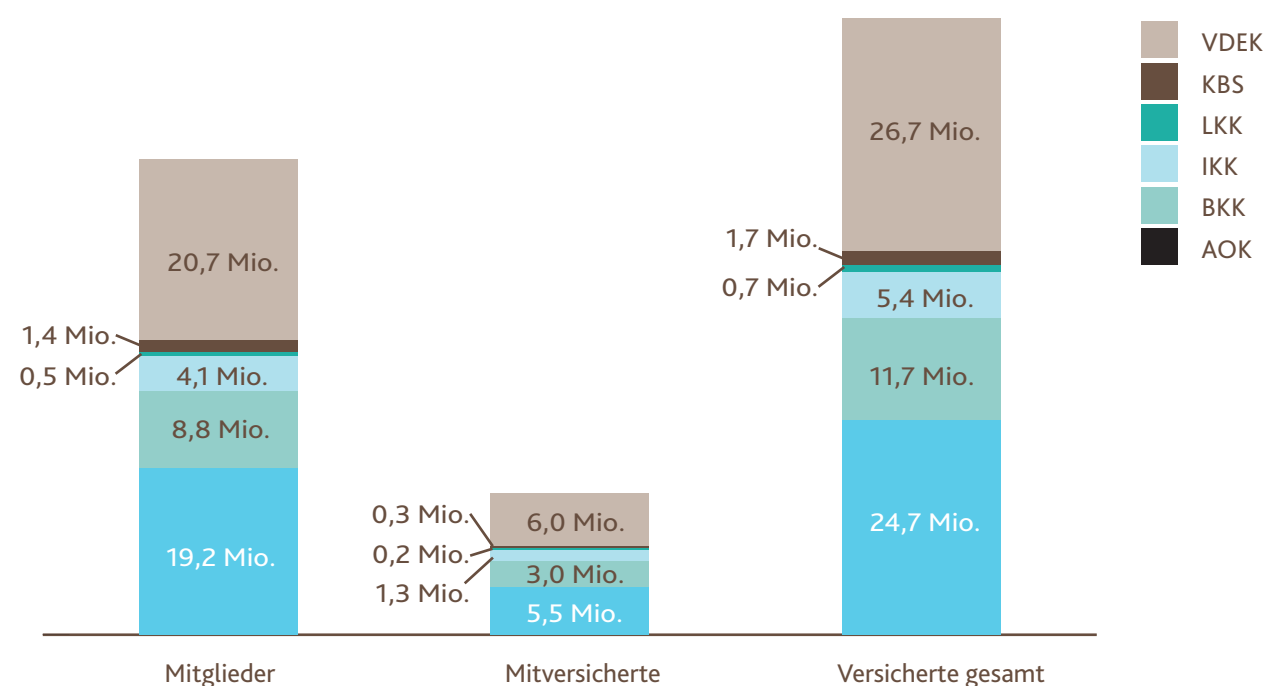


# WETTBEWERBSITUATION IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Aktuell sind von den ca. 80,7 Mio. Versicherten in Deutschland etwa 87 % im gesetzlichen Krankenkassensystem versichert. Die rund 54,7 Mio. Mitglieder und 16,2 Mio. beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen verteilen sich auf

die sechs unterschiedlichen Kassenarten mit derzeit 116 unterschiedlichen Krankenkassen (Stand Januar 2016). Die Mitgliederzahl der GKV hat im Jahr 2015 mit einem Mitgliederzuwachs von rund 1,5 Millionen deutlich zugenommen.

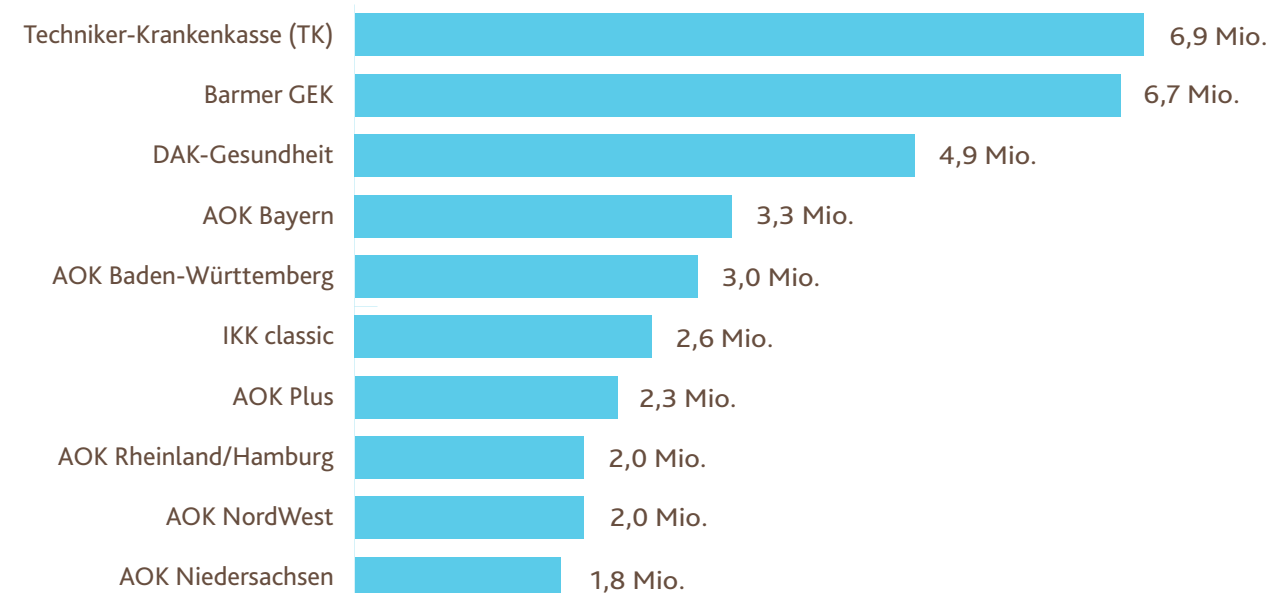
Abbildung 3: Versicherte 2016 im Überblick (Stand Januar 2016)



Die zehn größten Krankenkassen sind drei Ersatzkassen (Techniker Krankenkasse, Barmer GEK, DAK Gesundheit), sechs AOKen (AOK Bayern, AOK Baden-Württemberg,

AOK Plus, AOK Rheinland-Hamburg, AOK Nordwest, AOK Niedersachsen) und die IKK Classic mit jeweils 1,8 bis 6,9 Mio. Mitgliedern (Stand 01.07.2015).

Abbildung 4: TOP 10 Krankenkassen



Zum Stichtag 1. Januar 2016 konnte die Techniker Krankenkasse mit rund 320.000 neuen Mitgliedern das größte Plus verzeichnen. Die AOK Rheinland/Hamburg, AOK Plus, AOK Baden-Württemberg sowie die AOK Nordwest hatten einen Zuwachs von über 100.000 Mitgliedern.

Wechselaktivitäten zwischen den Krankenkassen. Besonders betroffen von Verlusten sind Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag über dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag erheben, wie z. B. die DAK Gesundheit mit rd. 184.000 Versicherten und die IKK classic mit rd. 100.000 Versicherten. Kassen mit einem niedrigeren Zusatzbeitrag hingegen konnten deutlich zulegen. So konnte die AOK Plus rund 165.000 neue Versicherte gewinnen, genauso wie einige kleinere Krankenkassen (z. B. hkk, Metzinger BKK). Detailliertere Ergebnisse werden in der Stichtagserhebung zum 1. April 2016 (dfg Ranking nach Mitgliederzahlen) erwartet.

Dreizehn Krankenkassen haben jedoch in 2015 einen Mitgliederverlust zu verzeichnen. Das größte Minus machte die BKK Pfalz mit knapp 16.000 Mitgliedern sowie die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) und die Deutsche BKK mit einem Rückgang von je rund 10.000 Mitgliedern. In einer Befragung des WIdO gaben die meisten GKV-Mitglieder für ihren Wechsel Leistungs- und Versorgungsaspekte und nicht allein den Preis oder Zusatzbeitrag als Grund an. Bis zur Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 stellte insbesondere der Preis ein wesentliches Kriterium bei einem Wechsel der Krankenkasse dar.

In der Marktstudie wurden die Experten zum zukünftigen Wettbewerbs- und Fusionsdruck der Krankenkassen befragt, der sich aus den oben genannten Rahmenbedingungen ergibt.

In diesen Zahlen ist noch nicht enthalten, wie viele Mitglieder seit Jahresbeginn 2016 die Krankenkasse gewechselt haben, weil ihre Kasse den Zusatzbeitrag erhöht hat. Erste Auswertungen zeigen für das erste Quartal 2016 größere

In der letzten Marktstudie ist von allen Teilnehmern erwartet worden, dass die Anzahl der Fusionen ansteigen wird. In den Jahren 2011 bis 2014 waren im Vergleich zu den Vorjahren wenige Fusionen von Krankenkassen zu beobachten, da konjunkturabhängig viel Geld im System vorhanden war. In 2015 gab es bis Ende des Jahres 2015 acht Krankenkassenfusionen, weitere sind angekündigt.



### FUSIONEN IN 2016

- BKK VBU, BKK Demag Krauss-Maffei, BKK Schleswig-Holstein und BKK Basell zum 01.01.2016
- BKK ProVita und BKK family zum 01.01.2016
- BKK Linde und HEAG BKK zum 01.01.2016
- DAK-Gesundheit und BKK Beiersdorf AG zum 01.07.2016

### GEPLANTE FUSIONEN:

- Barmer GEK und Deutsche BKK zum 01.01.2017

Es wird von allen Teilnehmern der Marktstudie erwartet, dass, bedingt durch den zunehmenden wirtschaftlichen Druck, die Fusionen weiter ansteigen werden. Die Intensität wird jedoch im Vergleich zu den letzten 10 bis 20 Jahren abnehmen. Entscheidend für die Fusionen der Krankenkassen ist die Finanz- bzw. Rücklagesituation der jeweiligen Kasse, die in 2015 verschärft worden ist. Die Kassenart spielt als Voraussetzung für eine Fusion nur eine untergeordnete Rolle. Auch kassenartenübergreifende Fusionen werden zukünftig zunehmen.

Ein weiterer entscheidender Punkt für die Wettbewerbsintensität ist die Entwicklung des Zusatzbeitrages und des Leistungsangebotes sowie die damit verbundenen Wechselaktivitäten der Versicherten.

Die befragten Experten erwarten mittel- bis langfristig eine Anzahl von 80 bis 100 Krankenkassen auf dem Markt, insbesondere bei den Krankenkassen mit geringen Mitgliederzahlen werden in den nächsten Jahren infolge des wirtschaftlichen Drucks verstärkte Fusionstendenzen gesehen. Die Entwicklung hin zu einer „Einheitskasse“ wird von den Experten hingegen eher zurückhaltend und als wenig wahrscheinlich eingeschätzt, da sich hierfür derzeit kein politischer Wille abzeichnet.



## ENTWICKLUNG DES ZUSATZBEITRAGS

Von 2009 bis 2014 hatten die Krankenkassen die Möglichkeit, individuelle Zusatzbeiträge zu erheben bzw. Prämien an Versicherte auszuschütten. In den Jahren 2010 bis 2012 erhoben teilweise bis zu 13 Krankenkassen einen Zusatzbeitrag. Dieser lag im Schnitt bei 8 EUR. Seit Ende 2012 hat keine Krankenkasse mehr einen Zusatzbeitrag erhoben.

In den Jahren 2013 und 2014 haben im Gegensatz dazu 14 bzw. 20 Krankenkassen eine Prämie im Schnitt von 80 EUR an ihre Mitglieder ausgeschüttet.

Seit dem 1. Januar 2015 können Krankenkassen zusätzlich zum festgesetzten Beitragssatz von 14,6 % einen prozentualen Zusatzbeitragssatz von ihren Mitgliedern einfordern. Für das Jahr 2015 wurde auf Basis der Empfehlung des GKV-Schätzerkreises ein durchschnittlicher Zusatzbeitragsatz von 0,9 % prognostiziert. Der tatsächliche durchschnittliche Zusatzbeitragsatz lag 2015 bei 0,83 %.

Abbildung 5: Zusatzbeiträge in 2015

Zusatzbeitrag in % - 2015	AOK	BKK	IKK	KBS	LKK	VdEK	Gesamt	in %
nicht erhoben					1		1	0,8%
0,0%		2					2	1,6%
0,3%	2	2					4	3,3%
0,35%		1					1	0,8%
0,4%		5				1	6	4,9%
0,5%		5					5	4,1%
0,6%		8	2				10	8,1%
0,7%		2					2	1,6%
0,7%		16	1				17	13,8%
0,8%		1					1	0,8%
0,8%	1	12	1	1		2	17	13,8%
0,9%	8	35				3	46	37,4%
1,1%		2					2	1,6%
1,2%		6	1				7	5,7%
1,3%		1	1				2	1,6%
<b>Gesamt</b>	<b>11</b>	<b>98</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>123</b>	<b>100 %</b>

In 2016 wird der Zusatzbeitragssatz der Krankenkassen um durchschnittlich 0,2 % auf 1,1 % ansteigen (GKV-Schätzerkreis). Lagen bisher nur elf Krankenkassen (9 %) in 2015 über

dem prognostizierten Zusatzbeitrag, erheben in 2016 nun 25 Krankenkassen (21 %) einen Zusatzbeitrag, der über dem Zusatzbeitrag des GKV-Schätzerkreises liegt.

Abbildung 6: Zusatzbeiträge in 2016 (Stand 04.01.2016)

Zusatzbeitrag in % - 2016	AOK	BKK	IKK	KBS	LKK	VdEK	Gesamt	in %
nicht erhoben					1		1	0,8 %
0,00%		1					1	0,8 %
0,30%	2	1					3	2,5 %
0,40%		3					3	2,5 %
0,50%		4					4	3,4 %
0,59%						1	1	0,8 %
0,60%		3	2				5	4,2 %
0,70%		11					11	9,3 %
0,75%		1					1	0,8 %
0,80%	1	3					4	3,4 %
0,90%	1	15					16	13,6 %
0,99%		2					2	1,7 %
1,00%	1	9	1			2	13	11,0 %
1,05%		1					1	0,8 %
1,09%		1					1	0,8 %
1,10%	5	20				1	26	22,0 %
1,20%		6	1			1	8	6,8 %
1,30%		6	1	1			8	6,8 %
1,35%		1					1	0,8 %
1,40%	1	3	1				5	4,2 %
1,50%		1				1	2	1,7 %
1,70%		1					1	0,8 %
<b>Gesamt</b>	<b>11</b>	<b>93</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>118</b>	<b>100 %</b>

2015 musste nur eine der TOP 25 Krankenkassen einen Zusatzbeitrag über dem Zusatzbeitrag des GKV-Schätzerkreises erheben (0,9 %). In 2016 jedoch müssen neun der TOP 25 Krankenkassen einen Zusatzbeitrag über dem Zusatzbeitrag des GKV-Schätzerkreises von 1,1 % erheben.

Den höchsten Zusatzbeitrag mit 1,7 % erhebt die Viactiv Krankenkasse (ehemals BKK vor Ort) für ihre rund 570.000 Mitglieder (Stand: 01.07.2015). Zwei weitere große Krankenkassen müssen ebenfalls überdurchschnittlich ihre Beiträge

auf 1,4 % (AOK Rheinland-Hamburg) bzw. 1,5 % (DAK Gesundheit) anheben.

Von den 20 Krankenkassen, die den niedrigsten Zusatzbeitrag erheben, ist ein Großteil nicht bundesweit zugänglich für Versicherte. Fünf Krankenkassen sind nur betriebsbezogen wählbar, lediglich vier Krankenkassen sind bundesweit für alle Versicherten geöffnet. Die Metzinger BKK, die als einzige Krankenkasse auch in 2016 keinen Zusatzbeitrag erhebt, ist nur für Versicherte in Baden-Württemberg geöffnet.

Abbildung 7: Veränderung Zusatzbeitrag 2016 zu 2015

Zusatzbeitrag in % - 2016 zu 2015	AOK	BKK	IKK	KBS	LKK	VdEK	Gesamt	in %
nicht erhoben					1		1	0,8 %
0,00%	4	32	4				40	33,9 %
0,10%	1	1					2	1,7 %
0,15%		1					1	0,8 %
0,19%						1	1	0,8 %
0,20%	5	28				3	36	30,5 %
0,30%		15	1			1	17	14,4 %
0,35%		1					1	0,8 %
0,40%		4					4	3,4 %
0,45%		1					1	0,8 %
0,49%		1					1	0,8 %
0,50%	1	5		1			7	5,9 %
0,60%		1	1			1	3	2,5 %
0,70%		2					2	1,7 %
0,80%		1					1	0,8 %
<b>Gesamt</b>	<b>11</b>	<b>93</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>118</b>	<b>100 %</b>

Die AOK PLUS, AOK Sachsen-Anhalt und BKK MEM mit jeweils einem Zusatzbeitrag von 0,30 % sind nur in Sachsen (AOK PLUS), Thüringen (AOK PLUS, BKK MEM) und Sachsen-Anhalt (AOK Sachsen-Anhalt) geöffnet. Dementsprechend sind hier auch nur eingeschränkte Wechselaktivitäten für die Versicherten möglich.

Insgesamt zeigt sich, dass sich die Bandbreite der Zusatzbeiträge in 2016 im Vergleich zu 2015 deutlich erhöht hat. Gab es 2015 nur 14 unterschiedliche Zusatzbeiträge von 0,0 % bis 1,3 %, hat sich die Spannweite auf insgesamt 21 unterschiedliche Zusatzbeiträge von 0,0 % bis 1,7 % erhöht.

Rund 1/3 der Krankenkassen haben in 2016 ihren Beitragsatz nicht erhöht. Ein weiteres Drittel hat die Beiträge um die vom Schätzerkreis erwarteten 0,2 % erhöht.

Die befragten Experten erwarten, dass der Zusatzbeitrag in den nächsten Jahren weiter ansteigen und sich auch die Bandbreite der Zusatzbeiträge weiter erhöhen wird. Für 2017 wird eine weitere Steigerung der Zusatzbeiträge um

0,2 % prognostiziert. Bis zum Jahr 2019 wird vom GKV-Spitzenverband eine Erhöhung des Zusatzbeitrages auf bis zu 1,8 % erwartet. Dies würde eine Verdopplung des ursprünglichen Zusatzbeitrags aus 2015 von 0,9 % (GKV-Schätzerkreis) bedeuten. Hintergrund der steigenden Krankenkassenbeiträge sind gemäß Expertenmeinung insbesondere die Reformen der großen Koalition, z. B. das Krankenhausstrukturgesetz, das Versorgungsstärkungsgesetz, das Hospiz- und Palliativgesetz und das Präventionsgesetz. Die Mehrbelastungen in Milliardenhöhe müssen - nach aktueller Gesetzeslage - durch die Versicherten alleine getragen werden.

Die Entwicklung der Leistungsausgaben war ebenfalls Thema der Marktstudie und wird detailliert vorgestellt. Steigende Gesundheits- und Leistungsausgaben sind neben den Wechselaktivitäten der Versicherten zwischen den Krankenkassen und den Gesetzesreformen Gründe für zukünftig steigende Zusatzbeiträge.



Aktuell sind nach der Erhöhung der Zusatzbeiträge 2016 auch die Diskussionen über eine Rückkehr zur paritätischen Finanzierung wieder neu entfacht. Insbesondere die SPD spricht sich für eine Rückkehr zur einheitlichen Finanzierung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern aus.

Die Experten aus der Marktstudie erwarten, dass mittelfristig der festgelegte Einheitsbeitrag von 14,6 % angehoben wird und ergänzend dazu der Arbeitgeberbeitrag erhöht wird, um die Versicherten zu entlasten. Eine komplette Rückkehr zur paritätischen Finanzierung wird sehr kontrovers eingeschätzt. Veränderungen bei den Beitragssätzen werden jedoch erst nach der nächsten Bundestagswahl in 2017 erwartet.

## WECHSELAKTIVITÄTEN DER VERSICHERTEN INNERHALB DES GKV-SYSTEMS

Die Anzahl der Mitglieder einer Kasse sowie der Gewinn von neuen Mitgliedern ist für die Krankenkassen neben den Morbiditätsmerkmalen der Versicherten ein wichtiges Element für ihre Wirtschaftlichkeit. In der Marktstudie wurden zum einen die Wechselaktivitäten der Mitglieder innerhalb des GKV-Systems und zum anderen die Systemwechsler (von und in die PKV) betrachtet.

In den vergangenen Jahren konnten über die Erhebung von pauschalen Zusatzbeiträgen durch einige Krankenkassen verstärkte Wechselaktivitäten festgestellt werden. Die DAK hat bspw. 2012 500.000 Mitglieder wegen eines Zusatzbeitrags in Höhe von 8 Euro pro Monat und Versichertem verloren. Im Gegenzug haben Krankenkassen Mitglieder hinzugewonnen, die den Versicherten Prämien oder Dividenden ausgeschüttet haben.

Dieser Effekt ist in 2015 aufgrund der einkommensabhängigen Zusatzbeiträge nicht eingetreten. Diese moderaten Wechselaktivitäten in 2015 sind von den Experten erwartet worden und insbesondere auf zwei Gründe zurückzuführen:

1. Vorsichtige Kalkulation des Zusatzbeitrags der Krankenkassen in 2015 bzw. Orientierung an der Prognose des Schätzerkreises
2. Preisaffine Kunden sind bereits in den Vorjahren gewechselt

Bei den Versicherten sind hauptsächlich zwei Gründe neben dem Wechsel aus "Verärgerung über die eigene Kasse" entscheidend für die Wechselaktivitäten: Preis und Leistung. Leistungsaffine Versicherte können über Leistungen, die über den Regelleistungskatalog hinausgehen (z. B. Bonusprogramme, zusätzliche Vorsorgeleistungen, Vermittlungsservices für Arzt-Termine, 24-h-Service-Hotlines) gehalten werden. Preisaffine Versicherte konnten bisher über Prämien- bzw. Dividendenausschüttungen gebunden bzw. geworben werden, zukünftig im geringeren Maße über die Höhe des Zusatzbeitrags. Ein zusätzlicher Aspekt ist, dass Versicherte, die in einem Programm der Krankenkasse sind (z. B. DMP) oder Leistungen der Krankenkassen verstärkt in Anspruch nehmen, eher selten ihre Krankenkasse wechseln. Auch das Alter der Versicherten spielt eine Rolle bei den Wechselaktivitäten, jüngere Versicherte haben insgesamt eine stärkere Wechseltendenz als ältere Versicherte. Auch das Image einer Krankenkasse wird zunehmend in die Wechselüberlegungen einbezogen, bspw. hat die Techniker Kranken-

kasse ein sehr gutes Image, was neben den Prämienzahlungen auch einer der Gründe für den starken Zuwachs in den vergangenen Jahren war. Hier bleibt aber abzuwarten, welche Auswirkungen der starke Zuwachs in den vergangenen Jahren auf die zukünftige Kostenentwicklung haben wird.

Die Versichertenstruktur ist für die Kassen trotz morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich immer noch ein entscheidender Faktor für die Wirtschaftlichkeit. Gemäß AOK Bundesverband sind gesunde Versicherte immer noch "gute Risiken", die Anreize zur Risikoselektion sind jedoch gesunken und die Verteilung ist fairer geworden. Von einigen Kassen wird eine rasche Reform des Finanzausgleichs gefordert, um die Verteilung effizienter und gerechter zu gestalten. Hintergrund sind Überzahlungen bzw. Unterdeckungen von unterschiedlichen Kassen, die wiederum zu besonders günstigen bzw. höheren Zusatzbeiträgen führen können. Eine vorgeschlagene Änderung ist z. B. die Berücksichtigung regionaler Versorgungs- und Vergütungskriterien, um für mehr Verteilungsgerechtigkeit zu sorgen und Überzahlungen in Regionen mit besonders günstigen Ausgabenstrukturen zu vermindern.

Die Wechselaktivitäten der Versicherten werden ein Kriterium für die zukünftige Entwicklung der Zusatzbeiträge sowie für die Fusionen bei den einzelnen Krankenkassen sein.

Eine Studie der IGES prognostiziert für die Wechselaktivitäten der Versicherten verschiedene Szenarien in Abhängigkeit der Höhe und Bandbreite der Zusatzbeiträge.

Ab 2016 rechnen die Experten mit deutlich steigenden Wechselaktivitäten der Versicherten, da nicht nur die Zusatzbeiträge angestiegen, sondern auch die Spannweite der Zusatzbeiträge größer geworden ist. Spielte der Zusatzbeitrag bisher eine untergeordnete Rolle gegenüber dem Leistungsangebot einer Krankenkasse seit der Einführung des Gesundheitsfonds in 2009, rechnen die Experten damit, dass - auch bedingt durch die mediale Begleitung - steigende Wechselaktivitäten durch die Erhöhung des Zusatzbeitrags in 2016 zu beobachten sind. Die gestiegenen Zusatzbeiträge führen zu einem gesteigerten Wettbewerb bei den Krankenkassen. Neben den Leistungs- und Qualitätsaspekten wird nun auch der Preis ein Kriterium im Wettbewerb um die Versicherten sein.



Abbildung 8: Szenarien für Mitgliederbewegungen (Quelle: iges; eigene Darstellung BDO)

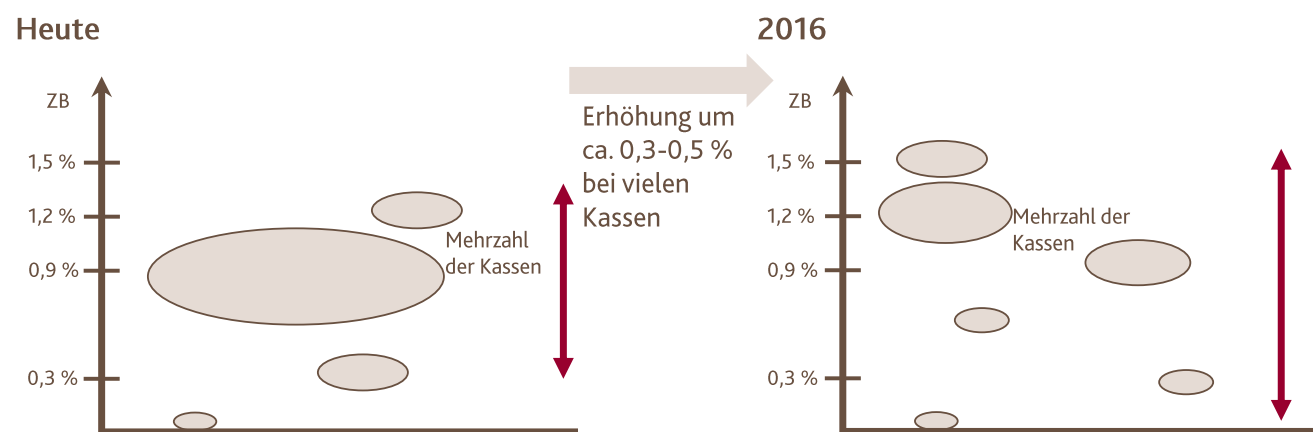


Tabelle 1: Szenarien für Mitgliederbewegungen (iges)

Zusatzbeitrag (ZB)	Konservatives Szenario	Aggressives Szenario
1,5 % - 0,3 % über Ø ZB	2-3 % Mitgliederverlust	5 % Mitgliederverlust
1,2 % - Ø ZB	1 % Mitgliederverlust	2-3 % Mitgliederverlust
0,9 % - 0,3 % unter Ø ZB	1 % Mitgliedergewinn	2 % Mitgliedergewinn
0,5 % - 0,7 % unter Ø ZB	2 % Mitgliedergewinn	3 % Mitgliedergewinn
0,3 % - 0,9 % unter Ø ZB	5 % Mitgliedergewinn	8 % Mitgliedergewinn

Unterstützt wird die Studie von einer aktuellen Befragung des WIdO, in dem die meisten GKV-Mitglieder angaben, ab

einem Einsparbeitrag von 20 EUR pro Monat (240 EUR im Jahr) über einen Wechsel nachzudenken.

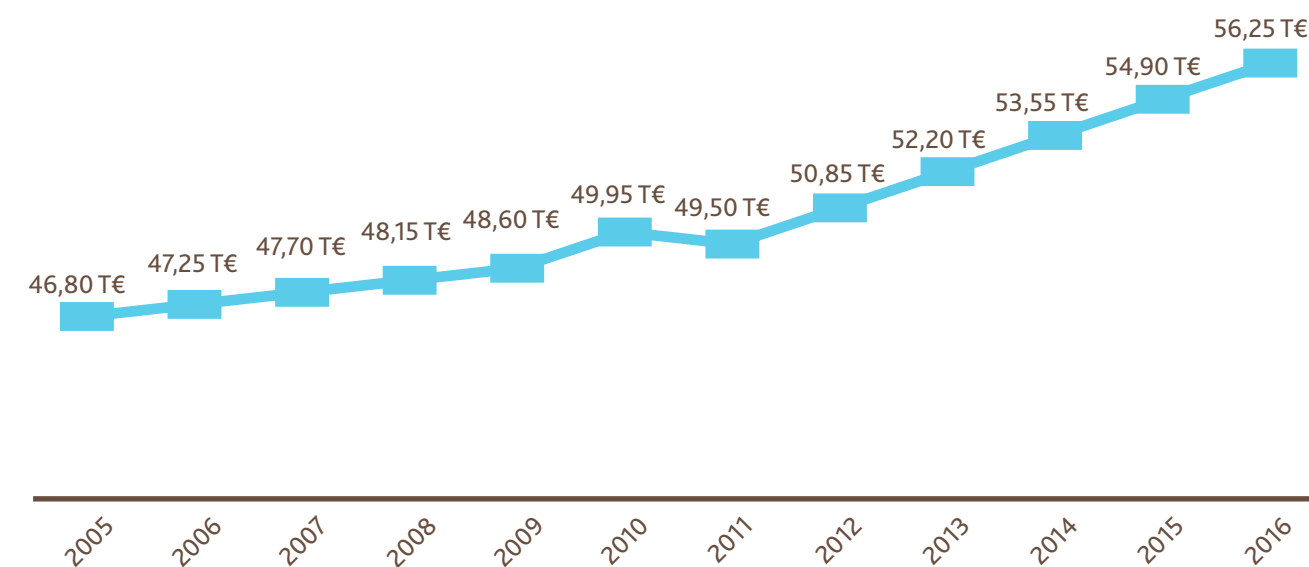
## WECHSELAKTIVITÄTEN DER VERSICHERTEN ZWISCHEN DEN VERSICHERUNGSSYSTEMEN

Nicht nur die Wechselaktivitäten der Versicherten innerhalb des GKV-Systems beeinflussen die Krankenkassen, sondern auch die Zu- und Abgänge von Versicherten in das System der Privaten Krankenversicherungen. Im Gegensatz zu den gesetzlichen Krankenkassen erfolgt die Beitragsberechnung über individuelle Beiträge auf Basis einer Risikoberechnung. Die Beitragsberechnung in der GKV erfolgt über das Solidarprinzip mit einer Gleichgewichtung des einzelnen Versicherten. Im Schnitt wechselten in den vergangenen vier Jahren ca. 0,3 % der Versicherten jedes Jahr von der GKV in eine der 43 PKVen.

Festzustellen ist, dass die Anzahl der Eintritte in die PKV trotz Senkungen der Eintrittshürde leicht zurückgegangen ist. Vor

2011 galt, dass das Bruttojahreseinkommen mindestens drei aufeinanderfolgende Jahre oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegen musste, bevor ein Wechsel in die private Krankenversicherung möglich wurde. Mit der Gesundheitsreform 2011 wurde die Dreijahresfrist abgeschafft und es reicht aus, wenn das Vorjahreseinkommen über der Versicherungspflichtgrenze liegt. Die Rückkehr in die GKV ist für einen Privatversicherten grundsätzlich jedoch nur möglich, wenn er versicherungspflichtig wird (z. B. weil sein Einkommen sinkt) oder wenn er als beitragsfreies Familienmitglied gesetzlich mitversichert werden kann.

Abbildung 9: Entwicklung der Versicherungspflichtgrenze seit 2005

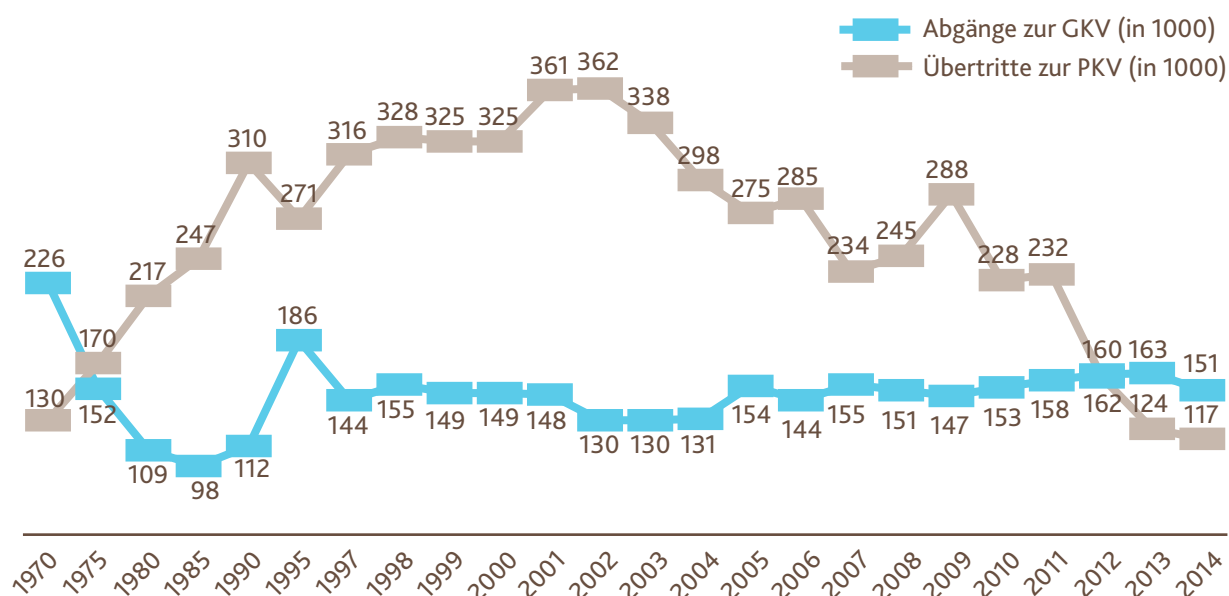


In den vergangenen Jahren war neben einem Rückgang der Wechsel von Versicherten in die PKV eine gesteigerte Rückwechsellenz in die GKV zu beobachten. Von 2012 bis

2014 lag die Anzahl der Versicherten, die in das GKV-System zurückwechselten höher als die Anzahl der Neueintritte in die PKV.



Abbildung 10: Wechsel zwischen GKV und PKV in Deutschland (in Tausend)



In der PKV-Vollversicherung haben verschiedene Effekte dazu geführt, dass das Neugeschäft in der PKV in den Jahren 2012 bis 2014 rückläufig war:

- Steigende Entwicklung der Versicherungspflichtgrenze
- Steigende Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter aufgrund der guten Lage am Arbeitsmarkt (mehr Beschäftigte in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis gegenüber den Vorjahren)
- Abkehr der PKV-Branche von den sogenannten "Billigtarifen"

Als Ergebnis dieser Effekte ist die Anzahl der Personen mit einer Krankheitsvollversicherung in der PKV zum Jahresende 2014 auf 8,83 Millionen Personen gesunken. Auch in 2015 ist die Anzahl der Versicherten im vierten Jahr hintereinander gesunken auf rund 8,79 Millionen versicherte Personen.

Der Beihilfemarkt hingegen ist seit Jahren stabil und wird sich in den nächsten Jahren gemäß Expertenmeinung auch so fortsetzen.

BDO hat die Experten zum zukünftigen Wechselverhalten in das PKV-System befragt. Sie gehen davon aus, dass die Wechseltendenzen von der GKV in das PKV-System eher weiterhin rückläufige bzw. stagnierende Tendenzen zeigen werden, bedingt durch steigende Prämien, Unisextarife und den "schlechten Ruf" der PKVen. Insgesamt ist der Wechsel zwischen den Systemen stark davon beeinflusst, in welcher familiären Situation sich der jeweilige Versicherte befindet bzw. welche Vorerkrankungen oder welchen Morbiditätsstatus dieser aufweist. Der Trend der Rückwechsel bei vorhandener Möglichkeit in das GKV-System wird nach Einschätzung der Experten bedingt durch die weiterhin gute Lage am Arbeitsmarkt sowie die steigende Versicherungspflichtgrenze verstärkt zunehmen.

## KOSTEN- UND PRÄMIENENTWICKLUNG BEI DEN PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNGEN

In den vergangenen Jahren sind die Kosten für ambulante Leistungen (Arztbehandlung, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Heilpraktiker, Sonstige), stationäre Leistungen (inkl. Wahlleistung Chefarzt und Unterkunft, Ersatz-Krankenhaus-

tagegeld) und Zahnleistungen (Zahnersatz, Zahnbehandlung, Kieferorthopädie) in den privaten Krankenversicherungen deutlich gestiegen.

Tabelle 2: Versicherungsleistungen der PKV 2008 bis 2014 (in Mio. EUR)

Versicherungsleistungen PKV nach Leistungsarten (in Mio. EUR)	2008	2010	2012	2014	Anstieg 2008 bis 2014	
					absolut	in %
Ambulante Leistungen	8.921,1	9.556,7	10.006,3	10.742,0	1.820,9	20 %
Stationäre Leistungen	5.838,5	6.425,8	6.741,1	7.084,9	1.246,4	21 %
Zahnleistungen	2.902,1	3.214,4	3.649,7	3.935,9	1.033,8	36 %
Krankentagegeld	744,5	840,2	874,3	874,5	130,0	17 %
Krankenhaustagegeld	512,4	504,3	495,4	487,2	-25,2	-5 %
Pflegezusatzversicherung	24,2	35,4	54,0	83,4	59,2	245 %
Sonstige Leistungen	58,3	50,5	77,9	78,1	19,8	34 %
Besondere Versicherungsformen	550,2	589,4	609,0	624,3	74,1	13 %
<b>Gesamt</b>	<b>19.551,3</b>	<b>21.216,7</b>	<b>22.507,7</b>	<b>23.910,3</b>	<b>4.359,0</b>	<b>22 %</b>

In 2015 sind die Ausgaben weiter angestiegen auf 25,81 Milliarden EUR, insbesondere die Kosten in der Pflege stiegen dabei überproportional um 8 % an.

Vergleicht man die Entwicklung der Leistungsausgaben der PKV mit der Entwicklung der Leistungsausgaben der GKV zeigt sich, dass die Leistungsausgaben in der GKV um 28 %

gestiegen sind. Als Vergleich hierzu sind die Ausgaben in der PKV lediglich um 22 % angewachsen. Im Bereich der GKV zeigt sich eine überproportionale Steigerung der Leistungsausgaben im ambulanten Bereich, die auch durch den Wegfall der Praxisgebühr (Ausgabenreduzierung von 2004 bis 2012) beeinflusst ist.

Tabelle 3: Vergleich Entwicklung PKV zu GKV-Leistungsausgaben 2008 bis 2014 (in Mio. EUR)

Vergleich Entwicklung PKV zu GKV-Leistungsausgaben 2008-2014 (in Mio. EUR)	Ambulante Leistungen		Stationäre Leistungen		Zahnleistungen		Leistungsausgaben gesamt	
	PKV	GKV*	PKV	GKV	PKV	GKV	PKV	GKV
2008	8.921,1	67.950,0	5.838,5	52.140,0	2.902,1	10.930,0	19.551,3	150.900,0
2010	9.556,7	72.420,0	6.425,8	58.130,0	3.214,4	11.420,0	21.216,7	164.960,0
2012	10.006,3	73.640,0	6.741,1	61.660,0	3.649,7	11.750,0	22.507,7	173.150,0
2014	10.742,0	85.050,0	7.084,9	67.860,0	3.935,9	13.030,0	23.910,3	193.630,0
Steigerung 2008-2010	7,1 %	6,6 %	10,1 %	11,5 %	10,8 %	4,5 %	8,5 %	9,3 %
Steigerung 2010-2012	4,7 %	1,7 %	4,9 %	6,1 %	13,5 %	2,9 %	6,1 %	5,0 %
Steigerung 2012-2014	7,4 %	15,5 %	5,1 %	10,1 %	7,8 %	10,9 %	6,2 %	11,8 %
Steigerung 2008-2014	20,4 %	25,2 %	21,3 %	30,1 %	35,6 %	19,2 %	22,3 %	28,3 %

\*Kosten für Ärztliche Behandlung, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Soziale Dienste, Prävention, Selbsthilfe, Früherkennungsmaßnahmen, Schwangerschaft / Mutterschaft

Die geringeren Leistungssteigerungen in der PKV gegenüber der GKV führen jedoch nicht zu geringeren Beitragssteigerungen, denn auch die PKV-Beiträge steigen seit Jahren überproportional an. Im Durchschnitt sind die Beiträge der Versicherten von 2000 bis 2016 um durchschnittlich 3,7 % angestiegen. In 2016 haben sich die Beiträge sogar um 4,1 % erhöht.

Gründe für die Steigerungen der Prämien in den letzten Jahren waren insbesondere:

- Steigende Gesundheitskosten durch z. B. neue OP-Verfahren, moderne Geräte, neue Untersuchungsmethoden und neue Medikamente sowie bessere Diagnosen und Therapien
- Steigende Lebenserwartung
- Zunahme von Volkskrankheiten

Die PKV ist gesetzlich verpflichtet, jährlich die tatsächlichen Ausgaben mit den kalkulierten zu vergleichen. Bei einer Abweichung um mehr als 10 % müssen die Rechnungsgrundlagen überprüft werden und bei Bestätigung der Abweichung die Beiträge angepasst werden. Kontrolliert werden die Versicherungsunternehmen von unabhängigen Treuhändern und der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), um die Richtigkeit der Prämienkalkulation sicherzustellen.

Im Gegensatz zu den gesetzlichen Krankenkassen sind jedoch in den privaten Krankenversicherungen Leistungskürzungen ausgeschlossen.

Ein weiterer Grund für die deutlichen Preisanpassungen im vergangenen Jahr stellt die aktuelle Niedrigzinsphase dar. Die Alterungsrückstellungen, die von den Versicherten zur Vermeidung zukünftiger Prämiensteigerungen mit einem Teil der Beiträge bezahlt werden, werden geringer als aktuariell kalkuliert verzinst. Entsprechend müssen die Versicherten erhöhte Beiträge zahlen, um auf dem gleichen Niveau Rückstellungen zu bilden und steigende Beiträge im Alter abfedern zu können. Gemäß Expertenmeinung führt eine Zinssenkung von 0,1 Prozentpunkten zu einer Beitragserhöhung von 1-1,5 %.

Eine wichtige Rolle für die Stabilität der Versicherung und die Beitragsanpassungen in der PKV stellt auch der Anteil der Abschluss- und Verwaltungsaufwendungen gemessen an den Beitragseinnahmen (Verwaltungskostenquote) dar. Fällt die Verwaltungskostenquote niedrig aus, wird ein hoher Anteil der Beiträge angelegt und kommt dem Kunden zugute. In den vergangenen Jahren ist diese Quote im Zuge der gesetzlich vorgeschriebenen Provisionsdeckelung deutlich gesunken.

**Tabelle 4: Entwicklung Abschluss-/Verwaltungsaufwendungen**

	PKV - Anteil Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen an Einnahmen			GKV - Anteil Nettoverwaltungs-kosten an Einnahmen gesamt
	Abschlussaufwendungen	Verwaltungsaufwendungen	Aufwendungen gesamt	
2007	8,1 %	2,7 %	10,8 %	5,3 %
2008	8,3 %	2,6 %	10,9 %	5,1 %
2009	8,5 %	2,6 %	11,1 %	5,2 %
2010	8,0 %	2,5 %	10,5 %	5,4 %
2011	8,0 %	2,4 %	10,4 %	5,1 %
2012	7,3 %	2,5 %	9,8 %	5,1 %
2013	6,7 %	2,3 %	9,0 %	5,1 %
2014	6,4 %	2,4 %	8,8 %	4,9 %

Die Experten gehen allerdings von Veränderungen bei den PKVen aus, um die Attraktivität der privaten Krankenversicherung zu steigern - beispielsweise durch eine stärkere Betonung der Leistungsseite. Auch hier wird das Ausgabenniveau insgesamt durch die demografische Entwicklung weiter ansteigen.

Fusionen wie bei den GKVen sind jedoch in der PKV-Branche nicht zu erwarten, da die Abrechnungsverbände getrennt zu führen sind und Tarife nicht ohne weiteres zusammengeführt werden können.

Chancen wie auch Risiken für die PKVen ergeben sich aus der Zinsentwicklung für die Altersrückstellungen, die den Kostenanstieg in späteren Jahren bremsen sollen. Der Rechnungszins für die PKV-Versicherten wurde in den vergangenen Jahren mit 3,5 % kalkuliert. In 2013 mussten die Prämien für die Versicherten infolge gestiegener Leistungsausgaben und der schwierigen Kapitalmarktsituation aufgrund des anhaltend niedrigen Zinsniveaus deutlich erhöht werden. Im Neukundengeschäft liegt den Tarifen entsprechend der Empfehlung der Aktuarvereinigung ein Rechnungszins von 2,5 bzw. 2,75 % zugrunde, um die Prämienentwicklung für die Versicherten aufgrund der Zinssituation zu entlasten.

Eine Abschaffung des PKV-Systems hin zu einer Bürgerversicherung, wie von einigen Politikern und Branchenexperten gefordert, wird jedoch von den befragten Experten kurz- bis mittelfristig nicht erwartet. Eine Abschaffung der Koexistenz von GKV und PKV wird in den nächsten fünf Jahren als unwahrscheinlich erachtet. Inwieweit sich aus der volatilen Kapitalmarktsituation negative Auswirkungen für private Krankenversicherer ergeben, bleibt abzuwarten.





# FINANZRESERVEN UND LEISTUNGS-AUSGABENENTWICKLUNG IN DER GKV

Die Finanzreserven der gesetzlichen Krankenkassen sind bis Ende 2015 um rund eine Mrd. EUR auf gut 14,5 Mrd. EUR abgeschmolzen. 2013 lagen die Reserven noch bei 16,4 Mrd. EUR. Die Ursache liegt bei den schneller als die Einnahmen steigenden Ausgaben. Hinzu kommen die Reformen der großen Koalition, die die Kosten zusätzlich treiben. Auch die Niedrigzinspolitik der Europäischen Zentralbank (EZB) belastet die Krankenkassen. Im Jahr 2015 musste der Gesundheitsfonds erstmalig Strafzinsen für die kontoführenden Banken in Höhe von 1,8 Mio. EUR zahlen. Gemessen an dem Gesamtvolumen des Fonds in Höhe von 200 Mrd. Euro ist dieser Betrag zwar als eher gering anzusehen, kann die Krankenkassen jedoch bei Erhöhung des Negativzinses durch die EZB weiter belasten.

Die Rücklagen der Krankenkassen sowie die aktuelle wirtschaftliche Lage einzelner Marktteilnehmer stellen sich differenziert dar. Während die DAK ein Minus von rd. 300 Mio. EUR ausweist und auch die Lage bei vielen Betriebskrankenkassen und einigen AOKen herausfordernd ist, zeigt sich bei anderen Krankenkassen, wie z. B. der Techniker Krankenkasse, der Barmer GEK und bei den AOKen in Sachsen/Thüringen sowie in Sachsen-Anhalt, eine stabilere wirtschaftliche Lage.

In den Industrieländern steigen die Gesundheitsausgaben stetig und entwickeln sich zu einem der größten Kostenblöcke der öffentlichen Haushalte. Diese Entwicklung wird durch den medizinischen Fortschritt beschleunigt und der demografische Wandel treibt die Kosten weiter nach oben.

Die Bedingungen für die Krankenkassen werden sich durch den demografischen Wandel in der Bevölkerung in den nächsten Jahren (Jahrzehnten) ändern und den Wettbewerbsdruck verschärfen. Auch die Reformen der großen Koalition, wie z. B. das Krankenhausstrukturgesetz, das Versorgungsstärkungsgesetz, das Hospiz- und Palliativgesetz und das Präventionsgesetz führen zu Mehrleistungsausgaben in den nächsten Jahren.

Betrachtet man die Leistungsausgaben je Versichertem, zeigen sich in den letzten zehn Jahren kontinuierliche Steigerungen um ca. 4,5 % pro Jahr. Die Entwicklung hat sich im vergangenen Jahr gegenüber den Vorjahren jedoch leicht abgeflacht. Die Kosten der Krankenhausbehandlung machen dabei gut 1/3 der gesamten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus, danach kommen Ausgaben für Arzneimittel, Ärztliche Behandlung und sonstige Leistungsausgaben. Zu den sonstigen Leistungsausgaben zählen bspw. Krankengeld, Fahrtkosten, Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen.

In der Marktstudie wurden die Experten u.a. befragt, wie sich die Leistungsausgaben in den nächsten Jahren entwickeln und welche Auswirkungen dies auf den gesetzlich reglementierten Leistungskatalog der Krankenkassen haben wird.

In den Augen der Experten sind insbesondere der medizinisch-technische Fortschritt und die demografische Entwicklung der Bevölkerung die entscheidenden Treiber bei den Leistungsausgaben. Es wird von den Experten insgesamt ein Anstieg der Leistungsausgaben erwartet, der sich jedoch in den einzelnen Segmenten unterscheidet. Während im ärztlichen und Krankenhausbereich sowie Arzneimittelbereich überproportionale Anstiege erwartet werden, sehen die Experten im zahnärztlichen Bereich eher geringe Steigerungsraten, bedingt durch die regulierenden Eingriffe. Auch die innerhalb des Präventionsgesetzes geforderten Mehraufwendungen, die nicht durch den Morbi-RSA gespeist werden, führen zu gesteigerten Leistungsausgaben bei den Krankenkassen.

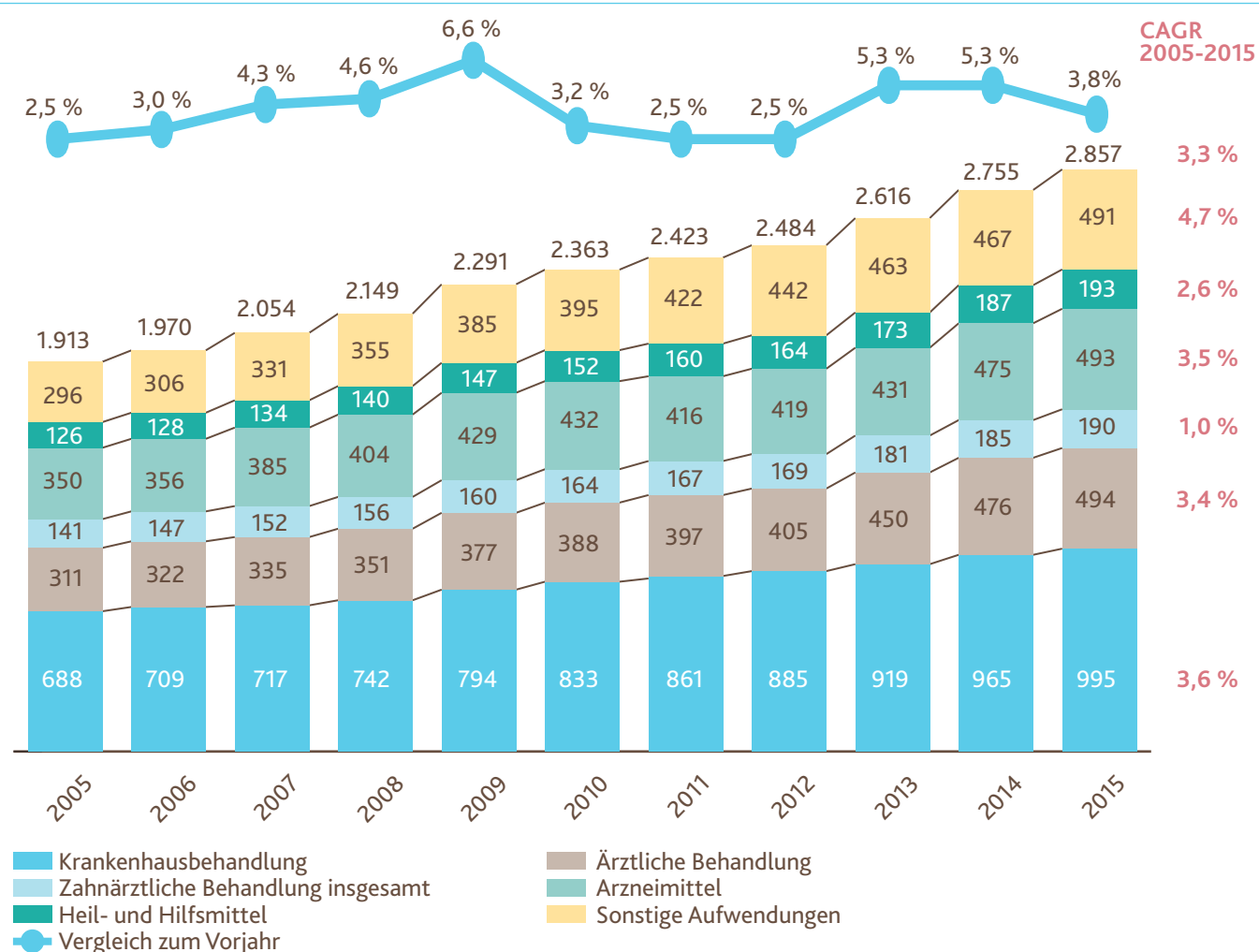
Ein weiterer Bereich, der stark von der demografischen Entwicklung abhängt, ist der Bereich der Pflege bzw. häuslichen Krankenpflege. Hier sind sich die Experten einig, dass es ebenfalls zu einem überdurchschnittlichen Leistungsausgabenanstieg kommen wird.

Bis 2040 wird von Experten ein Anstieg zwischen 1,4 % und 2,8 % p.a. der realen Gesundheitsausgaben pro Versichertem erwartet (inflationbereinigt). Durch die Steigerung der Leistungsausgaben werden weitere regulierende Eingriffe in den Markt vorhergesehen.

Die Einflüsse der zukünftig weiter steigenden Leistungsausgaben auf den gesetzlich vorgegebenen Leistungskatalog werden von den Experten differenziert betrachtet. In den nächsten 5 bis 10 Jahren werden vorerst keine Einschnitte und Erweiterungen erwartet, in den nächsten 10 bis 20 Jahren hingegen wird es Einschnitte aufgrund der demografischen Entwicklung geben müssen.

Einige Experten erwarten jedoch, dass die Krankenkasse teilweise ihre individuellen Satzungsleistungen kürzen bzw. Programme einstellen werden. Der Unterschied bei den Satzungsleistungen zwischen den Krankenkassen hinsichtlich Höhe, Service und Qualität wird in den nächsten Jahren deutlich größer werden. Damit wird auch die Wechselbereitschaft der Versicherten zunehmen.

Abbildung 11: Leistungsausgaben 2005 bis 2015 in EUR je Versichertem



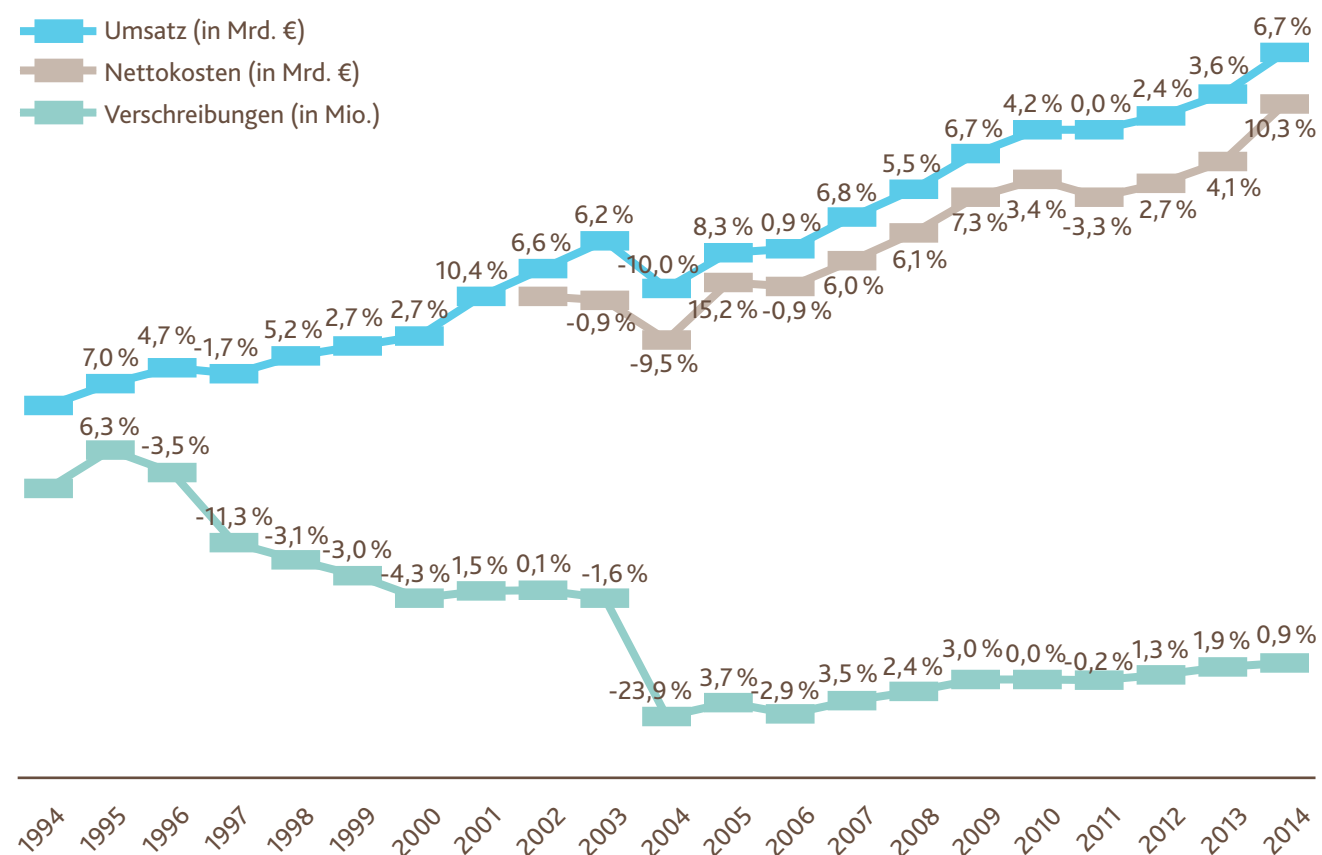
# ENTWICKLUNG ARZNEIMITTELMARKT

Für die Ausgabendynamik gibt es im Arzneimittelmarkt zwei Faktoren: die gesetzliche Absenkung des Herstellerabschlags von 16 auf sieben Prozent und eine starke Verteuerung der Therapie mit patentgeschützten Arzneimitteln (Hochpreispolitik). Arzneimittel wie die neuen Hepatitis-C-Präparate, MS-Präparate oder moderne Krebsmittel treiben die Ausgabenentwicklung voran. Es gibt allerdings auch wirksame Kostenbremsen: Rabatterlöse im Generikabereich, im Bereich der patentgeschützten Arzneimittel

durch die AMNOG-Regelungen (frühe Nutzenbewertung) sowie Erstattungspreisverhandlungen.

Die Ausgabenwüchse für die Arzneimittel haben sich trotz der hohen Ausgaben für patentgeschützte Medikamente in 2015 gegenüber dem Vorjahr abgeflacht. Sind die Ausgaben in 2014 noch um 9,4 % je Versichertem angestiegen (auch bedingt durch den Rückgang des Herstellerrabatts), sind die Ausgaben in 2015 nur um 3,9 % angewachsen.

Abbildung 12: Entwicklungen im GKV-Fertigarzneimittelmarkt bis 2014



Die Kosten für die neuen Arzneimittel, die in den ersten zwölf Monaten nach Markteinführung und vor Abschluss der frühen Nutzenbewertung für neue Arzneimittel verlangt werden können, führen aus Sicht der Kassen zu den gestiegenen Ausgaben im Arzneimittelbereich. Viele Krankenkassen fordern daher, die im Zuge der frühen Nutzenbewertung ausgehandelten Erstattungsbeträge auch rückwirkend für das erste Jahr geltend zu machen. Der GKV-Spitzenverband fordert z. B. den ausgehandelten Erstattungspreis rückwirkend bis zum Tag des Markteintritts gelten zu lassen. Die Techniker Krankenkasse plädiert für die freie Preisbildung für die Dauer des sechsmonatigen Nutzenbewertungsverfahrens und die einmonatige Opt-out-Frist. Der Effekt dieser Einsparungen wurde im AMNOG-Report berechnet: Eine Hochrechnung aus Abrechnungsdaten der DAK Gesundheit kommt auf ein GKV-weites Einsparpotenzial von 365 bis 380 Millionen Euro im Jahr, was einem Drittel Prozentpunkt beim Beitrag entsprechen würde. Für die DAK hätte dies im Jahr 2014 einem Einsparpotenzial von 20 Mio. EUR bzw. 0,5 % der Gesamtausgaben zur Folge.

Im Sommer steht voraussichtlich eine AMNOG-Novelle an, bei der die Krankenkassen über eine Verkürzung der Frist von zwölf Monaten diskutieren wollen.

Unabhängig von der ggf. anstehenden AMNOG-Novelle wird jedoch von den Experten erwartet, dass auch in den nächsten Jahren die Steigerungen im Arzneimittelbereich überdurchschnittlich sein werden. Insbesondere Kosten- und Mengensteigerungen bei individualisierten Medikamenten/Therapien und Krebsmedikamenten werden gemäß Expertenmeinung Preistreiber sein.

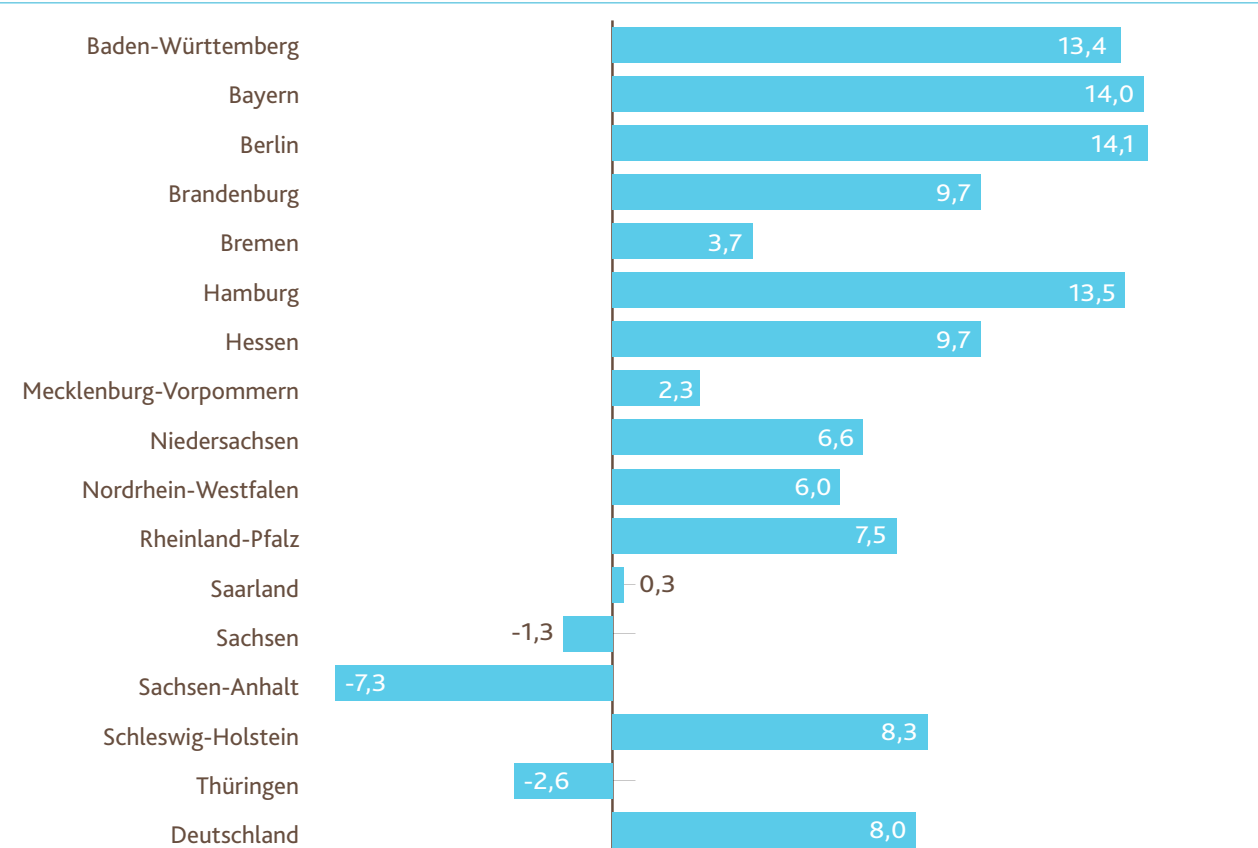


# ENTWICKLUNG KRANKENHAUSBEREICH

Im Krankenhausbereich sind insbesondere steigende Patientenzahlen und neue Behandlungsmöglichkeiten für Patienten für die Ausgabenanstiege verantwortlich. Die Zahl der stationären Fälle nahm von 2005 bis 2014 von 16,5 auf 19,1 Mio. zu. Die stationäre Gesundheitsversorgung in Deutschland wird auch zukünftig mit der Entwicklung steigender Patientenzahlen konfrontiert werden. Durch eine höhere Morbidität in der Bevölkerung verbunden mit der demografischen Entwicklung wird der Fallzahlenanstieg insgesamt begründet. Aber auch gesetzliche Neuregelungen haben erheblichen Einfluss auf die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich.

Seitens des statistischen Bundesamtes wird konstatiert: „Für die Krankenhausplanung bedeutet dies, dass Änderungen im künftigen Bedarf an Einrichtungen und medizinischem Personal absehbar sind. Die Auswirkungen werden sich aber vermutlich nicht nur auf den Krankenhausbereich beschränken. Hier sei auch der Bereich der notärztlichen Versorgung genannt, der vor allem bei Herz-/Kreislaufkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall etc. eine wichtige Rolle spielt“ (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010).

Abbildung 13: Veränderung der Krankenhaufälle in den Bundesländern 2030 zu 2008 nach Status-Quo-Szenario in %



Seit dem 1. Januar 2016 ist das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) in Kraft. Das Gesetz zielt darauf ab, die Qualität der Krankenhausversorgung zu stärken und die Finanzierungsmöglichkeiten der Krankenhäuser zu verbessern. Kernpunkte des Gesetzes sind:

- Fixkostendegressionsabschlag: Einführung veränderter Regelungen bei vereinbarten Mehrleistungen (diese werden aktuell mit einem Abschlag von 25 % vergütet, der bei erneuter Vereinbarung der Leistungen drei Jahre lang besteht), die stärker die Krankenhäuser mit Mengensteigerungen und nicht mehr über die Einbezugnahme in die Berechnung des Basisfallwertes auch Krankenhäuser ohne Mengenausweitung in den Folgejahren betreffen. Die Dauer des Fixkostendegressionsabschlags beträgt drei Jahre. Daneben wird fixiert, für welche Leistungen der Abschlag nicht oder nur hälftig gilt.
- Mengenorientierte Bewertungsrelationen: Berücksichtigung von Skaleneffekten bei der Mengenausweitung durch Krankenhäuser.
- Auf stationäre Krankenhausleistungen von Akutkliniken sowie psychiatrischen Häusern, soweit die Kosten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz getragen werden, finden zur Entlastung der Krankenhäuser der Mehrerlösausgleich sowie der Mehrleistungsabschlag keine Anwendung.
- Qualitätsorientierte Vergütung: Mindestmengen bei planbaren Leistungen eines definierten Kataloges, bei denen die Behandlungsqualität von der Menge der erbrachten Leistungen abhängt.
- Zweitmeinung: Geplante Verpflichtung bei Eingriffen, die der Mengensteuerung unterliegen.
- Der Versorgungszuschlag wird ab 2017 durch einen Pflegezuschlag ersetzt (500 Mio. EUR p.a.).

- Sollten Tarifabschlüsse Kosten verursachen, die die Obergrenze für Preiszuwächse im Krankenhausbereich überschreiten, soll der Überschreibungsbetrag hälftig durch die Krankenkassen ausgeglichen werden.
- Einrichtung von Strukturfonds (hälftig aus Mitteln des Gesundheitsfonds)

Bleibende Herausforderung ist die Heterogenität der Versorgung. So wird die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum entscheidend sein, da bedingt durch demografiebedingte Rückgänge der Bevölkerung, zunehmende Fallzahlverluste durch Ambulantisierung, fehlende Spezialisierung und dem zunehmendem Fachkräftemangel die Versorgung nur noch schwierig sicherzustellen ist. Anbieter in Ballungsräumen sehen sich hingegen insbesondere dem steigenden Konkurrenzdruck sowie einer zunehmenden ungleichen Verteilung in der ärztlichen Versorgung ausgesetzt. Kritisch stellt sich die Lage insbesondere in ländlichen Regionen dar, wo ungünstige, sich wechselseitig verstärkende Faktoren, wie ein bereits vorhandener niedriger ärztlicher Versorgungsgrad, eine ungünstige demografische Entwicklung der Bevölkerung oder ein im Vergleich hoher Altersanteil bei den Ärztinnen und Ärzten, zusammen kommen.

Die rein leistungsabhängige Vergütung kann die Vorhaltekosten bei der notwendigen Rund-um-die-Uhr-Versorgung für das typische "kleine Landkrankenhaus" nicht decken. Der bisher gültige Anspruch auf eine wohnortnahe Versorgung wurde im Koalitionsvertrag 2013 bereits durch "gute Erreichbarkeit" ersetzt und wird in 2015 als zumutbar tituliert. Entsprechend wird sich die Krankenhauslandschaft in ländlichen und strukturschwachen Gebieten in den nächsten Jahren grundlegend ändern. Fusionen verbunden mit Standortschließungen werden zunehmen. Innovative Projekte zur Sicherstellung der Versorgung werden gesetzgeberisch gefördert und sind ein Lösungsansatz.



Aktuell gibt es seitens des Gesetzgebers die Möglichkeit, Krankenhäuser in Regionen mit geringer Nachfrage von Gesundheitsleistungen einhergehend mit nicht refinanzierten Vorhaltekosten für die Patientenversorgung (24 Std. Notfallambulanz) über einen Sicherstellungszuschlag zu stützen. Perspektivisch greift dieser Ansatz jedoch zu kurz, so dass ein Innovationsprozess hin zu neuen Versorgungsmodellen die nachhaltige strategische Ausrichtung bestimmen sollte. Häufig treten die Leistungserbringer mit einer Forderung nach einem entsprechenden Strukturzuschlag (ggf. auch Sicherstellungszuschlag) an die Krankenkassen heran, die von nun an Wegbegleiter einer Umstrukturierungsphase sind und diese entsprechend bewerten können sollten.

Experten schätzen, dass die Krankenhausreform in den nächsten Jahren die Krankenkassen um zusätzlich fast zwei Mrd. EUR pro Jahr belasten wird. Auch qualitätsorientierte Themen sowie die steigende Anzahl von Patienten werden die Kosten zukünftig weiterhin deutlich ansteigen lassen. Hinzu kommt der wegfallende Investitionskostenabschlag bei ambulanten Krankenhausleistungen. Dieser Wegfall wird von den befragten Experten kritisch gesehen, da diesen real keine Leistungen gegenüberstehen und zu einem Ausgabenanstieg der Krankenkassen führen werden.



## VERWALTUNGSKOSTEN

Neben den Leistungsausgaben für die Versicherten entstehen bei den Krankenkassen noch "sonstige Leistungsausgaben ohne Risikostrukturausgleich" sowie "Netto-Verwaltungskosten". Nachdem 2002 die Verwaltungskosten der Krankenkassen mit 8,2 Mrd. Euro oder 5,2 % der Einnahmen von knapp 140 Mrd. Euro einen Höchststand erreichten, wird insbesondere seit der Reform 2004 versucht, die Verwaltungskosten der Krankenkassen zu reduzieren. Studien aus den letzten sechs Jahren haben auch gezeigt, dass Krankenkassen durch effizientere Verwaltungen Kosten problemlos einsparen könnten. Daher spielt das Thema effiziente Gestaltung der Dienstleistungsprozesse bei den Krankenkassen im Rahmen von Kostensenkungen wie auch bei anderen Unternehmen und Institutionen im Gesundheitsbereich eine entsprechende Rolle.

Zur Erzielung von Kostensenkungen ist Outsourcing bei vielen Unternehmen und Institutionen im Gesundheitsbereich ein adäquates Konzept. Bei Betrachtung der Entwicklung der Nettoverwaltungskosten von 2005 bis 2015 fällt auf, dass diese um 2,5 % p.a. gestiegen sind. Auf der anderen Seite zeigt sich jedoch bei einem Vergleich des Anteils Kosten für Nettoverwaltungsaufwendungen gemessen an den Beitragseinnahmen (Verwaltungskostenquote), dass diese in den vergangenen Jahren von 5,3 % (2007) auf 4,9 % in 2014 und 2015 gesunken sind.

Hinsichtlich der Notwendigkeit von Outsourcing bei Krankenkassen sind sich die Experten einig, dass nahezu jede Krankenkasse externe Unterstützung benötigt. Entscheidend für die Auslagerung von Tätigkeiten sind die vorhandenen Mitarbeiterressourcen und die Definition der Kernkompetenz der jeweiligen Krankenkasse. Je kleiner eine Krankenkasse ist bzw. je weniger Mitglieder diese hat, desto eher steigt in der Regel aufgrund von begrenzten Personalressourcen die Notwendigkeit zum Outsourcen bestimmter Dienstleistungen an. Zu den häufigsten Outsourcingleistungen

der Krankenkassen zählen insbesondere die Abrechnung von Patientenbehandlungen oder Call-Center zur Serviceannahme. Die aktuelle Gesetzeslage sieht individuelle Leistungen am Versicherten als "originäre" Krankenkassenleistung an, dies begrenzt die Outsourcingaktivitäten entsprechend.

Die Entscheidung darüber, welche unternehmerischen Kompetenzen bei den Krankenkassen verbleiben, sind neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen auch in Abhängigkeit von der "Kerngeschäfts"-Definition zu sehen: Insbesondere alle Tätigkeitsfelder mit direktem Bezug zum Versicherten werden von den Krankenkassen als Kernkompetenz gesehen. Die Definition unterscheidet sich jedoch von Kasse zu Kasse. Ein weiteres Kriterium über Outsourcen von Leistungen wird bei den Experten zusätzlich im Bereich der Innovationskraft des Vorstandes gesehen, auch im Hinblick auf Innovationsfreudigkeit hinsichtlich Marketing sowie Kosten- und Versorgungsmanagement.

Experten gehen in der aktuellen Marktstudie davon aus, dass Krankenkassen auch zukünftig versuchen werden ihre Verwaltungskosten weiter zu reduzieren. Ansätze werden jedoch nicht schwerpunktmäßig beim Outsourcen von Leistungen, sondern insbesondere bei der Reduktion von Geschäftsstellen und Zentralisierung von Leistungen gesehen.

Daher wird es für die Krankenkassen in den nächsten Jahren wichtig werden, alle Ausgaben, die nicht direkt mit den Versicherten zusammenhängen, auf ein effizientes Maß zu reduzieren und sich, bedingt durch den Wettbewerbsdruck, mittelfristig keinen ineffizienten Verwaltungsapparat, der sich auf die Höhe der Zusatzbeiträge oder die Reduktion von zusätzlichen Leistungsangeboten auswirkt, mehr zu leisten.



## ENTWICKLUNG VON NEUEN VERSORGUNGSMODELLEN

Der demografische Wandel und der Fachkräftemangel erfordern für das Gesundheitswesen vermehrt eine integrierte und vernetzte medizinische Versorgung. Neue Versorgungsmodelle verfolgen das Ziel, die Versorgung(-qualität) der Bevölkerung sicherzustellen. Diese ist zwar im Bundesgebiet bezogen auf die flächendeckende Versorgung insgesamt als hoch zu bezeichnen, stößt allerdings im ländlichen und dünn besiedelten Raum vermehrt an Grenzen. Aufgrund von Mindestvorhaltungen, die zur Erfüllung von Strukturvorgaben finanziert werden müssen, sind viele Krankenhausstandorte nicht wirtschaftlich zu betreiben. Auch Arztpraxen schwinden teilweise die Patientenzahlen, so dass es zunehmend gravierende Probleme in der Nachbesetzung hausärztlicher und fachärztlicher Arztstellen in den ländlichen Regionen gibt.

Den neuen Versorgungsmodellen, die zumeist vor dem Hintergrund der geschilderten Entwicklungen aus den Ideen und Zusammenschlüssen innerhalb von Pilotregionen konzipiert werden, werden positive Effekte auf die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung und ein hoher kommunaler Nutzen unterstellt. Zudem gibt es die Möglichkeit, Modellprojekte durch Förderungen der Landesregierungen oder des Bundes, z. B. über den Innovationsfonds, unterstützen zu lassen.

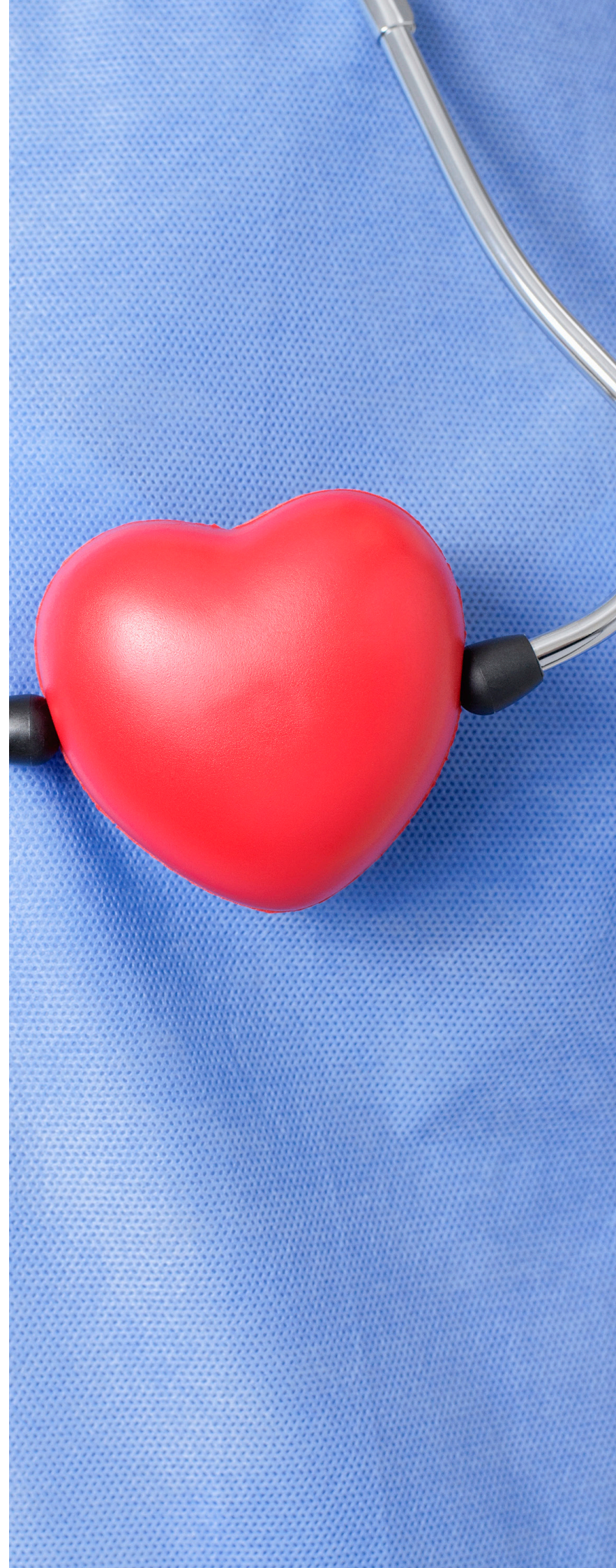
In der Praxis stoßen die Krankenkassen häufig auf das Problem, dass ihre Daten zur Versorgungsforschung sich auf die Anforderungen ihrer Mitglieder beziehen. In regionsspezifischen Settings sind die großen Krankenkassen (AOKen, TK, Barmer GEK, DAK) häufig zu einer Einschätzung zu Veränderungen in dem Versorgungsbedarf in der Lage und verfügen über die Möglichkeit, Selektivverträge mit Leistungserbringern zu schließen, um die Angebotsseite zu steuern. Von Krankenhäusern geschilderte Wirtschaftlichkeitsprobleme können allerdings in Gänze nur schwer für den jeweiligen Verband bewertet werden.

Auslöser für ein Projektbeispiel zur Umstrukturierung eines Krankenhausstandortes in ein Versorgungsmodell war daher zunächst ein Diskussions- und Streitweg vor Verwaltungs- und Sozialgericht zur Höhe und Gewährung eines Sicherstellungs-

zuschlags. Strukturzuschläge oder ähnliche Vereinbarungen treffen Krankenhäuser vereinzelt mit Krankenkassen in hitzigen Budgetverhandlungen. Gerät ein Krankenhausstandort in wirtschaftliche Not, der aus versorgungspolitischer Sicht bedarfsnotwendig für die Gesundheitsversorgung in der Region gehalten wird (objektive Kriterien gibt es hierfür noch nicht), wechseln die Fragestellungen zwischen der Daseinsfürsorgepflicht, die eine Stadt, eine Kommune, ein (Land-)Kreis für die Bevölkerung hat und der Pflicht zur Versicherung des Risikos Krankheit durch die Krankenkassen für ihre Mitglieder. Da es bei Modellansätzen häufig um intersektorale Lösungen geht und zumeist die ambulante Versorgung gleichfalls betroffen ist, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertreter der niedergelassenen Ärzte in die bedarfsorientierte Konzeptionierung mit einzubeziehen.

In Deutschland gibt es bereits einige Modellprojekte und Ansätze zur sektorenübergreifenden Versorgung:

- Lokale Gesundheitszentren (wohnortnah und sektorenübergreifend) wie z. B. das von BDO mit dem Westküstenklinikum (WKK) Brunsbüttel entwickelte integrative Versorgungskonzept, bei dem die Barrieren zwischen dem ambulanten und stationären Sektor fallen und Gelder zwischen den Sektoren fließen sollen.
- Netzwerke, die die Wirtschaftlichkeit von Krankenhausstandorten verbessern sollen und einen stetigen Erfahrungsaustausch fördern, wie z. B. das Kompetenznetz Krankenhäuser in Schleswig Holstein (6 K).
- Kommunenbetriebene Hausärzte-MVZ, wie z. B. in der Gemeinde Büsum in Schleswig-Holstein
- Das Modellprojekt VERAH®, bei dem erfahrene und qualifizierte medizinische Fachangestellte in Hausarztpraxen ausgebildet werden und für den jeweiligen Arzt Patientenbesuche übernehmen.
- Onkologische und palliativmedizinische Netzwerke, die sektorenübergreifend die Patientenbetreuung steuern und koordinieren.
- Geriatrische Versorgungsverbände z. B. als Antwort auf die Strukturanforderungen aus dem Krankenhausplan NRW.



- Kooperationen zur Erbringung ambulanter spezialfachärztlicher Leistungen nach §116b neu, bei denen ein Behandlungsteam aus ambulanten und stationären Leistungserbringern besteht.
- Einbindung von Telemedizin als Pilotprojekt durch die Kassenärztliche Vereinigung in Bayern zur Verbesserung der Erreichbarkeit ambulanter Versorgungsangebote.
- Die Fortschreibung und Weiterentwicklung von DMP für weitere Krankheitsbilder, bei denen Betroffene einen strukturierten Patientenpfad durchlaufen können.

Durch die Verabschiedung des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsstärkungsgesetz) im Juli 2015 sind die Bestrebungen des Gesetzgebers deutlich geworden, dass die Versorgung in der Fläche auf hohem Niveau gesichert werden soll und integrative Ansätze verstärkt gewünscht sind.

Wesentliche Instrumente des Gesetzes hierzu sind:

- Strukturfonds zur Förderung der Niederlassung
- Gründungsmöglichkeiten von MVZ durch Kommunen
- Einführung einer Überversorgungsgrenze von 140 %, bei der den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit gegeben wird, die Nachbesetzung von Arztsitzen zu verwehren
- Verpflichtung zu zeitnahen Anpassungen des EBM, um die Orientierung der Vergütung stärker an die Versorgung zu verbessern
- Einrichtung von Terminservicestellen durch die KVen
- Verzicht auf Regressforderungen gegenüber freiberuflichen Hebammen durch Krankenkassen und Pflegekassen, mit dem Ziel die Versicherungsprämien langfristig zu stabilisieren
- Zur Förderung von Innovationen in der Versorgung und von Versorgungsforschung wird ein Innovationsfond beim GBA mit einem Volumen von 300 Mio. Euro jährlich - zunächst in den Jahren 2016 bis 2019 - eingerichtet



- Bei bestimmten mengenanfälligen planbaren Eingriffen erhalten Versicherte einen Anspruch auf die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung.
- Das Krankenhaus-Entlassmanagement wird verbessert, indem den Krankenhäusern die Pflicht zur Überleitung in die nachfolgende Versorgungseinrichtung zugeschrieben wird
- Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) werden ausgebaut

## DMP

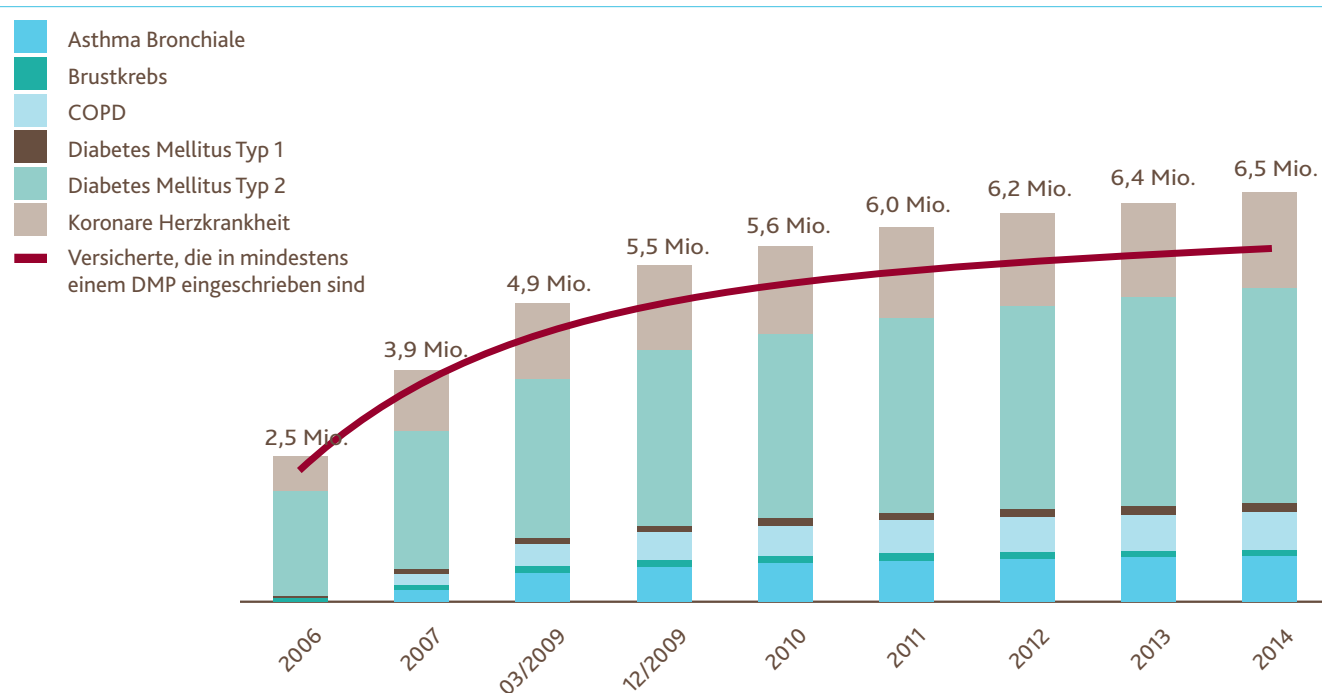
Über 6,5 Millionen Menschen in Deutschland nahmen 2014 an strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme, DMP) teil. Davon sind rund eine halbe Mio. Versicherte in mehreren Programmen eingeschrieben (Quelle: Tätigkeitsbericht Bundesversicherungsamt). Die meisten der in DMP eingeschriebenen Patienten sind Diabetiker, knapp vier Mio. Patienten sind in einem Programm für Typ-2-Diabetiker eingetragen.

Vorrangiges Ziel der DMP ist die Verbesserung der Versorgung chronischkranker Versicherter. Insbesondere sollen durch die chronische Krankheit bedingte Folgeschäden und Komplikationen bei den betroffenen Versicherten vermieden werden. DMP sollen somit helfen, eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen und bestehende Versorgungsmängel wie Über-, Unter- und Fehlversorgung in unserem Gesundheitssystem abzubauen. Angestrebt wird insoweit auch eine Reduzierung der Gesamtbehandlungskosten durch Vermeidung von Komplikationen, Krankenhausaufenthalten und Folgeschäden.

Ein Ausbau der strukturierten Behandlungsprogramme um folgende weitere Indikationen wird aktuell geprüft:

- Herzinsuffizienz
- Rheumatoide Arthritis
- Osteoporose
- Chronischer Rückenschmerz
- Depression

Abbildung 14: Teilnahme an DMP-Programmen (Quelle: BVA)



Experten erwarten, dass 2 neue DMPs in 2016 eingeführt werden, gefolgt von 2-3 weiteren DMPs in den nächsten Jahren. Mit welchen Programmen zuerst gestartet wird ist aktuell noch unklar, Experten gehen davon aus, dass die Indikationen Chronischer Rückenschmerz oder Depression in 2016 bereits eingeführt werden.

Insbesondere für die Versorgung von chronisch Kranken ist es gut, dass Leistungs- und Qualitätsaspekte neben den Preisaspekten eine Rolle spielen, auch wenn die Einführung neuer Versorgungsangebote im ersten Schritt erst einmal zu Ausgabensteigerungen der Krankenkassen führen.

## GERIATRISCHE VERSORGUNGSVERBÜNDE

Bedingt durch die demografische Entwicklung steigt auch der Bedarf an altersmedizinischer/geriatrischer Betreuung. Je nach Schwere der Erkrankung gibt es verschiedene ambulante und stationäre Einrichtungen bzw. Ärzte, wie z. B. niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste, ambulante Therapieangebote, etc.

Beispielsweise sind im Krankenhausplan NRW 2015 die Entwicklungen der patientenorientierten Altersmedizin gestärkt worden. „Die demografische Entwicklung ist Anlass zur Erstellung eines Konzepts, das zu einer qualitativ verbesserten Organisation der geriatrischen Versorgung beiträgt. Sie soll möglichst allen Patientinnen und Patienten in NRW bei Bedarf gleichermaßen zugänglich sein. Ein zentrales Element ist die verbindliche Zusammenarbeit im geriatrischen Versorgungsverbund. Dadurch entsteht die Möglichkeit, immer und unabhängig vom Behandlungsort eine geriatrische Anamnese und daraus folgend eine zielgerichtete Therapie durchzuführen. Nach Umsetzung dieses Konzepts soll eine angemessene stationäre geriatrische Behandlungskompetenz flächendeckend vorhanden sein.“

## INNOVATIONS- UND STRUKTURFONDS

Die Krankenkassen sind teilweise direkt durch die Gesetzgebung zum Mitwirken an Modellprojekten aufgefordert, so wird bei Antragsstellungen im Rahmen des Innovationsfonds die Einbindung einer Krankenkasse empfohlen. Mittelfreigaben erfolgen wie auch für den Strukturfonds, der für die Verbesserung der stationären Versorgung in der Breite und dabei insbesondere auf den Abbau der von Leistungen mit Überkapazitäten setzt, über das BVA, nachdem über die Anträge in einem entsprechenden Ausschuss beschieden wurde. Die Krankenkassen werden gezwungen sein, sich zu den Versorgungsstrukturen zu positionieren.

Ausgesparte Problemfelder aktueller Initiativen zur Verbesserung des Gesundheitssystems im Rahmen von KHSG und VSG sind aus Sicht der Krankenkassen die mangelnde Verpflichtung der Länder, die Krankenhausplanung nach bundesweit gültigen (Qualitäts-)Kriterien durchzuführen und die mangelnde Verpflichtung der Länder zur angemessenen Investitionsförderung.

Leistungsangebote erzeugen aus Sicht der Krankenkassen noch zu häufig eine angebotsinduzierte Nachfrage, die als Versorgungsbedarf interpretiert wird.

Objektive Bedarfskriterien gibt es hingegen nicht. Zur Mengenbegrenzung fehlen nach Einschätzung der befragten Experten geeignete Strategien, stattdessen werden eher Leistungs- und Serviceausweitungen von den Krankenkassen umgesetzt. Inwieweit Strukturfonds oder Innovationsfonds zur besseren Verteilung der Gesundheitsangebote in der Fläche führen, können die Experten nur schwer absehen. Aus Sicht der Krankenkassen sollten gezielt Konzentrationsprozesse eingeleitet werden, um regionalen und demografischen Veränderungen Rechnung zu tragen.



Prognosen von Wirtschaftsinstituten und Experten gehen davon aus, dass die verschiedenen Reformen Mehrkosten von bis zu 40 Mrd. Euro bis zum Jahr 2020 bringen werden.

### BEISPIELE AUS DEM INTERNATIONALEN RAUM

In den USA sind bereits seit den 1970er Jahren private Krankenversicherungstarife auf dem Markt, die von Versicherungsunternehmen angeboten werden, die gleichzeitig Krankenhäuser oder Gesundheitszentren betreiben (Health Maintenance Organization - HMO). Das Modell existiert in der Schweiz für Gesundheitspraxen seit 1990. Die Gemeinschaft aus Versicherungen und Leistungserbringern (Ärzte, Genossenschaftsverbände oder Krankenhäuser) hat dabei ein bestimmtes fixes Gesamtbudget, aus dem alle medizinischen Maßnahmen bezahlt werden. Der Leistungserbringer hat einen Wirtschaftlichkeitsanreiz, das Budget nicht vollständig aufzuwenden, indem er einen Teil des nicht verbrauchten Rests des Budgets zusätzlich zu seinem Lohn erhält. In Deutschland steigt im Gegensatz hierzu das Einkommen des Leistungserbringers mit der Bewertung und Anzahl der Leistungen, die er erbringt (unter Berücksichtigung von bestimmten Ausgleichsmechanismen wie Regelleistungsvolumina oder Mehrleistungsabschlägen). Die HMO-Zentren sind Eigentum einer Krankenversicherung oder haben Verträge mit einem oder mehreren Krankenversicherern abgeschlossen. Die leistungserbringenden Ärzte sind Angestellte oder Teilhaber der HMO-Zentren. Das Budget, das das HMO-Zentrum erhält, muss jedes Jahr neu ausgehandelt werden, und hängt von der Zahl und der Altersstruktur der Versicherten dieses Zentrums ab. Vom verhandelten Budget müssen alle Kosten für die Versicherten bestritten werden, auch Rechnungen externer Ärzte, Therapeuten oder von Krankenhäusern. Ein Bestreben der Zentren ist es daher, eine möglichst

umfassende Betreuung mit wichtigen Fachrichtungen selbst anzubieten, um die Zahl notwendiger externer Leistungen möglichst klein zu halten.

Ein HMO-Zentrum lohnt sich daher auch nur ab einer bestimmten Mindestzahl von angeschlossenen Versicherten und ist in ihrer bisherigen Form in den USA und der Schweiz eher auf Ballungsräume beschränkt.

Als erster deutscher Klinikkonzern bieten die Helios Kliniken seit 2013 gemeinsam mit der Debeka-Versicherung die Heliosplus-Card an. Über eine Zusatzversicherung können Betriebe ihre Mitarbeiter mit einem ergänzenden Versicherungsschutz versorgen, der den Mitarbeitern die Untersuchung und Diagnostik innerhalb der Helios Präventionszentren ermöglicht. Besondere Tarife für einen stationären Aufenthalt (in einer Helios-Klinik) beinhalten die Chefarzt- und Zwei-Bett-Zimmer Leistungen. Neben Helios/Rhön gibt es bisher keine weiteren bekannten Zusammenschlüsse des Versicherungsanbieters und späteren Leistungserbringern.

Die engere Vernetzung zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und KVen nimmt jedoch auch in Deutschland mit den Modellvorhaben und der Fragestellung der wirtschaftlichen Leistungserbringung einen Verlauf, der langfristig aus Krankenkassensicht in ähnliche Modellüberlegungen münden könnte.

Die bisherigen Ausprägungen der HMOs sind in ihrer jetzigen Form nicht zwingend für das deutsche Gesundheitssystem geeignet, da sie die Probleme der kostenintensiven Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum in Deutschland nicht lösen. Eine engere Abstimmung zwischen den verschiedenen Beteiligten im Gesundheitswesen ist allerdings in jedem Fall anzustreben, um die große Heterogenität in der Versorgungslandschaft zugunsten einer zukunftsfähigen Struktur umzuwandeln.

## DIGITALISIERUNG ALS CHANCE FÜR DIE KRANKENKASSEN?

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens bietet Chancen für eine zukunftsfähige medizinische Versorgung, da insbesondere in ländlichen Gebieten telematische Angebote, Qualität und Know-how direkt zum Patienten transportiert werden können. Die Telematik-Infrastruktur spielt hierfür eine wichtige Rolle. Heute werden Befunde, Diagnosen und Rezepte zwar schon überwiegend elektronisch erstellt, aber oftmals noch analog weitergegeben.

Der Bundestag hat am 4. Dezember 2015 das „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz)“ in zweiter und dritter Lesung beschlossen, das am 1. Januar 2016 in Kraft getreten ist. Die Schwerpunkte des Gesetzes sind:

- Ein modernes Stammdatenmanagement (Online Prüfung und Aktualisierung von Versichertenstammdaten). Diese erste Online-Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte soll nach erfolgreichem Probelauf bis Mitte 2018 flächendeckend eingeführt werden.
- Medizinische Notfalldaten sollen ab 2018 auf Wunsch des Versicherten auf der elektronischen

Gesundheitskarte gespeichert werden. Menschen, die drei oder mehr Arzneimittel anwenden, erhalten ab Oktober 2016 einen Anspruch auf einen Medikationsplan. Ab 2018 soll der Medikationsplan auch elektronisch von der Gesundheitskarte abrufbar sein.

- Um die Ausgabe der Heilberufsausweise zu unterstützen, mit denen Ärzte auf die sensiblen Daten der Gesundheitskarte zugreifen können, werden elektronische Arztbriefe bereits vor Einführung der Telematik-Infrastruktur gefördert, wenn hierfür ein elektronischer Heilberufsausweis mit elektronischer Signatur verwendet wird. Diese Anschubfinanzierung, mit der ein höheres Datenschutz- und Sicherheitsniveau in der elektronischen Kommunikation erreicht wird, gilt für das Jahr 2017.
- Mit dem E-Health-Gesetz wird der Einstieg in die elektronische Patientenakte gefördert. Die Telematik muss bis Ende 2018 die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Daten der Patienten (z. B. Arztbriefe, Notfalldaten, Daten über die Medikation) in einer elektronischen Patientenakte für die Patienten



bereitgestellt werden können. Patienten sind dann in der Lage, ihre Behandler über ihre wichtigsten Gesundheitsdaten zu informieren.

- Patientennutzen und -selbstbestimmung stehen im Mittelpunkt. Der Patient entscheidet nicht nur, welche medizinischen Daten mit der Gesundheitskarte gespeichert werden, sondern auch wer darauf zugreifen darf. Die gematik muss bis Ende 2018 die Voraussetzungen für die Nutzung des Patientenfachs mit der elektronischen Gesundheitskarte schaffen, so dass Patienten ihre Daten auch außerhalb der Arztpraxis eigenständig einsehen können.
- Zur Förderung der Telemedizin, wird die telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen ab April 2017 und die Online-Videosprechstunde ab Juli 2017 in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen werden.
- Die gematik wird daher verpflichtet, bis zum 30. Juni 2017 ein Interoperabilitätsverzeichnis zu erstellen, das die von den verschiedenen IT-Systemen im Gesundheitswesen verwendeten Standards transparent macht. Neue Anwendungen sollen nur noch dann aus den Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden, wenn die im Gesetz vorgesehenen Festlegungen und Empfehlungen der gematik aus dem Interoperabilitätsverzeichnis berücksichtigt werden.
- Weil immer mehr Menschen Smartphones und andere mobile Endgeräte für Gesundheitsanwendungen nutzen, soll die gematik bis Ende 2016 prüfen, ob die Versicherten solche Geräte etwa zur Wahrnehmung ihrer Zugriffsrechte und für die Kommunikation im Gesundheitswesen einsetzen können.

Die Verbindung von der elektronische Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur sollen hierbei vereinfachte Verwaltungsabläufe schaffen, eine hohe Verfügbarkeit medizinischer Informationen ermöglichen und den Datenschutz und die Datensicherheit im Gesundheitswesen stärken. Sensible Patientendaten in Deutschland stehen unter hohem Datenschutz. Unberechtigte dürfen keinen Zugang zu Informationen von Patienten und ihrer Gesundheit erhalten. Das betrifft alle gesetzlich geplanten Aktivitäten zur elektronischen Verarbeitung von Versichertendaten.

Erfolgreiche Modelle, wie das TEMPiS-Projekt (Telemedical Project for integrative Stroke Units), bei dem im Südosten Bayerns 15 regionale Krankenhäuser mit zwei Schlaganfallzentren in München und Regensburg vernetzt wurden, bilden dabei das Vorbild für die Weiterentwicklung. Hierzu müssen jedoch verstärkt auch die sektoriellen Grenzen zwischen der stationären und ambulanten Versorgung überwunden werden.

Zu den Telematikanwendungen mit großem Potenzial gehört die Telemedizin, da Diagnostik und Therapie trotz räumlicher Distanz zum Arzt und einer medizinischen Einrichtung den Patienten erreicht. Hier bietet sich auch gerade im Bereich der Notfall- und Krankenhausversorgung die Chance angesichts der demografischen Entwicklung auch künftig eine hochwertige Gesundheitsversorgung in der Fläche sichern zu können.

Eine Vielzahl der existierenden Prozesse bei den GKVn ist noch nicht oder nur zum Teil automatisiert. Hier haben die gesetzlichen Krankenversicherungen noch Aufholbedarf verglichen mit privaten Krankenversicherungen. Die digitale Abrechnung ist in der PKV-Branche schon bereits weit fortgeschritten. Die Axa und die CompuGroup Medical AG (CGM) beispielsweise haben ein Joint Venture gegründet, mit dem künftig die Abrechnung in der privaten Krankenversicherung (PKV) komplett papierlos erfolgen soll. Damit sollen digitale Brücken zwischen allen Beteiligten geschaffen werden, die so die Prozesse vereinfachen und Zeit und Geld einsparen sollen. Als andere Alternative scannen Versicherte den 2-D-Barcode auf den Dokumenten (z. B. auf den Arztrechnungen von privatärztlichen Verrechnungsstellen) oder fotografieren die Belege ab und stellen diese im elektronischen Ordner beim Versicherer ein.

In den USA hat in den vergangenen Jahren der Einsatz elektronischer Patientenakten stark zugenommen im Medicare-System (öffentliche Krankenversicherung für über 65-Jährige und behinderte Bürger). Hintergrund sind Accountable Care Organizations (ACO), einem Netzwerk aus Ärzten, Krankenhäusern und anderen zugelassenen Leistungserbringern, die für die Qualität und die Kosten der Versorgung bestimmter Patientengruppen verantwortlich sind. Die ACOs erhalten

hierbei eine zusätzliche Einzelleistungsvergütung als Bonus, wenn bestimmte Einsparungen erreicht werden, die eine gezielte Patientensteuerung voraussetzen. Die Patientensteuerung setzt jedoch einen gesteigerten Bedarf an Patientendaten voraus, die mittels elektronischer Datenübermittlung zusammengeführt werden.

Auch in Deutschland gibt es verstärkt Aktivitäten einer digitalen Vernetzung. Zukünftig sollen Online-Anwendungen auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) wie die elektronische Patientenakte verfügbar sein. Mit dem E-Health-Gesetz wird der Einstieg in die elektronische Patientenakte gefördert. Bis Ende 2018 müssen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass Daten der Patienten aus bereits vorhandenen Anwendungen und Dokumentationen wie z. B. Notfalldaten oder Medikationsplan, in einer elektronischen Patientenakte für den Patienten bereitgestellt werden.

Experten sehen im Rahmen der Marktstudie große Veränderungen für den Markt, die sich aus der Digitalisierung und verstärkten Vernetzung der einzelnen Marktteilnehmer ergeben. Im Zuge der komplexer werdenden Prozesse, z. B. bei der elektronischen Abrechnung von Versorgungsleistungen im Hilfsmittelbereich, wird es zukünftig immer wichtiger für die Marktteilnehmer, gemeinsame Schnittstellen zu definieren und festzulegen. Online-Geschäftsmodelle sind nicht mehr länger nur ein Werkzeug zur Ansprache von Versicherten, sondern müssen ein fester und möglichst einfach zu handhabender Bestandteil des Leistungsspektrums einer jeden Krankenversicherung sein. Mit den Smartphones und Tablet-Computern, die einen ortsunabhängigen Zugriff 24/7 auf sämtliche Angebote ermöglichen, nimmt die Dynamik der Digitalisierung weiter zu. Dabei muss die digitale Transformation als Gesamtstrategie gesehen werden, das neben der Einführung einer Online-Geschäftsstelle, die Neugestaltung des Internetauftritts auch die Automatisierung von Prozessen beinhaltet und untereinander vernetzt und abgestimmt ist. Wie auch andere Branchen müssen die Krankenversicherungen vor

dem Hintergrund der neuen technischen Möglichkeiten und veränderten Kundenanforderungen ihre eigenen Angebote und Abläufe auf den Prüfstand stellen und der Zukunft anpassen.

Es werden auf der einen Seite Prozessoptimierungen erwartet, die auch wirtschaftliche Effekte bedingen, auf der anderen Seite müssen sich durch die voranschreitende Digitalisierung und Vernetzung aktuell etablierte Geschäftsmodelle zunehmend auf den Prüfstand stellen lassen. Für die Krankenkassen können sich bspw. Prozessoptimierungen ergeben, die aktuelle Outsourcingsleistungen obsolet machen.

Aktuelle Studien haben gezeigt, dass es bei den Krankenkassen noch ein erhebliches Verbesserungspotenzial für die digitale Präsenz (im Bereich Mobile und Social Media) gibt. Eine Forsa-Umfrage unter den TK-Versicherten belegt, dass Menschen aller Altersgruppen der Digitalisierung im Gesundheitswesen offen gegenüber stehen. Schon heute möchten Patienten gern online Termine vereinbaren, Messwerte elektronisch an die Arztpraxis übermitteln oder Rezepte online erhalten. Drei Viertel der Befragten – auch die 60- bis 70-Jährigen – suchen nach Gesundheitsinformationen vorwiegend oder ausschließlich im Internet. Und mehr als jeder Zweite (52 Prozent) gibt an, dass er mit seinem Arzt via Internet in Kontakt treten möchte oder dies bereits so handhabt.

Die Digitalisierung bietet den Versicherern viele Chancen. Zunehmende Self-Service-Angebote und Echtzeitkommunikation können zu höherer Kundenzufriedenheit führen, eine Automatisierung der Prozesse kann letztendlich zu Kosteneinsparungen und gleichmäßiger Servicequalität führen. Entsprechend müssen die Krankenversicherungen den Spagat schaffen zwischen der persönlichen Betreuung der Versicherten und einen 24/7-Zugang über sämtliche digitale Kanäle.



Es wird nach Expertenmeinung dazu kommen, dass die Patienten bzw. Kunden eine verstärkte Digitalisierung der Krankenversicherung fordern. Dies wird verschärft durch neue Marktteilnehmer, wie z. B. Google. Google investiert zunehmend in den Bereich der Gesundheitsprodukte und -dienstleistungen. Auch hier ist Digitalisierung die Devise. Seit Ende 2015 arbeitet Google nicht nur mit Pharmaunternehmen zusammen, sondern hat auch nun in einen digitalen Krankenversicherer (Oscar Health Insurance) investiert.

Alle beteiligten Unternehmen werden sich daher einem evolutionären Prozess unterwerfen müssen, der für die einzelnen Unternehmen den Wettbewerbsdruck erhöhen kann durch den Eintritt neuer Marktteilnehmer, jedoch auch vielfältige Chancen für den Gesundheitsmarkt und die beteiligten Player bedeutet. Der Datenschutz der sensiblen Versichertendaten muss allerdings auch bei voranschreitender (Voll-) Digitalisierung immer im Vordergrund bei den Bemühungen um Verbesserungen und Kosteneinsparungen stehen.

Doch hierzu ist es notwendig, dass das Internet so ausgebaut wird, dass moderne Technik überall nutzbar wird und die Telematikinfrastruktur eine wichtige „Datenautobahn“ zwischen den verschiedensten Beteiligten im Gesundheitswesen wird. Auch die Schnittstellenprobleme beim Datenaustausch zwischen den Akteuren müssen behoben und der Datenschutz sichergestellt werden.

Fest steht insgesamt, dass eine verstärkte Vernetzung sowohl Chancen als auch Risiken für die einzelnen Marktteilnehmer birgt.

## VERSORGUNG DER FLÜCHTLINGE

Ein zentrales Thema für die Entwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland jedoch auch für die Kostentwicklungen der Krankenkassen ist die Versorgung der Flüchtlinge. Gemäß UNHCR sind rund 60 Mio. Menschen weltweit auf der Flucht. 1,1 Millionen Flüchtlinge kamen in 2015 nach Deutschland.

Derzeit bekommen Flüchtlinge, deren Asylbewerberverfahren noch läuft und die sich seit weniger als 15 Monaten in Deutschland aufhalten, nur eine medizinische Notversorgung zugesprochen. Die ärztliche Behandlung hängt zu dem in den meisten Bundesländern davon ab, ob sie beim zuständigen Sozialamt genehmigt wird. Aktuell gibt es verschiedene lokale Pilotprojekte, z. B. in Hamburg, Bremen oder Bonn, bei denen Flüchtlinge eine Krankenversicherungskarte von der Krankenversicherung ihrer Wahl erhalten.

Seit Oktober 2015 ist die Gesundheitskarte für Flüchtlinge beschlossene Sache, bei der jeder Flüchtling, der die Erstaufnahmeeinrichtungen und zentralen Unterbringungseinrichtungen des Landes verlassen hat und den Gemeinden zugewiesen wurde, eine elektronische Gesundheitskarte erhält. Vorteile der elektronischen Gesundheitskarte werden insbesondere bei der Reduktion von Verwaltungskosten gesehen. Die Stadt Hamburg rechnet mit rund 1,6 Milliarden EUR Kosteneinsparungen im Bereich der Verwaltung, da keine Einzelverträge mit Ärzten und anderen Leistungserbringern geschlossen und nicht jede einzelne Abrechnung geprüft werden muss. Diese Leistungen werden von den Krankenkassen übernommen, die den zusätzlichen Verwaltungsaufwand vergütet bekommen.

Der Leistungsumfang orientiert sich dabei an den Vorgaben des Asylbewerberleistungsgesetzes. Hierbei sind Flüchtlinge bei Leistungen, die direkt über die eGK abgerechnet werden, den gesetzlich Krankenversicherten gleichgestellt. Einige Leistungen, wie Brillen, nicht-verschreibungspflichtige Medikamente oder Reisekosten sind jedoch nicht im Leistungsumfang enthalten. Die kommunalen Spitzenverbände und die Krankenkassen haben vor diesem Hintergrund einen Leistungsumfang gemeinsam definiert. Die Behandlungskosten sowie die Verwaltungskosten sollen dabei den betreuenden Krankenkassen erstattet werden.

Aktuell prüfen die Bundesländer gemeinsam mit den Krankenkassen eine Umsetzung der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. In Nordrhein-Westfalen, Berlin, Hamburg und Bremen gibt es bereits Verträge mit Krankenkassen. In Schleswig-Holstein hat das Land die Kommunen angewiesen bis Februar eine Gesundheitskarte anzubieten und dazu mit acht Krankenkassen Verträge abzuschließen. Die Krankenkassen erhalten, neben den Behandlungskosten, die wie bisher die Kommunen tragen, eine Verwaltungsgebühr. Sie beträgt acht Prozent der Behandlungskosten, mindestens aber zehn Euro im Monat. In Bayern werden die Folgen des Flüchtlingszustroms für die medizinische Versorgung aktuell geprüft. Hier ist mit Ergebnissen Mitte 2017 zu rechnen. In NRW wird zurzeit mit einem Kostenbeitrag von 200 Euro pro Monat und Flüchtling gerechnet, in Bremen liegen die Pro-Kopf und Monatsausgaben je Flüchtling bei rund 180 EUR.

Flüchtlinge werden im Sozialsystem nach einer Wartezeit von 15 Monaten normalen Arbeitnehmern gleich gestellt und haben analog zum Sozialleistungsgesetz (SGB XII) Anspruch auf die volle medizinische Versorgung der GKV. Bei Arbeitslosigkeit erhalten sie Hartz-IV-Leistungen. Die Krankenkassenbeiträge werden vom Bund übernommen und liegen aktuell bei rund 90 Euro im Monat. Berechnungen der Krankenkassen zeigen, dass für Hartz-IV-Bezieher den Kassen vom Staat zu wenig für die entstehenden Kosten überwiesen wird. Die Unterdeckung in diesem ist jedoch auf politisch bedingte-Einnahmeausfälle zurückzuführen und hängt nicht mit der Flüchtlingssituation zusammen.

Für das Jahr 2016 wird geschätzt, dass 240.000 bis 460.000 Zuwanderer (Arbeitsministerium) zusätzlich Transferleistungen nach Hartz-IV beanspruchen werden. Dies wird aber nicht automatisch zu einer weiteren Unterdeckung der Krankenkassen führen, da fest steht, dass Migranten meist jung und somit in der Regel gesund sind. Die Krankheiten, die sie sich bei der Flucht zugezogen haben, sind in der Regel behandelt worden. Wesentliche Effekte der Flüchtlingskrise werden für das Jahr 2017 erwartet, wenn rund eine Million Flüchtlinge die Wartezeit von 15 Monaten überschritten haben dürften und in das Krankenkassensystem zu integrieren sind.

Für die Studie wurden die Experten auch zu einer Einschätzung hinsichtlich der Versorgung der Flüchtlinge sowie die Auswirkungen auf die Krankenkassenausgaben gebeten.

Die Ausgaben der Krankenkassen steigen zukünftig an, da die Anzahl der Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen zunimmt. Ob es jedoch eine Unterdeckung von bis zu 100 EUR im Monat gibt (90 EUR Beitrag Bund für Hartz-IV-Empfänger abzüglich prognostischen Kosten von 180-200 EUR im Monat), die die übrigen gesetzlichen Versicherten auch über eine mögliche Steigerung der Zusatzbeiträge zu tragen haben, ist ungewiss. Hintergrund ist, dass viele Flüchtlinge junge und gesunde Menschen sind, bei denen geringere Kosten anfallen werden. Zum anderen hat der Finanzminister bereits unabhängig von der Flüchtlingssituation eine Erhöhung des Steuerzuschusses an die Krankenversicherung 2017 um 500 Mio. Euro auf 14,5 Mrd. EUR angekündigt. Entsprechend kann die Auswirkung der Flüchtlingskrise auf die Entwicklung der Zusatzbeiträge für die Versicherten insbesondere ab 2017 noch nicht abgeschätzt werden.

Einige Experten gehen jedoch davon aus, dass zukünftig auch die Leistungen, die vor der 15 monatigen Wartezeit anfallen, von den Krankenkassen voll übernommen werden müssen für die der Bund entsprechende Kostenpauschalen zahlt. Diese Entwicklung hätte weitreichende Auswirkungen auf die Entwicklung der Leistungsausgaben und damit auf die Zusatzbeiträge der Versicherten, da die Kosten zu Beginn deutlich über den Monatssätzen von 90 EUR Beitrag Bund für Hartz-IV-Empfänger liegen werden. Ob diese Entwicklung eintritt bzw. der Beitrag sich auf 90 EUR oder die Behandlungskosten und Verwaltungsausgaben den Krankenkassen weiterhin erstattet wird, kann nicht abgesehen werden.

## CHANCEN UND RISIKEN DER MARKTENTWICKLUNG - ZUSAMMENFASSUNG

Insgesamt ergeben sich für die Krankenkassen eine Vielzahl von Chancen aber auch Risiken aus den beschriebenen Marktentwicklungen. Insbesondere der zunehmende Wettbewerbs- und wirtschaftliche Druck wird sich hierbei ganz maßgeblich auf die Krankenkassenlandschaft in Deutschland auswirken.

Zusammenfassend kann aus der Marktstudie mittels Expertenbefragung festgehalten werden:

- Es wird eine kritische Finanzlage der Krankenkassen zukünftig erwartet, die zu steigendem Wettbewerbs- und Konzentrationsprozess der Krankenkassen führen. Mittel- bis langfristig wird gemäß Expertenmeinung nur eine Anzahl von 80 bis 100 gesetzlichen Krankenkassen auf dem Markt bestehen.
- Zunehmender Preiswettbewerb neben dem verstärkten Leistungswettbewerb.
- In 2016 wird der Zusatzbeitragssatz der Krankenkassen um  $\varnothing$  0,2 % auf 1,1 % ansteigen. Für 2017 wird eine weitere Steigerung der Zusatzbeiträge um 0,2 % erwartet. Bis zum Jahr 2019 wird eine Erhöhung des Zusatzbeitrages auf bis zu 1,8 % erwartet.
- Mittelfristig gehen die Experten davon aus, dass der festgelegte Einheitsbeitrag von 14,6 % angehoben und ergänzend dazu der Arbeitgeberbeitrag erhöht wird, um die Versicherten zu entlasten.
- Moderate Wechselaktivitäten der Versicherten in 2015. Verstärkte Wechselaktivitäten der Versicherten in 2016 und 2017 erwartet durch die Steigerung der Bandbreite der Zusatzbeiträge.
- Neben dem Zusatzbeitrag sind für Versichertenzugewinne auch weiterhin z. B. gutes Image, niedrige Zusatzbeiträge oder besondere Leistungsangebote für die Krankenkassen entscheidende Kriterien.
- Strategische Neuausrichtung der PKV-Branche zur Attraktivitätssteigerung erforderlich.
- Die demografischen Entwicklungen erhöhen den Druck auf die Krankenkassen durch überdurchschnittliche

Leistungsausgabenanstiege und die erwartete Finanzierungslücke. Kürzungen des Leistungskatalogs werden jedoch erst langfristig notwendig werden. Kürzungen bei individuellen Satzungsleistungen werden jedoch erwartet.

- Trotz Morbi-RSA sind junge gesunde Versicherte für die Krankenkassen profitabel. Die Alters- und Morbiditätsstrukturen der Krankenkassen spielen daher eine zunehmend wichtigere Rolle. Risiken entstehen daher für die Krankenkassen durch die jeweilige Kosten- und Versichertenstruktur.
- Der demografische Wandel und der Fachkräftemangel erfordern vermehrt eine integrierte und vernetzte medizinische Versorgung. Neue Versorgungsmodelle verfolgen das Ziel, die Versorgungs-(qualität) der Bevölkerung sicherzustellen.
- Verstärkte Vernetzungen hin zur Volldigitalisierung verändern den Markt. Dienstleistungen werden obsolet. Die Branche wird sich daraufhin verändern. Patienten bzw. Kunden fordern verstärkt eine Digitalisierung der Branche.
- Krankenversicherungen müssen den Spagat schaffen zwischen der persönlichen Betreuung der Versicherten, einem 24/7-Zugang über sämtliche digitale Kanäle sowie der Einhaltung des Datenschutzes.
- Zentrales Thema für die Entwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist neben der Digitalisierung auch die Flüchtlingskrise.
- Effekte der Flüchtlingskrise werden für das Jahr 2017 erwartet, wenn rund eine Million Flüchtlinge die Wartezeit von 15 Monaten überschritten haben dürften und in das Krankenkassensystem kommen.
- Die Flüchtlingssituation wird Auswirkungen auf die Krankenversicherungen haben. Ob es jedoch eine Unterdeckung gibt, die die übrigen gesetzlichen Versicherten auch über eine mögliche Steigerung der Zusatzbeiträge zu tragen haben, ist ungewiss.





# ÜBER BDO

Mehr als 1.900 BDO Mitarbeiter stehen deutschlandweit an 26 Standorten als kompetente Partner für den Unternehmenserfolg zur Verfügung. Für Wirtschaftsprüfung und prüfungsnahen Dienstleistungen, Steuer- und wirtschaftsrechtliche Beratung oder Advisory Services bietet BDO stets den richtigen fachlichen Ansprechpartner und zukunftsfähige Lösungen. Persönliche Betreuung, Verlässlichkeit und höchste Qualität sowie die Einbindung in das leistungsfähige internationale BDO Netzwerk gewährleisten punktgenau den auf individuelle Bedürfnisse abgestimmten Service.

Als Partner für Ihren Unternehmenserfolg ist BDO die erste Adresse. Mit unseren zahlreichen Standorten haben wir lokale Wurzeln und fundierte Kenntnisse der Gegebenheiten vor Ort. Dabei ist Internationalität ein wesentlicher Bestandteil unseres Leistungsangebots. Wir sind Gründungsmitglied des internationalen BDO Netzwerks (1963), mit heute mehr als 64.000 Mitarbeitern in 154 Ländern die einzige weltweit tätige Prüfungs- und Beratungsorganisation mit europäischen Wurzeln. Wir haben stets den richtigen Ansprechpartner für Sie - zu jedem Thema, überall auf der Welt.

## BDO - Ihr Spezialist in der Gesundheitswirtschaft

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und Leistungserbringer innerhalb der Gesundheitswirtschaft sind mit immer schnellerem Wandel und stetig wachsenden Anforderungen konfrontiert. Wir bieten gesetzlichen Krankenkassen, Privaten Krankenversicherern, Krankenhäusern und Kliniken, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sowie Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen mit unseren interdisziplinären Spezialisten-Teams eine kundenorientierte und professionelle Beratung. Unsere Expertenteams setzen sich aus Wirtschaftsprüfern, Steuerberatern, Corporate Finance- und IT sowie Gesundheitsökonomie und Managementspezialisten zusammen. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit und unsere langjährigen Erfahrungen erzielen wir optimale Ergebnisse für unsere Mandanten.

BDO ist dabei nicht nur ihr idealer Partner für die Jahresabschlussprüfung, Interne Revision und Bewertung, sondern steht Ihnen auch für sämtliche Fragen rund um die Strategieentwicklung, Effizienzverbesserung, Restrukturierung und Fusionsberatung zur Verfügung.

# ANSPRECHPARTNER

Für Fragen und Anregungen zur Studie und unserem Dienstleistungsangebot stehen Ihnen unsere Experten jederzeit gerne persönlich zur Verfügung:



## ALEXANDER MORTON

M.Sc. Public Health  
Partner  
Telefon: +49 221 97357-473  
Telefax: +49 221 7390-395  
alexander.morton@bdo.de



## THOMAS VOLKMER

Dipl.-Kfm. WP StB  
Partner  
Telefon: +49 221 97357-137  
Telefax: +49 221 7390-395  
thomas.volkmer@bdo.de

Redaktionelle Verantwortung für die Studie



## BRITTA KRÜGER

M.Sc. Health Care Management  
Senior Consultant | Advisory Services  
Fachbereich Gesundheitswirtschaft  
Telefon: +49 221 97357-311  
Telefax: +49 221 7390-395  
britta.krueger@bdo.de



## DANIELA DERSCHIED

Diplom-Gesundheitsökonomin  
Senior Consultant | Advisory Services  
Fachbereich Gesundheitswirtschaft  
Telefon: +49 221 97357-221  
Telefax: +49 221 7390-395  
daniela.derscheid@bdo.de

**HAMBURG (ZENTRALE)**

Fuhlentwiete 12  
20355 Hamburg  
Telefon: +49 40 30293-0  
Telefax: +49 40 337691  
hamburg@bdo.de

**BERLIN**

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin  
Telefon: +49 30 885722-0  
Telefax: +49 30 8838299  
berlin@bdo.de

**BIELEFELD**

Viktoriastraße 16-20  
33602 Bielefeld  
Telefon: +49 521 52084-0  
Telefax: +49 521 52084-84  
bielefeld@bdo.de

**BONN**

Potsdamer Platz 5  
53119 Bonn  
Telefon: +49 228 9849-0  
Telefax: +49 228 9849-450  
bonn@bdo.de

**BREMEN**

Bürgermeister-Smidt-Straße 128  
28195 Bremen  
Telefon: +49 421 59847-0  
Telefax: +49 421 59847-75  
bremen@bdo.de

**BREMERHAVEN**

Grashoffstraße 7  
27570 Bremerhaven  
Telefon: +49 471 8993-0  
Telefax: +49 471 8993-76  
bremerhaven@bdo.de

**CHEMNITZ**

Sophienstraße 7  
09130 Chemnitz  
Telefon: +49 371 4348-0  
Telefax: +49 371 4348-300  
chemnitz@bdo.de

**DORTMUND**

Stockholmer Allee 32b  
44269 Dortmund  
Telefon: +49 231 419040  
Telefax: +49 231 4190418  
dortmund@bdo.de

**DRESDEN**

Am Waldschlößchen 2  
01099 Dresden  
Telefon: +49 351 86691-0  
Telefax: +49 351 86691-55  
dresden@bdo.de

**DÜSSELDORF**

Georg-Glock-Straße 8  
40474 Düsseldorf  
Telefon: +49 211 1371-0  
Telefax: +49 211 1371-120  
duesseldorf@bdo.de

**ERFURT**

Arnstädter Straße 28  
99096 Erfurt  
Telefon: +49 361 3487-0  
Telefax: +49 361 3487-19  
erfurt@bdo.de

**ESSEN**

Max-Keith-Straße 66  
45136 Essen  
Telefon: +49 201 87215-0  
Telefax: +49 201 87215-800  
essen@bdo.de

**FLENSBURG**

Am Sender 3  
24943 Flensburg  
Telefon: +49 461 90901-0  
Telefax: +49 461 90901-1  
flensburg@bdo.de

**FRANKFURT/MAIN**

Hanauer Landstraße 115  
60314 Frankfurt am Main  
Telefon: +49 69 95941-0  
Telefax: +49 69 554335  
frankfurt@bdo.de

**FREIBURG I. BR.**

Wilhelmstraße 1b  
79098 Freiburg i. Br.  
Telefon: +49 761 28281-0  
Telefax: +49 761 28281-55  
freiburg@bdo.de

**HANNOVER**

Landschaftstraße 2  
30159 Hannover  
Telefon: +49 511 33802-0  
Telefax: +49 511 33802-40  
hannover@bdo.de

**KASSEL**

Theaterstraße 6  
34117 Kassel  
Telefon: +49 561 70767-0  
Telefax: +49 561 70767-11  
kassel@bdo.de

**KIEL**

Dahlmannstraße 1-3  
24103 Kiel  
Telefon: +49 431 51960-0  
Telefax: +49 431 51960-40  
kiel@bdo.de

**KÖLN**

Im Zollhafen 22  
50678 Köln  
Telefon: +49 221 97357-0  
Telefax: +49 221 7390395  
koeln@bdo.de

**LEIPZIG**

Großer Brockhaus 5  
04103 Leipzig  
Telefon: +49 341 9926600  
Telefax: +49 341 9926699  
leipzig@bdo.de

**LÜBECK**

Kohlmarkt 7-15  
23552 Lübeck  
Telefon: +49 451 70281-0  
Telefax: +49 451 70281-49  
luebeck@bdo.de

**MÜNCHEN**

Landaubogen 10  
81373 München  
Telefon: +49 89 76906-0  
Telefax: +49 89 76906-144  
muenchen@bdo.de

**OLDENBURG**

Moslestraße 3  
26122 Oldenburg  
Telefon: +49 441 98050-0  
Telefax: +49 441 98050-180  
kontakt@bdo-arbicon.de

**ROSTOCK**

Freiligrathstraße 11  
18055 Rostock  
Telefon: +49 381 493028-0  
Telefax: +49 381 493028-28  
rostock@bdo.de

**STUTTGART**

Augustenstraße 1  
70178 Stuttgart  
Telefon: +49 711 50530-0  
Telefax: +49 711 50530-199  
stuttgart@bdo.de

**WIESBADEN**

Gustav-Nachtigal-Straße 5  
65189 Wiesbaden  
Telefon: +49 611 99042-0  
Telefax: +49 611 99042-99  
wiesbaden@bdo.de

**WELTWEIT**

Brussels Worldwide Services BVBA  
Brussels Airport  
The Corporate Village, Elsinore Building  
Leonardo Da Vinciiaan 9 – 5/F  
B-1935 Zaventem  
Telefon: +32 2 778 01 00  
Telefax: +32 2 771 56 56  
www.bdointernational.com

**HINWEISE AN DEN LESER**

Dieses Dokument wurde mit Sorgfalt erstellt, ist aber allgemein gehalten und kann daher nur als grobe Richtlinie gelten. Es ist somit nicht geeignet, konkreten Beratungsbedarf abzudecken, so dass Sie die hier enthaltenen Informationen nicht verwerten sollten, ohne zusätzlichen professionellen Rat einzuholen. Bitte wenden Sie sich an die BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, um die hier erörterten Themen in Anbetracht Ihrer spezifischen Beratungssituation zu besprechen. BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, deren Partner, Angestellte, Mitarbeiter und Vertreter übernehmen keinerlei Haftung oder Verantwortung für Schäden, die sich aus einem Handeln oder Unterlassen im Vertrauen auf die hier enthaltenen Informationen oder darauf gestützte Entscheidungen ergeben.

© 2016 BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft



## KONTAKT

BDO AG  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft  
Fuhrentwiete 12  
20355 Hamburg  
Telefon: +49 40 30293-0  
Telefax: +49 40 337691  
hamburg@bdo.de

[www.bdo.de](http://www.bdo.de)