



EULER HERMES
Rating



Kommentar zum Qualitätsrating

mhplus BKK

29. Dezember 2010

Die mhplus BKK im Überblick

Die mhplus BKK versichert mehr als eine halbe Million Menschen und betreut rd. 115 Tausend Arbeitgeber in den Regionen Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Sachsen und Sachsen-Anhalt. Zum 1. Januar 2011 ist eine Fusion mit der Gemeinsame BKK Köln (GBK, ca. 23.600 Mitglieder und 30.000 Versicherte zum 01.10.2010) geplant.

	<p>mhplus BKK Franckstr. 8 71636 Ludwigsburg www.mhplus.de Telefon: 07141 – 9790 - 0 Fax: 07141 – 9790 - 113</p>
Rechtsform	Rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung
Zielgruppe	Fokus auf Berufsstarter und Familienangehörige, insbesondere in den Schwerpunktregionen Baden-Württemberg und Bayern sowie im Einzug der (Landes-)Geschäftsstellen
Vorstand	Winfried Baumgärtner Oliver Reken (Stellvertreter des Vorstands)
Vorsitzender des Verwaltungsrates (alternierend)	Thomas Batsching (seit 01.01.2010) Jürgen Hornung (bis 31.12.2009)
Mitglieder	364.377 (Stand 01.10.2010)
Versicherte	537.710 (Stand 01.10.2010)
Mitarbeiter/-innen	843 (Stand 01.10.2010)
Geschäftsstellen	5 Landes- und 23 Geschäftsstellen
Allgemeiner Beitragssatz seit 01.01.2010	14,9 % (ab 01.01.2011: 15,5 %) Umfangreiches Angebot an Wahlтарifen Kein Zusatzbeitrag geplant
Marktanteil bundesweit	Nr. 8 der Betriebskrankenkassen (BKK), Nr. 26 der gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Regionale Schwerpunkte sind Baden-Württemberg, Bayern, Thüringen und Nordrhein
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperationspartner: SDK Süddeutsche KV (SDK) • Eigene Ärztin und Apothekerin • Fusionen in 2011 geplant

Ratingurteil

Rating vom 29. Dezember 2010		
Rating der mhplus BKK	AA (sehr gut)	Die mhplus BKK ist mit ihrem Preis- und Leistungsverhältnis, ihren bedarfsgerechten Produkten, Leistungen und Servicequalität insgesamt sehr gut im Markt der gesetzlichen Krankenversicherung positioniert und verfügt über eine hohe Finanzstärke.

Das Gesamtrating ergibt sich aus der Bewertung von folgenden Teilbereichen:

Kriterien	Teilurteile	
Preis- und Leistungsverhältnis	AA (sehr gut)	Die mhplus BKK erwartet auch für 2011 nicht die Erhebung eines Zusatzbeitrags. Die mhplus BKK differenziert sich über sehr gute private Zusatzversicherungen mit ihrem Partner SDK und attraktive Bonustarife.
Servicequalität	AA (sehr gut)	Die mhplus BKK zeichnet sich durch eine sehr gute Beratungsqualität und Erreichbarkeit über zielgruppenorientierte Kommunikationskanäle und ein sehr gutes Kundenbeziehungsmanagement aus.
Gesundheitsförderung und Versorgungsmanagement	A (gut)	Die mhplus BKK offeriert ihren Kunden ein zielgerichtetes Angebot an Verträgen zur Integrierten Versorgung und gute Konzepte im Bereich Disease Management Programme. Das Case und Health Care Management soll vor dem Hintergrund des Morbi-RSA über Hausarztzentrierte Versorgungsmodelle (HZV), Ärztenetzwerke und Betreuungsprogramme im Hinblick auf eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung in den Schwerpunktregionen optimiert werden.
Finanzstärke	AA (sehr gut)	Die mhplus BKK verfügt insgesamt über eine positive Ertragskraft, hohe Liquiditätsreserven und eine hohe Ausstattung mit Betriebsmitteln und Rücklagen. Finanzielle Risiken bestehen durch Finanzausgleiche zur Abwendung von Kasseninsolvenzen, Sanierungen sowie die Aufzehrung finanzieller Reserven durch Fusionen. Mit der eingeführten Deckungsbeitragsrechnung können künftig Maßnahmen für eine wirtschaftliche Versorgungssteuerung ergriffen werden. Die Verwaltungskostenstrukturen sind noch verbesserungsfähig.

Kundenattraktivität

Die Einführung des Einheitsbeitragssatzes zum 1. Januar 2009 in der gesetzlichen Krankenversicherung und des Morbi-RSA förderten zunächst den Wettbewerb um Service und Leistungen sowie bedarfsgerechte Versorgungs- und Betreuungsprogramme für die Versicherten. Nachdem die gesetzlichen Krankenversicherungen seit Anfang 2010 die Möglichkeit haben, Unterdeckungen aus dem Gesundheitsfonds durch Zusatzbeiträge zu schließen, hat sich die Erhebung bzw. Nichterhebung eines Zusatzbeitrages zu einem wichtigen Differenzierungsmerkmal aus Kundensicht entwickelt. Um eine Aussage über die Attraktivität einer Krankenkasse zu treffen, bewertet Euler Hermes Rating die folgenden Bereiche:

Kriterien	Gewichtung	Beurteilung mhplus BKK
Preis- und Leistungsverhältnis	40 %	AA (sehr gut)
Servicequalität	20 %	AA (sehr gut)
Gesundheitsförderung und Versorgungsmanagement	40 %	A (gut)
Teilurteil Kundenattraktivität	100 %	AA (sehr gut)

Preis- und Leistungsverhältnis

Leistungsspektrum, Tarife und Produktangebote der gesetzlichen Krankenkassen sind zu 95 % durch gesetzliche Vorgaben reglementiert. Dennoch können sich gesetzliche Krankenkassen seit 2010 durch die Erhebung von Zusatzbeiträgen, die Einräumung von Preisvorteilen und die freiwillige Erweiterung des gesetzlichen Leistungskatalogs differenzieren und Alleinstellungsmerkmale aufbauen. Die Finanzierung der GKV wurde mit dem Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung (GKV-FinG) strukturell durch eine einkommensunabhängige Erhebung von Zusatzbeiträgen (Kopfpauschale, § 242 SGB V) fortentwickelt. Die Erhebung eines Zusatzbeitrages ist danach künftig nur möglich, wenn der Finanzbedarf einer Kasse nicht durch die Zuweisungen des Gesundheitsfonds gedeckt wird und dieser Beitrag auf durchschnittlich 2 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds (sog. Überforderungsgrenze) begrenzt wird. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag wird dabei gemäß § 242a SGB V jährlich zur steuerfinanzierten Berechnung von Sozialausgleichen der Mitglieder, z.B. ALG I Bezieher, durch den Schätzerkreis festgelegt.

Aus diesem Grunde bewertet Euler Hermes in diesem Ratingbereich aus Kundensicht die preisliche Attraktivität der nachfolgend aufgeführten Produkte und Leistungen der mhplus BKK:

- Zusatzbeitrag
- satzungsmäßige Zusatzleistungen
- Mehrwerte
- private Zusatzversicherungen
- Präventionsangebote
- Bonusmodelle
- Wahltarife

Die mhplus BKK verzeichnete in 2010, maßgeblich getragen durch die Erhebung von **Zusatzbeiträgen** und Leistungseinschränkungen von Wettbewerbern sowie verstärkte Marketing- und Vertriebsaktivitäten, eine positive Mitglieder- und Versichertenentwicklung. Aufgrund der umfangreichen finanziellen Reserven und positiven Ertragskraft der mhplus BKK erwarten wir bei unveränderten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen aus heutiger Sicht für das Jahr 2011 nicht die Erhebung von Zusatzbeiträgen. Für 2012 bestehen jedoch finanzielle Risiken durch den weiteren Anstieg der Gesundheitsausgaben, die bis 2015 ausgesetzte Finanzierung der Unterdeckung des Gesundheitsfonds über Bundeszuschüsse und durch Finanzausgleiche in der GKV zur Vermeidung von Kasseninsolvenzen und -schließungen.

Die mhplus BKK bietet ihren Kunden ein sehr gutes Angebot an **satzungsmäßigen Zusatzleistungen** mit Kostenübernahme an, wie z. B. umfangreiche Grippe- und Reiseschutzimpfungen, häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, Rooming-in bei Kindern und Naturheilverfahren. Daneben werden erweiterte Vorsorgeuntersuchungen in Baden-Württemberg und Bayern (U 10 und U 11) für Kinder und Jugendliche angeboten. Die mhplus BKK stellt über den namhaften Partner SDK Süddeutsche KV gute Mehrwerte für ihre Versicherten durch die Weitergabe von Einkaufsvorteilen und Kostenerstattungen aus einer Hand bei gemeinsamer Leistungsgewährung sicher. Über diesen namhaften Kooperationspartner werden auch Sonderkonditionen bei privaten Zusatzversicherungen (sog. Ergänzungsversicherungen) gewährt. Daneben werden über Versandhandelsapotheken für mehr als 2.000 Versicherte Rabatte für Arzneimittel gewährt.

Die mhplus BKK bietet über die Kooperation mit der SDK ein sehr gutes Angebot **privater Zusatzversicherungen** an. Mitte 2010 wurde zudem ein gemeinsamer Wahltarif für Naturheilverfahren eingeführt. Die SDK verfügt über eine hohe Akzeptanz bei ambulanten Zusatzversicherungen.

Die mhplus BKK unterstützt in ihren Schwerpunktregionen gezielt zertifizierte **Präventionsangebote** und Vorsorgeuntersuchungen. Die mhplus BKK plant, ein Modellvorhaben einer Universität zur Online-Therapieberatung von Tinnitus für 180 Versicherte zu fördern. Die mhplus BKK bietet im Rahmen der Frühprävention innovative settingorientierte Ansätze in Betrieb, Schule und Kindertageseinrichtungen an. Die Präventionsangebote sind flexibel hinsichtlich der Präventionsfelder und Partnerwahl mit einer guten Kostenübernahme von 80 % der entstandenen Kosten, maximal € 480,- pro Kalenderjahr.

Die mhplus BKK bietet kundenorientiert **Bonusmodelle** mit attraktiven Geldprämien für gesundheitsbewusstes Verhalten ihren Versicherten an. In 2009 lag der Inanspruchnahmegrad für die Bonusprogramme für Erwachsene („Fitcash Gesundheitsbonus“) mit 10,6 % und Kinder („Potzblitz Kinderbonus“) mit 2,5 % deutlich über dem GKV-Durchschnitt. Durchgeführte Schutzimpfungen und U-Untersuchungen werden bei dem Bonusmodell „Potzblitz“ angerechnet. Chronisch kranke Versicherte erhalten eine Befreiung von der Praxisgebühr von € 20,- p. a. bei ununterbrochener Teilnahme an einem Disease Management Programm (DMP). Die mhplus BKK bietet ein breites Spektrum an Wahlтарifen mit einer maximalen Ersparnis von € 600,- p. a. an, um sich im GKV-System zu differenzieren. Die mhplus BKK bietet Ihren Versicherten einen neuen Wahlтарif „Naturarzneimittel“ zur Kostenübernahme homöopathischer Medikamente an, der Mitte 2010 durch einen Zusatzтарif für Naturheilverfahren (SDK) ergänzt wurde. Insgesamt ist die mhplus BKK bezogen auf die Kriterien Bonusmodelle und Wahlтарife ausgezeichnet positioniert.

Die mhplus BKK verfügt über ein äußerst professionelles Produktmanagement mit detaillierten Kosten-Nutzen-Analysen. In den gemeinsamen Produkt- und Leistungsentwicklungsprozess werden die relevanten Leistungserbringer, der Kooperationspartner SDK, Universitäten und der Vertrieb einbezogen.

Bei den gängigen Leistungsvergleichen (Stiftung Warentest, Focus Money u. a.) ist zu berücksichtigen, dass insbesondere regional aufgestellte Qualitätsanbieter nicht an der Erhebung teilgenommen haben, sodass für die mhplus BKK keine entsprechenden Auswertungen vorliegen und die Ergebnisse nur bedingt repräsentativ sind. Die mhplus BKK plant in 2011 eine eigene umfassende Kundenzufriedenheitsbefragung, um ihr Produkt- und Leistungsangebot vor dem Hintergrund der

gesundheitpolitischen Rahmenbedingungen optimal auf die Kundenbedürfnisse der definierten vier Zielgruppen zu fokussieren.

Insgesamt heben sich die Produkt- und Leistungsangebote der mhplus BKK durch kundenorientierte Angebote mit Preisvorteilen bei Bonusprogrammen und privaten Zusatzversicherungen vom GKV-Durchschnitt ab. Darüber hinaus erwartet die mhplus BKK auch für 2011 nicht die Erhebung eines Zusatzbeitrags. Zusammenfassend bewertet Euler Hermes Rating das Preis- und Leistungsverhältnis der mhplus BKK mit sehr gut.

Servicequalität

Neben den Mehrleistungen ist die Servicequalität einer Krankenkasse ein wichtiges Entscheidungskriterium für die Kassenwahl. Die Erreichbarkeit und das Informationsangebot einer Krankenkasse sowie eine individuelle und kompetente Beratung der Versicherten bei medizinischen Problemen oder bei Eintreten eines Pflegefalls gewinnen zunehmend an Bedeutung. Euler Hermes Rating bewertet in diesem Ratingbereich die Servicequalität einer Krankenkasse anhand folgender Kriterien:

- Servicestrategie
- Beratungsqualität
- Erreichbarkeit und Schnelligkeit
- Kommunikationskanäle
- Kundenbeziehungsmanagement
- Pflegekompetenz

Die mhplus BKK positioniert sich als „Serviceversprechen-Kasse“. Zur Marktsegmentierung sollen bestimmte Zielgruppen verstärkt angesprochen und gebunden werden. Die Zielgruppen wurden nach einem gewichteten Kriterienkatalog ausgewählt. Die Überprüfung und Bildung von Standorten erfolgt anhand regionaler Kundencluster und weiterer Merkmale. Neben qualitativen und quantitativen Zielvereinbarungen zur Serviceverbesserung tragen verschiedene Leistungsanreize dazu bei, die durch die mhplus BKK definierten **Servicestandards und Prozesszeitziele** für persönliche Beratungstermine und Kostenübernahmen überwiegend einzuhalten. Eine systematische Messbarkeit der Servicelevels wird nicht durchgeführt. Darüber hinaus steht die mhplus BKK vor der Herausforderung, Servicegarantien abzugeben, die ein Alleinstellungsmerkmal darstellen. Eine Entscheidung über die Weiterentwicklung dieses Konzepts soll in 2011 getroffen werden. Ein systematisches elektronisches Personalentwicklungskonzept gewährleistet eine gute **Beratungsqualität**, die regelmäßig durch Schulungen in Kommunikation und Konfliktgesprächen überprüft wird. Auch werden Unterstützungen bei vermuteten ärztlichen Behandlungsfehlern angeboten. Bei medizinischen Spezialfragen kann auf eine eigene Ärztin, Spezialisten eines externen Abrechnungszentrums und Versorgungsmanager eines Dienstleisters zurückgegriffen werden.

Die **Erreichbarkeit** der mhplus BKK für den Kunden und die Schnelligkeit der Krankenkasse in der Bearbeitung von Kundenanliegen werden von Euler Hermes Rating mit sehr gut beurteilt. Die eigenen Geschäftsstellen und die Standorte und Makler sowie das Geschäftsstellennetz der Volks- und Raiffeisenbanken des Partners SDK sind bedarfsgerecht erreichbar. Die mhplus BKK ist hier insbesondere in den Schwerpunktregionen Baden-Württemberg und Bayern vertreten. Die übrigen Gebiete werden punktuell durch weitere (Landes-)Geschäftsstellen, den telefonischen Kundenservice und die Internetfiliale abgedeckt. Die mhplus BKK garantiert einen Rückrufservice innerhalb von 24 Stunden und will Online-Kunden ab Mitte 2011 einen bildgestützten Online-Telefonservice anbieten. Ab 2011 sollen zur Erhöhung der Kundenbindung, zur zeitnahen und zur einheitlichen Bearbeitung von Kundenanliegen neun regional zuständige Servicecenter gebildet werden.

Die mhplus BKK nutzt differenzierte und nach Einschätzung von Euler Hermes Rating sehr gute **Kommunikationskanäle**. Interaktive Plattformen, wie LowFett 30 – Online Ernährungskurs sind

über das Internet nutzbar. Die Kunden werden über einen kostenfreien Erinnerungsservice an Gesundheits-Check-ups und Vorsorgeuntersuchungen erinnert. Die mhplus BKK verfügt über ein Web-TV. Bis Ende 2011 will die mhplus BKK die elektronische Kommunikation auf Basis des erwarteten DE-Mail Gesetzes sicher stellen. Soziale, Web basierte Netzwerke und Online-Communities, wie Facebook, sollen ab Anfang 2011 über das Internet nutzbar bzw. verlinkt sein. Ziel ist es darüber hinaus, über transparente Dateneingaben der Versicherten zu Bonusprogrammen die Kundenbindung zu erhöhen und den administrativen Aufwand der Kasse zu reduzieren. Über die Abfrage von Arzneimitteln (Gesundheitsakte) sind erweiterte Erinnerungsservices, wie Unverträglichkeitsprüfungen, geplant. Der Internet-Auftritt soll sukzessive bis 2013 in den Funktionalitäten im „E-Service“ optimiert werden. Kommunikationskanäle in die großen Trägerunternehmen und Arbeitgeber sollen gezielt durch den Ausbau integrierter lokaler Versorgungsstrukturen und Erhöhung der Kontakthäufigkeit genutzt werden. Der eigene Vertrieb erhöht durch Hausbesuche auf Kundenanforderung (bundesweiter „Homeservice“) die Kundenbindung. Daneben werden seit Mitte 2010 durch den Ausbau des dezentralen Vertriebs und verstärkte Marketingmaßnahmen zur Erhöhung des Bekanntheitsgrads der Marke „mhplus BKK“ neue Zielgruppen erschlossen.

Die mhplus BKK stellt über geeignete Auswertungen ihrer Kundendaten und die gezielte persönliche Ansprache der Kunden zu ausgewählten Themen, wie z. B. neue Leistungsangebote und Tarifmodelle, ein sehr gutes **Kundenbeziehungsmanagement** sicher. Mit dem bestehenden integrierten CRM-System können Kundendaten zur Kundenbindung und zur Neukundengewinnung zeitnah gepflegt und aktiv genutzt werden. Vergleichsweise hohe Rückholerquoten belegen erfolgreiche Rückwerbeaktivitäten.

Bei Eintreten des Pflegefalls bietet die mhplus BKK eine Hotline zu ihrer Pflegekasse an. Langwierige Krankengeldfälle, Hilfsmittelanforderungen und stationäre Behandlungen werden durch aktive Pflegeberatungen vor Ort auf ihre Pflegebedürftigkeit und Integration in HZV geprüft. Rd. 50 % der Fachkräfte verfügen über umfangreiche Qualifizierungen zum Pflegeberater sowie Praxiserfahrungen der Pflege und der Sozialarbeit. Die mhplus BKK übernimmt im Rahmen ihrer **Pflegekompetenz** Koordinationsleistungen von der Vermittlung von Pflegediensten und Haushaltshilfen über die wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten an Pflegestützpunkten bis zur Auswahl von Pflegeheimen und Betreuungseinrichtungen (Auswertung Pflege-TÜV). Hiermit verfügt die mhplus BKK über ein sehr gutes Angebot an Dienstleistungen im Bereich Pflege.

Die Gesamtzufriedenheit der Kunden hat sich gemäß einer eigenen und einer durch das Marktforschungsinstitut Terra Consulting Partners GmbH durchgeführten Kundenzufriedenheitsbefragung zu den Online-Diensten in 2010 weiter verbessert. Um die Kundenzufriedenheitswerte beim Service weiter zu verbessern, hat die mhplus BKK auf Basis von Kundenzufriedenheitsbefragungen erste Maßnahmen eingeleitet.

Insgesamt zeichnet sich die mhplus BKK durch eine sehr gute Erreichbarkeit über zielgruppenorientierte Kommunikationskanäle und ein sehr gutes Kundenbeziehungsmanagement aus. Zusammenfassend bewertet Euler Hermes Rating die Servicequalität der mhplus BKK mit sehr gut.

Gesundheitsförderung und Versorgungsmanagement

Die Freiräume der gesetzlichen Krankenkassen in der Leistungs- und Vertragsgestaltung haben sich in den letzten Jahren deutlich erweitert. Durch ein ausgezeichnetes Versorgungsmanagement mit speziellen Versorgungsprogrammen und betriebsspezifische Angebote in der Gesundheitsförderung können sich Krankenkassen differenzieren. Euler Hermes Rating bewertet in diesem Ratingbereich das Versorgungsmanagement einer Krankenkasse anhand folgender Kriterien:

- Vertragsstrategie
- Programme zur Integrierten Versorgung
- Betriebliche Gesundheitsförderung
- Disease Management Programme
- Case und Health Care Management

Die mhplus BKK bietet mit maßgeschneiderten selbstentwickelten bzw. mit Ärztenetzen und weiteren Partnern abgestimmten Verträgen ihren Versicherten eine sehr gute sektorenübergreifende Versorgung an. Die mhplus BKK hat erste Selektivverträge mit ausgewählten Leistungserbringern zugunsten ihrer Versicherten in den Schwerpunktregionen abgeschlossen. Die mhplus BKK beteiligt sich an qualitätsorientierten Vergütungssystemen (sog. Pay for Performance Modelle).

In Programmen zur Integrierten Versorgung (IV) profitieren Patienten von einer besser vernetzten Versorgung durch Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Reha- und Pflegeeinrichtungen sowie den werksärztlichen Dienst. Ziel ist es, die Leistungen zu verbessern, ineffiziente Behandlungsmethoden zu vermeiden sowie eine wirtschaftliche und bedarfsgerechte Versorgung zu garantieren. Die mhplus BKK bietet in der Integrierten Versorgung in Bayern gemeinsam mit Ärztenetzen eine abgestimmte medizinische Rundumversorgung bei Diagnosen und ambulanten Behandlungen an (Region Dingolfing).

Gemäß Gesetzgeber sind Hausarztmodelle (HZV) mit Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen durch die GKV anzubieten, die mit Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) bzw. Hausärzterverbänden mit einem Marktanteil von mehr als 50 % abzuschließen sind. Die Hausarztmodelle sollen die Reduzierung der Wartezeiten auf einen Arzttermin, Spät- und Samstagssprechstunden, garantierte Sprechstundentermine oder Hausbesuche von kooperierenden Ärzten, ambulante Operationen oder Facharztbehandlung in Wohnortnähe bei akuten Beschwerden fördern, Doppeluntersuchungen und Rehospitalisierungen vermeiden sowie zu Einsparungen bei den verordneten Arzneimitteln führen. Die mhplus BKK hat für ihre Versicherten in den Schwerpunktregionen Baden-Württemberg und Bayern HZV-Verträge abgeschlossen und steuert durch eigene Versorgungsmanager deren optimale Versorgung. Aktuell werden bei Einschreibungen in die HZV bis zum Inkrafttreten des GKV-FinG im Oktober 2010 mit Bestandsschutz bis Ende 2014 bis zu 50 % höhere Honorare vergütet. Künftig werden diese Vergütungsmodelle bei Neuverträgen auf das zwischen der kassenärztlichen Bundesvereinigung und den GKV vereinbarte Honorar für hausärztliche Behandlung begrenzt.

Spezielle Risikogruppen werden durch gute betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme betreut. Daneben bietet die mhplus BKK den Arbeitgebern bei Bedarf bezuschusste Gesundheitsuntersuchungen bei Einstellung und arbeitgeberbezogene Seminarangebote an und erstellt auf Anfrage schlüssige Arbeitgeber-Konzepte.

Im Bereich Disease Management Programme (DMP) bietet die mhplus BKK die gängigen strukturierten Behandlungsprogramme über Einzelverträge mit Arztpraxen an. Die Teilnehmer werden qualifiziert betreut, um vor dem Hintergrund des Morbi-RSA die Wirtschaftlichkeit und den persönlichen Betreuungsgrad zu erhöhen. Bislang konnten reduzierte Krankenhauseinweisungen erzielt werden. Die hohen DMP-Einschreibequoten belegen eine hohe Akzeptanz der Kunden und die auch nach Einschätzung von Euler Hermes Rating guten Konzepte der mhplus BKK im Bereich DMP.

Die mhplus BKK verfügt aktuell über ein gutes Case und Health Care Management. Detaillierte Analysen zur Risikofrüherkennung, zu Versorgungsdefiziten und zu auffälligen Versichertenprofilen sind möglich und werden durch die Nutzung entsprechender Instrumente und Prozesse weiter optimiert. Ein Gesundheitscoaching und eine dezidierte Fallsteuerung wird zusammen mit externen Partnern für kostenintensive Diagnosen (Depressionen und Burn-out Symptome mit 100 Teilnehmern) zusammen mit Ärztenetzen, externen Betreuungsprogrammen und einem Abrechnungszentrum nachgehalten. Für 2011 sind zwei weitere Betreuungsprogramme für chronische Erkrankungen und Hochkostenfälle sowie die Implementierung von Steuerungsinstrumenten zur Optimierung des Versorgungsgrads und Vermeidung des Rehospitalisierungsrisikos nach Morbi-RSA geplant. Daneben soll ein neues Modellvorhaben mit der Universität Tübingen (Depression/Tinnitus) durchgeführt werden.

Durch die Einführung dezentraler effizienter Kompetenzcenter und eines effizienten Krankengeld und Krankenhausfallmanagements sollen erhöhte Kosten aus Unter-, Fehl- und Überversorgungen von Arznei- und Hilfsmitteln und Morbi-RSA Risiken sowie verstärkt auftretenden psychischen Erkrankungen begrenzt werden. Die mhplus BKK verspricht sich über vielfältige Angebote von Integrierten Versorgungsformen in Schwerpunktregionen sektorenübergreifende Steuerungsmöglichkeiten für ihre Zielgruppen, z. B. beim ambulanten Operieren.

Insgesamt bietet die mhplus BKK ihren Kunden ein sehr gutes Angebot an Verträgen zur Integrierten Versorgung und gute Konzepte im Bereich Disease Management Programme an. Ab 2011 soll der Abschluss von Selektiv- und die Ausweitung von Populationsverträgen (Ärztetzwerke, HZV) eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung verstärkt unterstützen. Das Case und Health Care Management, das auf die Anforderungen des Morbi-RSA zunehmend ausgerichtet wird, befindet sich noch in der Aufbauphase. Zusammenfassend bewertet Euler Hermes Rating das Versorgungsmanagement der mhplus BKK mit gut.

Finanzstärke

Nach der Einführung des Gesundheitsfonds und des Einheitsbeitragssatzes können gesetzliche Krankenkassen ihre Einnahmen insbesondere durch die Erhebung von Zusatzbeiträgen beeinflussen. Durch langfristige finanzielle Deckungslücken im Gesundheitswesen und die Gesundheitspolitik sind die Zuweisungen, die die Krankenkassen aus dem sog. morbiditätsorientierten Strukturausgleich (Morbi-RSA) erhalten, nur schwer prognostizierbar. Die Ausstattung einer Krankenkasse mit ausreichenden finanziellen Sicherheitsreserven und Liquidität, die nachhaltige Verbesserung der Ertragskraft und Erhöhung der Wirtschaftlichkeit sowie die Beherrschung finanzieller Risiken können dazu beitragen, die Erhebung eines Zusatzbeitrages zu vermeiden. Im folgenden Abschnitt bewertet Euler Hermes Rating die Finanzstärke einer gesetzlichen Krankenkasse anhand folgender Kriterien:

Kriterien	Gewichtung	Beurteilung mhplus BKK
Finanzielle Reserven	40 %	AA (sehr gut)
Ertragskraft und Wirtschaftlichkeit	60 %	AA (sehr gut)
Finanzstärke	100 %	AA (sehr gut)

Die mhplus BKK hat in den letzten fünf Geschäftsjahren einen ausgabendeckenden Beitragssatz erhoben und ist schuldenfrei. Als Ergebnis einer vorsichtigen Finanzpolitik wurden die Betriebsmittel leicht zurückgeführt und nicht betriebsnotwendiges Vermögen (Immobilie Rheinfelden) veräußert, um die Kapitalbindung zu reduzieren. Aufgrund dieser Maßnahmen soll das durchschnittliche Vermögen je Mitglied zum 31.12.2010 auf € 178,29 (31.12.2009 € 181,52; 2008 € 164,78) sinken, was weiterhin einem sehr guten Niveau entspricht. Positiv zu bewerten sind auch die im GKV-Vergleich unterdurchschnittlichen, wenn auch aktuell gestiegenen, Verwaltungskosten der mhplus BKK in Höhe von voraussichtlich € 177,40 per 31.12.2010 (2009 € 167,42; 2008 € 169,21) je Mitglied (GKV-Durchschnitt 2009 € 173,87).

Durch eine unter Plan liegende Mitgliederentwicklung, hohe Risikovorsorgen und durch die Fondsunterdeckung erwartet die mhplus BKK ein leicht defizitäres Ergebnis für 2010. Aktuell verfügt die Krankenkasse über hohe liquide Mittel, um ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen. Der Haushaltsplan 2011 weist bei unveränderter Nichterhebung eines Zusatzbeitrages weitere Einnahmensteigerungen gegenüber der Hochrechnung 2010 aus. Die Leistungsausgaben sollen entsprechend der gesundheitspolitischen Maßgaben zur Umsetzung von Sparmaßnahmen steigen, die Nettoverwaltungskosten aufgrund der Begrenzung in der Ausgabendisziplin auf das Vorjahresniveau nahezu stabil bleiben. Im Haushaltsplan 2011 wurden pauschaliert Risikoabschläge auf die Zuweisungen zur Kompensation von Unwägbarkeiten im Morbi RSA und für weitere Insolvenzrisiken gesetzlicher Krankenkassen gebildet. Die geplante Fusion der GBK ist noch nicht im Haushaltsplan 2011 abgebildet. Insgesamt soll ein leichter Einnahmenüberschuss erzielt werden. Das Finanzcontrolling soll durch die Integration Morbi-RSA relevanter Kennzahlen als Steuerungsinstrument weiterentwickelt werden.

Zur Vermeidung einer Deckungslücke im Gesundheitsfonds hat die Bundesregierung ein Sondervermögen gebildet, eine Beitragserhöhung mit Wirkung zum 01.01.2011 beschlossen sowie zusätzliche Bundeszuschüsse für 2010 und 2011 zugesagt, um erwartete Defizite der GKV auszugleichen. Der Schätzerkreis bestätigte Ende September 2010 im Wesentlichen die Unterdeckung für

2010 (€ 2,1 Mrd.). Für 2011 geht der Schätzerkreis durch die positive konjunkturelle Entwicklung tendenziell von einer geringeren Finanzierungslücke aus.

Mit der Einführung der Insolvenzfähigkeit per 01.01.2010 haben 15 gesetzliche Krankenkassen bereits im Verlauf des ersten Halbjahres 2010 Zusatzbeiträge erhoben, um eine finanzielle Schieflage zu beseitigen. Durch die Einnahmesteigerungen infolge des um 0,6 Prozentpunkte erhöhten Basisbeitragsatzes und Kostendämpfungsmaßnahmen für Kassen und Leistungserbringer durch das per 01.01.2011 in Kraft tretende GKV-FinG kann die Unterfinanzierung des GKV-Systems kurzfristig beseitigt werden. Flankiert werden die Einnahmesteigerungen durch Ausgabensenkungen bei Medikamenten durch das verabschiedete Arzneimittelsparpaket (AMNOG), bei den Arzthonoraren durch leistungsbezogene Umverteilungen, bei stationären Krankenhausbehandlungskosten sowie eine Begrenzung der administrativen Kosten der Kassen.

Die Vermeidung der Schließung der GBK durch Insolvenz wird durch umfangreiche finanzielle Hilfen des BKK-Systems unterstützt. Die mhplus BKK geht davon aus, dass Einmalbelastungen und künftige Unterdeckungen aus der Fusion mit der GBK zum 1. Januar 2011 durch Skalenvorteile, Kosteneinsparungen und gezielte Versorgungssteuerung ausgeglichen werden können. Insgesamt erscheint uns die Risikoeinschätzung des Vorstands der mhplus BKK plausibel.

Einzelne GKV werden unseres Erachtens auch über 2010 hinaus zur Gewährleistung einer soliden Finanzlage und Vermeidung von Insolvenzen weiterhin Zusatzbeiträge erheben müssen. Mit der fortbestehenden, wenn auch begünstigten, Begrenzung der erheblichen Zusatzbeiträge, hohen Einzugskosten, Beitragsrückständen und Kundenverlusten sowie dem damit begrenzten finanziellen Spielraum dieser Krankenkassen besteht das Risiko, dass sich die mhplus BKK finanziell an der Sanierung weiterer GKV beteiligen muss. Darüber hinaus bestehen durch die künftige Versagung von Bundeszuschüssen bei Finanzierungsengpässen, den Aufbau einer Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds, der tendenziellen Reduzierung der Leistungsangebote auf die Basisversorgung, der Finanzierung teurer Hochkostenfälle und der Begrenzung der administrativen Kosten zusätzliche finanzielle Risiken. Um diese zu begrenzen und die Erhebung eines Zusatzbeitrages langfristig zu vermeiden, Kosteneinsparpotenziale durch Optimierungen in der Versorgungssteuerung zu nutzen, die Handlungsfähigkeit zu erhöhen und die Marktdurchdringung in den Kernregionen zu erhöhen, plant die mhplus BKK für 2011 weitere Fusionen.

Nach Ansicht der Euler Hermes Rating weist die mhplus BKK zum Zeitpunkt des Ratings eine ausgezeichnete Ausstattung mit Betriebsmitteln und Rücklagen und eine hohe finanzielle Flexibilität aus. Darüber hinaus bewertet Euler Hermes Rating die Ertragskraft und Wirtschaftlichkeit der mhplus BKK mit sehr gut. Finanzielle Risiken liegen indes in der langfristigen Unterdeckung des Gesundheitsfonds, Finanzausgleichen durch die finanzielle Schieflage einzelner Kassen, der weiteren Gestaltung des Morbi-RSA und der Aufzehrung finanzieller Reserven sowie Abschwächung der positiven Ertragskraft durch geplante Fusionen. Demgegenüber stehen Chancen aus verbindlich zugesagten finanziellen Zuschüssen des BKK-Systems zur Abdeckung der finanziellen Belastungen und Integration von Fusionen sowie von Skalenvorteilen und Kosteneinsparpotenzialen.

Ratingmethodik und Durchführung des Ratings

Der Auftrag zur Durchführung des Unternehmensratings wurde am 25. Juli 2010 durch die mhplus BKK (Auftraggeberin) erteilt. Der Unternehmensbesuch fand am 8. September (Geschäftsstelle Marklkofen) und 15. Oktober 2010 am Hauptsitz statt. Am 29. Dezember 2010 wurde der hier vorliegende Ratingbericht an den Kunden übergeben und das Ratingverfahren damit abgeschlossen.

Der Notationsvorschlag und der zugrunde liegende Bericht wurden durch das Ratingkomitee am 29. Dezember 2010 geprüft und in der vorliegenden Fassung genehmigt. Das Ratingurteil bezieht sich auf diesen Stichtag. Mit der Veröffentlichung des Ratingurteils auf den Internetseiten der Ratingagentur (www.eulerhermes-rating.com) schließt sich ein einjähriges Monitoring-Verfahren an. Während dieses Zeitraums wird die Entwicklung des Unternehmens und seines Umfelds weiter überwacht. Seitens der gerateten Gesellschaft besteht für diesen Zeitraum weiterhin eine uneingeschränkte Auskunftspflicht. Veränderungen der Ratingeinschätzung durch die Ratingagentur führen zu einer Veränderung der veröffentlichten Ratingnote, sodass die im Internet veröffentlichte Note jederzeit die aktuelle Ratingbeurteilung darstellt. Nach Ablauf des Monitoring-Zeitraums ist ein Folgerating erforderlich, um die Veröffentlichung aufrechtzuerhalten.

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der nach Maßgabe unserer Informationsanforderungen offen und bereitwillig vorgelegten Unterlagen und ausführlich in Form von Interviews mit den Führungskräften und Sachbearbeitern erteilten Auskünfte liegen im alleinigen Verantwortungsbereich der Auftraggeberin.

Die Auftraggeberin hat den Ratingbericht geprüft und bestätigt, dass alle Informationen des Berichts in allen wesentlichen Gesichtspunkten richtig und vollständig sind, keine wesentlichen Aspekte verschwiegen wurden und soweit die Informationen zukunftsgerichtet sind, diese auf plausiblen, nachvollziehbaren und aktuellen Ausgangsdaten basieren und von der Auftraggeberin mit der Sorgfalt eines ordentlichen Kaufmanns erstellt worden sind. Die Auftraggeberin übernimmt jedoch keine Garantie dafür, dass sich alle auf die Zukunft gerichteten Informationen, insbesondere die Projektionen, wie dargestellt realisieren. Veränderungen im Unternehmen und im wirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Umfeld wie auch unvorhersehbare Ereignisse können die zukunftsgerichteten Informationen und Projektionen entsprechend beeinträchtigen.

Das freiwillige Euler Hermes Rating für gesetzliche Krankenversicherer ist ein Expertenurteil über die Qualität einer Krankenkasse in fest definierten Teilbereichen, jedoch keine Empfehlung, eine Krankenkasse zu wählen oder zu wechseln. Jeder Empfänger der Informationen muss seine eigene unabhängige Analyse, Kreditbeurteilung und sonstige Prüfungen und Bewertungen durchführen, die zur abschließenden Entscheidung über die Aufnahme einer Geschäftsbeziehung bzw. eine Teilnahme an bestimmten Fazilitäten üblich und notwendig sind.

Es wird darauf hingewiesen, dass Zusammenfassungen von Verträgen, Gesetzestexten und anderen Dokumenten im Bericht nicht das Studium der entsprechenden vollständigen Texte ersetzen können. Zum Zeitpunkt der Weitergabe der Informationen kann nicht gewährleistet werden, dass seit dem Zeitpunkt der Zusammenstellung der Informationen keine Änderungen mehr erfolgt und alle Informationen noch zutreffend sind. Die Auftraggeberin übernimmt keine Verpflichtung und Haftung zur Vervollständigung der Informationen.

Die Verbreitung dieses Ratingberichts in bestimmte Jurisdiktionen könnte gesetzlich verboten sein. Dementsprechend werden Personen, die in den Besitz dieser Informationen gelangen, von der Auftraggeberin gebeten, sich hierüber selbst zu informieren und die entsprechenden Restriktionen zu beachten. Die Auftraggeberin übernimmt niemandem gegenüber irgendeine Art von Haftung in Bezug auf die Verbreitung dieses Ratingberichts in irgendeine Jurisdiktion.

Die Geschäftsleitung der Auftraggeberin hat der Euler Hermes Rating GmbH gegenüber eine schriftliche Vollständigkeitserklärung abgegeben.

Wir erstatten diesen Bericht nach bestem Wissen und Gewissen.

Euler Hermes Rating GmbH

Hamburg, 28. Februar 2011

Anlage 1: Ratingnotationen

Kategorie	Erläuterung
AAA (ausgezeichnet)	AAA geratete gesetzliche Krankenversicherungen sind ausgezeichnet im Markt der gesetzlichen Krankenkassen positioniert.
AA (sehr gut)	AA geratete gesetzliche Krankenversicherungen sind sehr gut im Markt der gesetzlichen Krankenkassen positioniert.
A (gut)	A geratete gesetzliche Krankenversicherungen sind gut im Markt der gesetzlichen Krankenkassen positioniert.
BBB (zufriedenstellend)	BBB geratete gesetzliche Krankenversicherungen sind zufriedenstellend im Markt der gesetzlichen Krankenkassen positioniert.
BB (noch zufriedenstellend)	BB geratete gesetzliche Krankenversicherungen sind noch zufriedenstellend im Markt der gesetzlichen Krankenkassen positioniert.
B (ausreichend)	B geratete gesetzliche Krankenversicherungen sind ausreichend im Markt der gesetzlichen Krankenkassen positioniert.
CCC (schwach)	CCC geratete gesetzliche Krankenversicherungen sind schwach im Markt der gesetzlichen Krankenkassen positioniert.
CC (kritisch)	CC geratete gesetzliche Krankenversicherungen sind sehr schwach im Markt der gesetzlichen Krankenkassen positioniert. Diese Krankenversicherungen sind in ihrer Finanzkraft gefährdet und befinden sich in einer kritischen Situation.
C (sehr kritisch)	C geratete gesetzliche Krankenversicherungen verfügen über sehr kritische Strukturen. Das Insolvenzrisiko ist hoch.
D (insolvent)	D geratete gesetzliche Krankenversicherungen weisen bereits einen Ausfall auf oder haben einen Insolvenzantrag gestellt. Das D-Rating ist nicht zukunftsgerichtet, sondern dokumentiert den Ist-Zustand.