

20 Jahre GKV-Organisationsreform: Was sich bei den Krankenkassen geändert hat

von Wilfried Borch¹

ABSTRACT

Das Gesundheitsstrukturgesetz brachte den Versicherten die Wahlfreiheit zwischen den Krankenkassen und den Krankenkassen selbst eine Organisationsreform. Der Artikel konzentriert sich auf Letztere und analysiert die daraus resultierenden Veränderungen. Dabei geht es unter anderem um Konzentrationsprozesse, Professionalisierung, Wettbewerb unter den Kassen und den Wandel vom Payer zum Player. Gemessen an den (rechtlichen) Rahmenbedingungen waren die Fortschritte in den ersten zwanzig Jahren nach Start des Transformationsprozesses beeindruckend.

Schlüsselwörter: gesetzliche Krankenversicherung, Organisationsreform, Professionalisierung

The Health Structure Act implemented the insurees' freedom of choice between sickness funds and an organizational reform of the sickness funds themselves. The article centres on the latter and analyses the changes the sickness funds underwent, particularly concentration, professionalization, competition between sickness funds, and becoming players instead of remaining payers. Considering the overall set-up and the legal restrictions, the progress made within the first 20 years after the reform must be considered impressive.

Keywords: statutory health insurance, organizational reform, professionalization

1 Gründe und Zielsetzung der Reform

Seit der Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum 1. Januar 1996 können Versicherte ihre Krankenkasse weitgehend frei wählen. Zuvor hatte es ein nichtwettbewerbliches Zuweisungssystem gegeben. Dieses wirkte prinzipiell wie eine Zwangsmitgliedschaft in einer bestimmten Kasse, sodass die Kassen selbst keine großen Anreize hatten, sich um die Interessen und Präferenzen ihrer Versicherten zu kümmern und intensive Auseinandersetzungen mit Leistungserbringern um Qualität, Wirtschaftlichkeit und Effizienz zu führen. Sie waren von ihrem Verständnis her reine Finanzverwaltungen (Cassel 1993; Jacobs 1994, 170 ff.). Strukturelle Verhärtungen, fehlende Innovationen sowie zahlreiche ökonomische und versorgungsseitige Fehlallokationen waren die Folge. Zudem hatte das Zuweisungssystem nicht hinnehmbare sozialpolitische Verwerfungen aufgrund der Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten und der extrem hohen Beitragsdifferenzen zwischen den Kassen zur Folge. Da die Beitragssatzunterschiede systematisch durch die strukturellen Vor- und Nachteile der Zwangsmitglieder bestimmt wurden, gab es an den wenigen Stellen, an denen Wettbewerb überhaupt möglich war, allenfalls ei-

nen Wettbewerb um günstige Risiken. Diese Situation sollte daher mit der Erweiterung der Wahlmöglichkeiten für Versicherte und der Neuordnung des Finanzausgleichs zum Positiven gewendet werden. Mit Einführung eines regulierten und zugleich funktionsfähigen Wettbewerbs sollte ein spürbarer Änderungs- und Anpassungsdruck auf die Kassen ausgeübt werden (Cassel 1993, 132 ff.; Borch und Cassel 1995, 658 ff.). Unternehmerisches Denken und Handeln sollte in ihre Organisationen Einzug halten und dazu beitragen, dass sich die Krankenkassen zum Wohle ihrer Versicherten, die seither ihre Kunden sind, und zur Beförderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit gegenüber Leistungserbringern dynamisch wandeln.

2 Wettbewerbsmärkte und Erfolgsfaktoren

Die weitgehende Öffnung der Krankenkassen in Verbindung mit dem Risikostrukturausgleich hat die Entstehung von Wettbewerbsmärkten befördert. Zahlreiche sich daran anschließende Gesundheitsreformen mit gradueller Erweiterung der Handlungsspielräume für die Kassenakteure haben diese Ent-

¹ Dr. rer. oec. Wilfried Borch, FOM Hochschule Essen · Herkulesstraße 32 · 45127 Essen · Telefon: 01520 1565777 · E-Mail: wilfried.borch@fom.de

wicklung tendenziell verstetigt. Dazu zählten die Einführung von Wahlтарifen und das verbreitete Spektrum von Satzungsleistungen, mit denen die Präferenzen der Versicherten heute deutlich besser abgebildet werden können, die moderate Erweiterung von vertraglichen Entscheidungsmöglichkeiten und die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs hin zu einem morbiditätsorientierten Ausgleich. Von der Idealform eines regulierten Wettbewerbs, der produktive, allokativen und dynamische Effizienz möglichst optimal in Verbindung mit der Realisierung von Solidaritätszielen erfüllt (Greß 2002, 490 ff.), ist das GKV-System aber auch heute noch weit entfernt. Aktuell lassen sich drei Märkte zwischen den Krankenkassen, Versicherten und Leistungserbringern identifizieren (Cassel und Wasem 2014, 24 ff.) (Abbildung 1):

- der Versicherungsmarkt: gekennzeichnet durch einen Wettbewerb um Versicherte,
- der Leistungsmarkt: gekennzeichnet durch einen Wettbewerb um Verträge sowie
- der Behandlungsmarkt: gekennzeichnet durch einen Wettbewerb um Patienten.

Für die Krankenkassen sind insbesondere die ersten beiden Märkte relevant, da sie darauf mehr oder weniger direkt einwirken können, während sich der Behandlungsmarkt allenfalls indirekt über ihr Tun beeinflussen lässt. Für jeden relevanten Markt und für die Optimierung der Kassen intern gibt es wiederum relevante Aktionsparameter. Diese sind bezüglich des ergebnisorientierten Managements einer Krankenkasse bestimmten Erfolgsfaktoren und einem Oberziel wie beispielsweise Wachstum zuzuordnen (Abbildung 2). Bei der praktischen Ausgestaltung im Hinblick darauf, welcher Faktor strategisch der wichtigste für einen wachstumsorientierten Wettbewerb ist, gibt es durchaus unterschiedliche Bewertungen (Neumann 2013, 239f.; Schmahl 2015). Im Zusammenhang dieses Beitrags stellt sich die Frage, wie sich die Krankenkassen und ihr Markt tatsächlich entwickelt haben.

3 Finanzen und Marktstruktur

Zunächst ist festzustellen: Alle Krankenkassen stehen derzeit ohne Schulden da; allerdings schwankt die finanzielle Leistungsfähigkeit zwischen einzelnen Kassen deutlich: Während einige von ihnen ein kommodos Finanzpolster ausweisen, stehen andere vor roten Zahlen. Es ist kein Geheimnis, dass vor allem positive Finanzergebnisse nicht kausal auf die Managementfähigkeit einzelner Krankenkassen zurückzuführen sind, sondern mitunter stark von regionalen Besonderheiten wie besonders günstigen Krankenhausstrukturen abhängen.

Massiv verändert hat sich die Marktstruktur. Gab es bei Ankündigung der Organisationsreform nach den Lahnstei-

ner Beschlüssen 1993 noch über 1.200 Krankenkassen, so schrumpfte ihre Zahl 1996 bereits auf unter 650 (Abbildung 3). Anfang 2016 waren es nur noch 118 Krankenkassen. Prägnantes Beispiel für diese Entwicklung sind die Allgemeinen Ortskrankenkassen (1994: 236) die sich zunächst auf örtlicher, dann auf der Ebene der Bundesländer zusammenschlossen und mittlerweile auch zwischen Bundesländern fusionieren. Andere Kassenarten wie die Betriebskrankenkassen (1994: 706, 2015: 99) und Innungskrankenkassen (1994: 165, 2015: 6) folgten diesem Konzentrationstrend (Wikipedia 2015).

Damit einher geht ein drastischer Versicherten- und Mitgliederanstieg bei marktstarken Akteuren. So hatten zum 1. Januar 2015 die Top-10-Krankenkassen einen mitgliederbezogenen Marktanteil von 67 Prozent. Die Top-25-Krankenkassen hatten einen Anteil von 89 Prozent, während sich die restlichen 95 Kassen mit einem Anteil von rund elf Prozent zufriedengeben mussten. Diese hohe Marktkonzentration hat merkliche Konsolidierungsprozesse bewirkt sowie Änderungen in der Aufbau- und Ablauforganisation nach sich gezogen. Das umfasst unter anderem die Zentralisierung von Entscheidungen und bereichsübergreifenden Aufgaben wie Controlling, Personalmanagement, Kommunikation sowie die Datenverarbeitung, die Professionalisierung von Standardprozessen wie Beitragseinzug und Krankengeldmanagement und partiell auch das Vertragsmanagement. Zugleich entstanden zur Unterstützung der Wachstumsziele neue Bereiche wie der Vertrieb oder das Versorgungsmanagement.

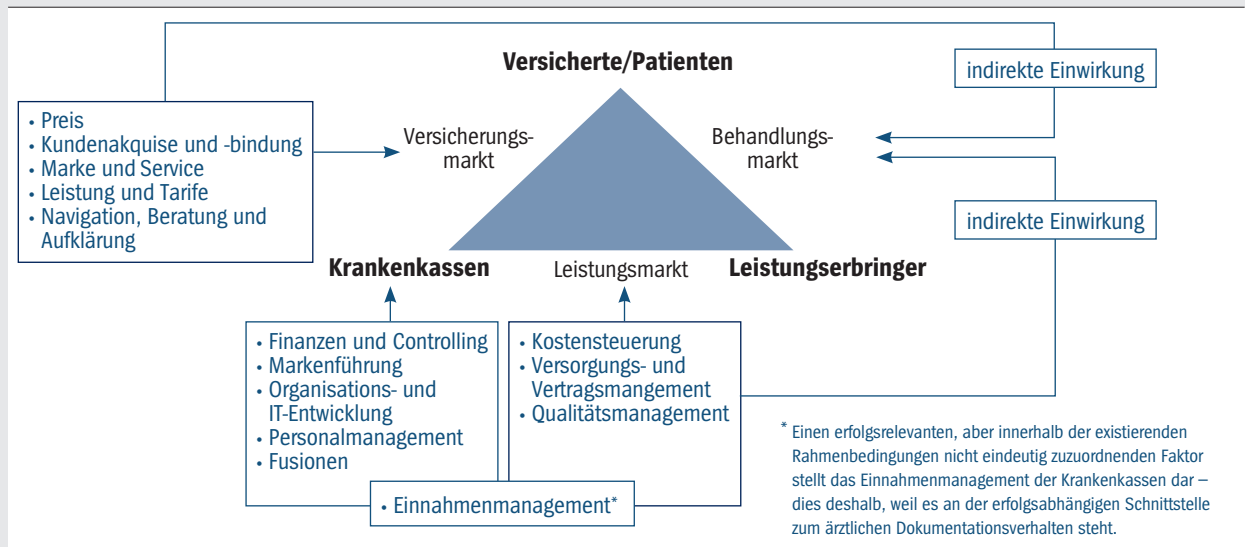
4 Von der Sozialverwaltung zum (faktischen) Unternehmen

Eine der großen Herausforderungen für die Kassen ist seit 1996 das Spannungsverhältnis zwischen sozialrechtlichen Regelungen und Regulierungen einerseits sowie Wettbewerbsbedingungen andererseits: Krankenkassen sind unverändert öffentlich-rechtliche Unternehmen, deren Handlungsspielräume vor allem leistungs- und personalrechtlich deutlich eingeschränkt sind, während sie sich, getrieben vom Mitgliederwettbewerb, faktisch wie Unternehmen verhalten müssen. Die unternehmensbezogene Professionalisierung von Krankenkassen erforderte vorrangig vier zentrale Änderungen:

1. eine strikte Trennung zwischen Haupt- und Ehrenamt. Während das Ehrenamt in Verwaltungsräten grundsätzlich strategische Entscheidungen treffen soll, muss die operative Verantwortung für die Geschäftsergebnisse und die Führung des Hauses möglichst in der Hand von hauptamtlichen Vorständen liegen. Damit verringert sich automatisch der politisch motivierte Einfluss von Gewerk-

ABBILDUNG 1

Die drei Wettbewerbsmärkte und die Aktionsparameter der gesetzlichen Krankenkassen



Die Krankenkassen agieren über unterschiedliche Aktionsparameter mit Versicherten und Leistungserbringern auf zwei Märkten, dem Versicherungs- und dem Leistungsmarkt. Ihr Einfluss auf den dritten Markt, den Behandlungsmarkt, ist allenfalls indirekt. Um im Wettbewerb erfolgreich zu sein, müssen sie zudem ihre internen Prozesse und Herausforderungen managen.

schaften und Verbänden der Arbeitgeber auf die Aufgaben und Organisation von Krankenkassen, während die betriebswirtschaftliche Professionalisierung derselben vorangetrieben werden kann

2. die Flankierung durch bereichsübergreifende Planungs-, Steuerungs- und Überwachungsinstrumente, die eine professionelle Führung einer Organisation ermöglichen
3. die Einführung eines professionellen Projektmanagements, das eine systematische Organisations- und Unternehmensentwicklung befördert
4. den Einzug von unternehmerischem Denken und Handeln über alle hierarchischen Unternehmensstufen einer Krankenkasse hinweg.

Zu 1.: Die Professionalisierung und inhaltliche Stärkung der Vorstände ist merklich erfolgt. Die heutigen Vorstände sind in ihrer Autonomie überwiegend gestärkt worden. Die qualitativen Anforderungen an sie sind deutlich gestiegen, während die Zahl der Verwaltungsräte erheblich reduziert werden konnte. Damit einher ging zugleich eine moderate Transfusion durch externe Kompetenzen, indem die Vorstände aus fachfremden Bereichen berufen wurden und ihr spezifisches Know-how in die sozialversicherungsrechtlich geprägten Krankenkassen einbringen konnten. Gefragt waren insbesondere Ökonomen und Ärzte. Aktuelle Beispiele

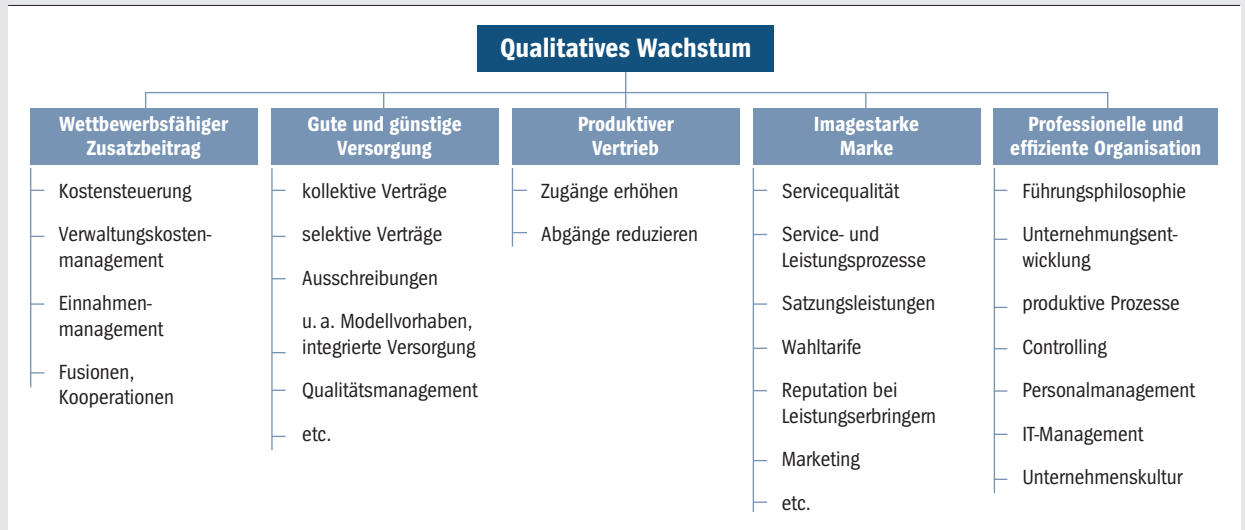
sind Jens Baas (Arzt, TK) und Irmgard Stippler (Volkswirtin, AOK Rheinland-Pfalz/Saarland).

Zu 2.: Die ergebnisorientierte und wettbewerbliche Wahrnehmung von Aufgaben bedarf dieser bereichsübergreifenden Instrumente. Denn das Management braucht genügend gesicherte Informationen, um die richtigen Entscheidungen treffen zu können. Das systematische Schaffen von Transparenz, operative Ergebnissicherung und -verbesserung, Zukunftssicherung und Zukunftsgestaltung gehörten aber früher nicht zum originären Selbstverständnis der Krankenkassen (Jacobs 1994, 176 f.). Entsprechend sind übergreifende Unternehmensplanungs- und Controllinginstrumente eher zögerlich eingeführt und angewendet worden. Strategische Unternehmenskonzepte, Kennzahlensysteme und das Führen mit Zielen gehören aber mittlerweile zum gängigen Repertoire wettbewerbtlich gut aufgestellter Krankenkassen.

Zu 3.: Für Maßnahmen der Organisationsentwicklung ist es vorteilhaft, sie projektseitig zunächst als eine Art Zweitorganisation modellhaft anzustoßen und Erfahrungen zu sammeln, um sie dann später reibungsfrei in die Linie überführen zu können. Zur Organisationsentwicklung haben sich die Krankenkassen umfäng-

ABBILDUNG 2

Erfolgsfaktoren des Oberziels Wachstum



Eine Krankenkasse sollte fixieren, wie sie ihre Ziele erreichen will. Sie kann beispielsweise zu dem Ergebnis kommen, dass sich qualitatives Wachstum, also die absolute Zahl und Struktur der Versicherten, als Oberziel über fünf wesentliche Erfolgsfaktoren erreichen lässt.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2016

lich der Unterstützung externer Beratungsunternehmen bedient. Auch aktuell verfügen viele große Beratungsunternehmen wie McKinsey & Company, The Boston Consulting Group und Bain & Company über Mandate. Zugleich hat ein erheblicher Know-how-Transfer in die Organisationen der Krankenkassen eingesetzt, die sich zunehmend emanzipieren und Projekte eigenständig professionell führen.

Zu 4.: Der Einzug unternehmerischen Handelns ist in erster Linie ein Unternehmenskulturprozess. Die in vielen Häusern aufgesetzten Change-Management-Prozesse beförderten stärkere Eigenverantwortung, spürbare Serviceorientierung, betriebswirtschaftliches Denken und Handeln. Insbesondere die jüngere Generation lebt die unternehmerische Orientierung deutlich engagierter. Auch werden zunehmend andere Qualifikationen als der klassische Sozialversicherungsfachangestellte von außen eingekauft. Zwar gehören in den fachbezogenen Kernprozessen heute noch rund 60 bis 85 Prozent der Beschäftigten der Qualifikationsgruppe der Sozialversicherungsfachangestellten (SoFas) an (Paquet 2013, 40). Dies bedeutet jedoch, dass inzwischen 15 bis 40 Prozent des beschäftigten Personals anderen Berufsgruppen entstammt. Dabei dürfte dieser Anteil in Stabsbereichen und bei strategischen Ar-

beiten deutlich höher liegen. So werden neben IT-Fachleuten allen voran fachspezifische Qualifikationen aus den medizinischen und medizinnahen sowie den kaufmännischen Bereichen benötigt. Dies betrifft Ärzte und Apotheker, aber auch Personal aus dem Krankenpflegebereich sowie Betriebswirte. Nachgefragt werden zudem (Versicherungs-)Mathematiker, Gesundheitsökonomien und Ernährungsberater. Entsprechend dieser erhöhten Qualifikationsanforderungen bilden Krankenkassen ihre Fach- und Führungskräfte inzwischen in Eigenregie und zunehmend in Kooperationen mit Hochschulen und Berufsakademien aus.

Die Tendenz zur Akademisierung der GKV-Kassen beförderte den Unternehmenskulturprozess deutlich, weil behördlich eingeschlossene Verhaltensweisen aufgebrochen wurden und so unternehmerisches Denken und Handeln in die Organisationen sickern konnte. Zugleich musste aber das Bestandspersonal systematisch weiterentwickelt werden. Das zeigt: Das Personalmanagement einer Krankenkasse nimmt im Veränderungsprozess eine besonders bedeutsame Rolle ein. Seine Funktion geht weit über die Personalentwicklung hinaus. Es schiebt über Restrukturierungen der Organisation, Verwaltungskostendruck und den Zwang zu Produktivitätssteigerungen die professionelle Weiterentwicklung der Krankenkassen systematisch an (Kötter und Behrens 2010, 288 ff.).

5 Vom Payer zum Player

Die Organisationsreform war nur der erste Schritt, um Effizienzreserven im GKV-System zu heben. Die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung sollte auch durch ein Mehr an Selektivverträgen und eigenverantwortlichem Handeln auf der Ebene der Einzelkassen erfolgen. Tatsächlich hat der Gesetzgeber zahlreiche Reformen zur Stärkung der vertraglichen Handlungsspielräume der Krankenkassen initiiert. Allerdings blieben die vertraglichen Freiheitsgrade der Kassenakteure stark eingeengt, sodass sich Wettbewerbswirkungen um Qualität und Innovationen sowie Wirtschaftlichkeit und Effizienz nur unzureichend entfalten konnten. Beispielsweise gelten im Krankenhausbereich weiterhin nahezu durchgehend kollektivvertragliche Regelungen.

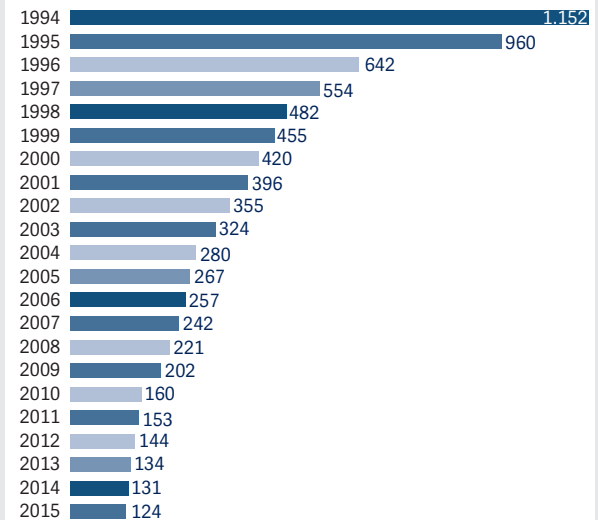
Entsprechend ernüchternd muss das Fazit ausfallen: Der vielfach eigenständig erhobene Anspruch, Player statt Payer im Versorgungsbereich zu sein und die Versorgungslandschaft mitzugestalten, konnte nur punktuell umgesetzt werden. Selbst zu den Hochzeiten der Integrierten Versorgung (IV) zwischen 2007 und 2008, als mittels Anschubfinanzierung das Versorgungsmanagement der Krankenkassen angezogen werden sollte, machten die rund 6.400 registrierten IV-Verträge nicht mehr als rund 0,7 Prozent an den GKV-Gesamtausgaben aus. Seitdem die Anschubfinanzierung Ende 2008 weggefallen ist, stagniert die Entwicklung (*Sachverständigenrat 2012, 340 ff.*). Transparenz zum aktuellen Umsetzungsstatus von Versorgungsverträgen gibt es keine. Die Krankenkassen publizieren hierzu nicht proaktiv. Gäbe es aber echte versorgungspolitische Innovationen auf dem GKV-Markt, wären sie vermutlich bekannt und würden bei Effizienz und Wirtschaftlichkeit bereits durch leistungsstarke Wettbewerber imitiert. Zweifellos existieren einige seriöse Versorgungsansätze wie der Hausärztervertrag Baden-Württemberg, Prosper und proGesund oder die Disease-Management-Programme. In Bezug auf die Versorgungsqualität, das Versorgungsniveau und die Versorgungsdichte ist man aber nach wie vor weit von ganzheitlichen, sektorübergreifenden Leistungen entfernt.

Professionell engagierten sich die Leistungsbereiche der Krankenkassen vor allem dort, wo sie im Einklang mit dem Erfolgsfaktor „günstige Versorgung“ Kosteneinsparungspotenziale erschließen konnten:

- bei den Arzneimittelrabattverträgen,
- bei Apothekenverträgen zur Dispensierung von hochpreisigen Arzneimitteln,
- mittels Ausschreibungen beim Einkauf von Heil- und Hilfsmitteln,
- beim Krankengeldmanagement,
- beim Fallmanagement und der Leistungssteuerung von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen.

ABBILDUNG 3

Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen zum 1. Januar des jeweiligen Jahres



Nach Ankündigung der Lahnsteiner Beschlüsse und der darin vorgesehenen Organisationsreform sank die Zahl der Krankenkassen zunächst sprunghaft. Dann verlangsamte sich der Konzentrationsprozess.

Quelle: eigene Darstellung. Grafik: G+G Wissenschaft 2016

6 Von der Behörde zum Dienstleister

Die Transformation der Kassen zum Dienstleister war und ist damit verbunden, unternehmerisches Denken und Handeln zu initiieren und personalseitig systematisch weiterzuentwickeln. Dabei musste der daraus resultierende Veränderungsprozess jeweils über die gesamte Organisation ausgerollt werden. Kundenferne Hintergrundabteilungen hatten demnach genauso Dienstleistungsorientierung neu zu erlernen wie die kundennahen Servicebereiche, der Vertrieb und das flankierende Marketing.

Vertrieb

Das Ende des Zuweisungssystems der GKV erforderte die aktive Akquise von Neumitgliedern. Entsprechend sind nahezu flächendeckend in größeren Krankenkassen Vertriebseinheiten aufgebaut worden. Diese tragen direkt zum Wachstumsziel bei, sind aber aufgrund ihrer Kundennähe auch service- und marktrelevant. Der effiziente Einsatz vertrieblicher Ressourcen bedurfte zwingend klarer Informations- und Steuerungsgrundlagen zu den Kundensegmenten und Regionalgebieten. Gleichzeitig veranlasst der Vertrieb einen hohen Unterstützungsbedarf beispiels-

weise bei der Generierung von Adressen oder bei der Bereitstellung verkaufsfähiger Produkte. Auf diese Weise treibt der Vertrieb andere Fachgebiete der Kassen permanent an.

Service- und Zusatzleistungen

Die Servicepolitik der Krankenkassen steht mitunter in Konkurrenz zum Erfolgsfaktor „wettbewerbsfähiger Zusatzbeitrag“, ihre Wirkung auf das Wachstumsziel ist unspezifisch. Gleichwohl wurde hier viel verbessert, etwa durch flexiblere Öffnungszeiten, 24-Stunden-Hotline, telefonische medizinische Beratung, erweiterte Erreichbarkeit über Callcenter, moderne Geschäftsstellenausstattung und kundenfreundliche Atmosphäre sowie kurze Bearbeitungszeiten bei Anfragen und Anträgen. Mitarbeiter werden bezüglich ihres Kunden- und Kommunikationsverhaltens geschult und kontrolliert. Damit die Serviceprozesse professionalisiert werden, bedienen sich moderne Krankenkassen Verfahren zur Messung der Kundenzufriedenheit. Durch die Implementierung eines Beschwerdemanagements werden unterstützend Kunden-O-Töne erfasst, Prozesse geprüft und Veränderungsmaßnahmen abgeleitet. Entsprechend bieten Krankenkassen im Branchenvergleich bei ihrer Dienstleistungsorientierung inzwischen eine gute Performance, wemgleich es weiterhin Optimierungspotenzial gibt.

Spürbar verbreitert hat sich das Leistungsangebot der Krankenkassen. Dies betrifft vor allem:

- die Gesundheitsförderung mit zunehmend werthaltigen Angeboten für Privat- und Firmenkunden,
- kassenindividuelle Satzungsleistungen, mit denen zielgruppenadressiert beispielsweise professionelle Zahnreinigung, Osteopathie, bestimmte Auslandsimpfungen oder finanzielle Unterstützung bei der künstlichen Befruchtung angeboten wird,
- tarifliche Zusatzleistungen, deren Leistungsspektrum Bonuszahlungen, Selbstbehalte, Beitragsrückerstattungen, Tarife für besondere Versorgungsformen, Arzneimittel oder zusätzliche Leistungen umfassen.

Insbesondere mit den tariflichen Zusatzleistungen bekamen die Krankenkassen ein wettbewerbles Instrument gesetzlich zur Hand, mit dem sie ihr Leistungsspektrum deutlich spreizen konnten und seither unterschiedliche Leistungspakete, zugeschnitten auf die jeweiligen Kundenpräferenzen, anbieten (Abbildung 4). Eine wettbewerbliche Differenzierung innerhalb der GKV ist allerdings nur moderat gelungen. Das liegt unter anderem daran, dass trotz Verbreiterung des leistungsseitigen Handlungsspielraums der GKV-Markt weiterhin sehr eng ist. Schließlich werden über 90 Prozent der Leistungen auch heute noch einheitlich über den gesetzlichen Leistungskatalog angeboten. Die verbleibenden Gestaltungsoptionen für vor- und nachstoßenden Wettbewerb sind daher gering. Schnelle Imitationen von neuen Produkten und Leistungen sind auf dem GKV-Markt die Regel.

Merklich verbessert hat sich die GKV-Wettbewerbsfähigkeit gegenüber der PKV. Dies liegt insbesondere in den Tarifen begründet, die PKV-ähnliche Leistungen wie Ein- und Zweibettzimmer, Auslandsreise oder Zahn umfassen. Hier bietet die GKV ihren Kunden echte alternative Wahlmöglichkeiten zu den PKV-Zusatzversicherungen, wobei die GKV-Produkte deutlichen rechtlichen Anforderungen unterliegen (*Schreyögg und Busse 2010, 2A, 26 f.*). Krankenkassen versuchen teilweise eigens gebrandete tarifliche Produktlinien aufzulegen, mit denen sie sich gezielt von der PKV absetzen wollen. Die seit 2004 bestehende Möglichkeit, Kooperationen mit der PKV einzugehen, um deren Zusatzversicherungen zu vergünstigten Konditionen zu vermitteln, wurde ebenfalls stark wahrgenommen. So kooperierten beispielsweise die AOKs vorwiegend mit der Deutschen Krankenversicherung, viele Betriebskrankenkassen mit der Barmenia, die Techniker Krankenkasse mit der ENVIVAS oder die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (seit 2012 Teil der DAK Gesundheit) mit der Hanse Merkur. Angesichts der Verbreitung des GKV-eigenen Tarifangebots hat sich die anfängliche Intensität der Zusammenarbeit allerdings abgeflacht.

Marketing und Kommunikation

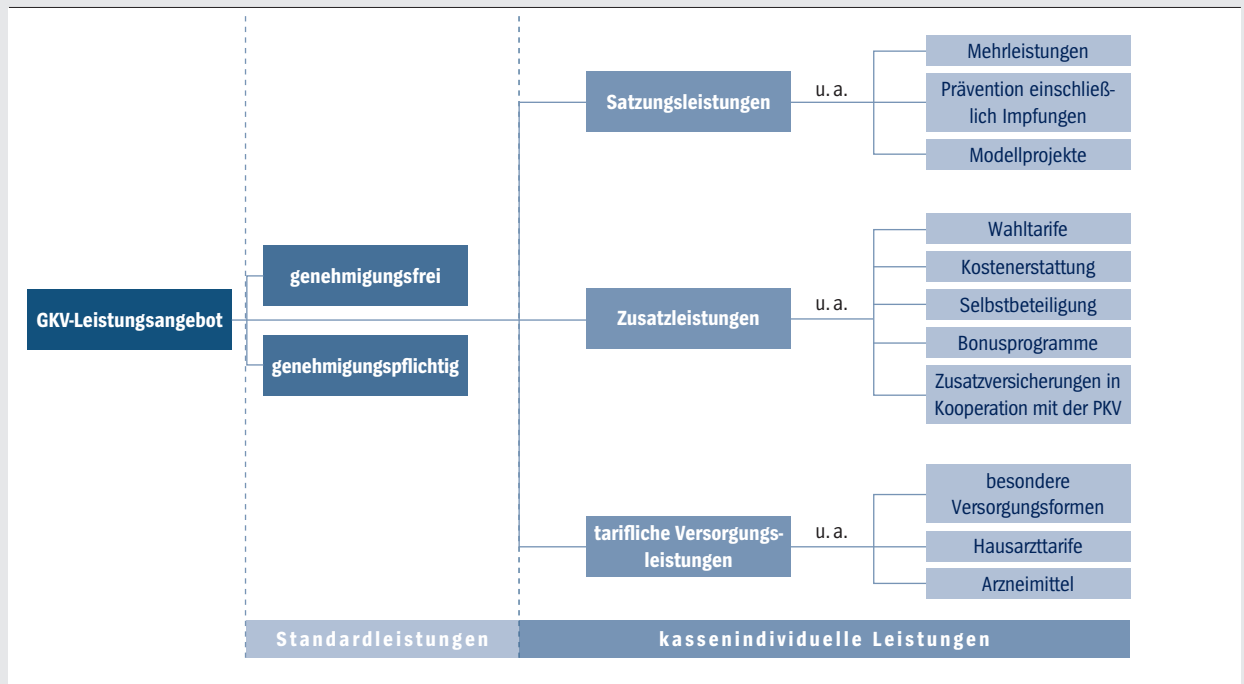
Professionalisiert haben sich auch das Marketing und die Kommunikation. Während noch zu Beginn der GKV-Organisationsreform die Kundenansprache wenig differenziert über wenige Kanäle erfolgte, werden heute Kunden zielgruppenadäquat mittels einer Multikanalkommunikation angesprochen. Marketing und politische Öffentlichkeitsarbeit sind zwar weiterhin zu verzahnen, werden heute aber überwiegend als voneinander getrennte Aufgabenfelder behandelt. In nahezu allen großen Häusern werden die Werbekampagnen inzwischen von Top-Werbeagenturen konfektioniert und mit Begleitung von professionellen Mediaagenturen kanalgerecht umgesetzt. Die Umstellung auf die Onlinekommunikation schreitet dynamisch voran. Zielgruppenorientierte und informative Websites – zum Teil mehrsprachig – stehen dem Kunden zur Verfügung, Social-Media-Kanäle werden gespielt, Apps und Wearables werden zur Kundenansprache und -bindung eingesetzt. Der Wandel von der Push- zur Pull-Kommunikation vollzieht sich soeben in fortschrittlichen Häusern. Zunehmend wird Marketing in der GKV zu dem, was es in dienstleistungsintensiven Branchen sein muss: zu einem zentralen Wettbewerbs- und Erfolgsparameter (*Boroch und Matusiewicz, 2016*).

7 Einnahmenmanagement

Die Einführung des Gesundheitsfonds in Verbindung mit dem morbiditätsorientierten RSA bewirkte weitere deutliche strategische und organisatorische Anpassungen in den Krankenkassen. Dies umso mehr, weil mit ihm die Finanzposition ei-

ABBILDUNG 4

Spreizung des Leistungsangebots der gesetzlichen Krankenkassen



Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz eröffnete Kassen erstmals die Chance, ihr Leistungsangebot mehr auf die Kundenpräferenzen zuzuschneiden. Da aber auch heute noch über 90 Prozent der Leistungen einheitlich über den GKV-Leistungskatalog angeboten werden, gelang keine genügend spürbare Differenzierung.

Quelle: eigene Darstellung. Grafik: G+G Wissenschaft 2016

ner Krankenkasse und damit der wettbewerbsfähige Preis entscheidend beeinflusst wird. Da es beim Morbi-RSA finanziell letztlich um den Deckungsbeitrag geht, wurden mit seiner Einführung nahezu sämtliche der zuvor beschriebenen wettbewerblichen Handlungsfelder spürbar tangiert. Politisch diskutiert wurden mehrfach potenzielle Hebel und Entwicklungsmöglichkeiten auf der Ausgabenseite (siehe hierzu *Jacobs 2015, 28f.*), faktisch dominierend ist die Einnahmenseite. Diesbezüglich gibt es zwei einfache Wahrheiten: Erstens sind die Gesunden diejenige Kundengruppe, bei der zweifelsfrei feststeht, dass sie zu positiven Finanzergebnissen beiträgt. Das hat zur Konsequenz, dass ein zielgruppenadäquates und qualitatives, die Versicherungsstruktur verbesserndes Wachstum über Kundengewinnung und -bindung weiterhin sehr bedeutsam für den Unternehmenserfolg der Krankenkassen ist. Zweitens sind Einnahmen zu sichern. Es nutzt einer Kasse nichts, wenn sie viele Kranke in ihrem Versichertenportfolio hat, deren morbiditätsrelevante Krankheiten aber nicht oder nur unzureichend ärztlich dokumentiert werden. Dann fehlen Zuweisungen, um die Deckungsbeitragslücke für die betroffe-

ne Risikogruppe zu schließen. Die Implementierung eines professionellen Einnahmenmanagements, das auf die Optimierung der Zuweisungen hinwirkt, ist somit ein zentraler, wenn nicht gar der zentrale Erfolgsfaktor für viele Häuser. Ein partnerschaftliches Verhältnis zu den niedergelassenen Ärzten ist dabei besonders hilfreich.

8 Fazit

Die Krankenkassen leisteten in den vergangenen 20 Jahren über alle Geschäfts- und Handlungsfelder hinweg Beträchtliches. Sie haben sich dem Wettbewerb gestellt, wachstumsorientierte Strategien verfolgt und sich zweifelsohne professionalisiert. Diese Einschätzung mag bei all den offenen Baustellen auf den ersten Blick erstaunen. Zu bedenken ist aber, dass die Komplexität der GKV-Aufgaben einerseits und die sozialrechtlichen Schranken andererseits nicht förderlich sind, schnelle und reibungsfreie Lösungen herbeizuführen: Also Chapeau, GKV!

In der nächsten Stufe ihrer Marktreife werden die Kassen ihre Leistungs-, Produkt- und Servicekompetenzen ganzheitlich mittels Markenführung lenken, um so den Erfolgsfaktor Image gezielt zu stärken. Ob bei den weiterhin existierenden Interessenkonflikten zwischen den Akteuren das Versorgungsmanagement und Versorgungsprodukte spürbar die Kosten- und Marktseite befruchten werden, bleibt abzuwarten. Wünschenswert wäre es. Dass der GKV-Innovationsfonds die notwendigen Impulse setzen kann, ist zu bezweifeln. Die Gesundheitspolitik generell ist schwierig einzuschätzen, da sie zwischen Reformen für wettbewerbliche Spielräume und der Einführung neuer korporatistischer Institutionen schwankt. Der tiefste Innovationsimpuls und die vielleicht größte organisatorische und wettbewerbliche Herausforderung für die Krankenkassen scheint von der Kommunikationswelt und der Notwendigkeit, künftig zunehmend Geschäfts-, Kunden- und Versorgungsprozesse zu digitalisieren, auszugehen.

Literatur

Boroch W, Cassel D (1995): Free Choice of Sickness Funds: Economic Implications and Ethical Aspects of the 1992 Health Care Reform in Germany. In: *The Journal of Medicine and Philosophy*, Jg. 20, Heft 6, 657–667

Boroch W, Matusiewicz D (2016): Vierfelder-Matrix der Marktpositionierung von gesetzlichen Krankenkassen. Erscheint in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* (in review)

Buchner F, Greß S, Wasem J (2010, 2A): Finanzmanagement in Krankenversicherungen. In: Busse R, Schreyögg J, Tiemann O (Hrsg.): *Management im Gesundheitswesen*. Berlin/Heidelberg: Springer, 219–234

Cassel D (1993): Organisationsreform in der GKV zwischen Kassenwettbewerb und Einheitskasse. *Wirtschaftsdienst*, Jg. 73, Heft 3, 131–137

Cassel D, Wasem J (2014): Solidarität und Wettbewerb als Grundprinzipien eines sozialen Gesundheitswesens. In: Cassel D, Jacobs K, Vauth C, Zerth J (Hrsg.): *Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung*. Heidelberg: medhochzwei, 3–43

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE): Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung; www.gbe-bund.de → Rahmenbedingungen → gesetzliche Krankenversicherung

GKV-Spitzenverband: www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung.jsp

Greß S (2002): Freie Kassenwahl und Preiswettbewerb in der GKV – Effekte und Perspektiven. *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung*, Jg. 71, Heft 4, 490–497

Jacobs K (1994): Krankenkassen unter Wettbewerbsdruck – Neugewichtung der Handlungsfelder und organisatorische Anpassungserfordernisse. In: Steger, U (Hrsg.): *Lean Administration. Die Krise der öffentlichen Verwaltung als Chance*. Frankfurt/New York: Campus, 169–188

Jacobs K (2015): Aktuelle RSA-Debatte: Mehr Ordnung täte gut. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 15, Heft 4, 23–30

Kötter P M, Behrens A (2010, 2A): Personalmanagement in Krankenversicherungen. In: Busse R, Schreyögg J, Tiemann O (Hrsg.): *Management im Gesundheitswesen*. Berlin/Heidelberg: Springer, 285–292

Krankenkasseninfo: www.krankenkasseninfo.de/zahlen-fakten/, 8. Juni 2015

Kundenmonitor. Kennziffern zur Kundenorientierung: www.servicebarometer.net/kundenmonitor/de/start.html, 18. Mai 2015 und 3. Dezember 2015

Neumann K (2013): Erfolgsfaktoren im GKV-Wettbewerb – Was ist entscheidend für die Mitgliedergewinnung? In: *Welt der Krankenversicherung*, Jg. 2, Heft 10, 239–243

Paquet R (2013): Auswirkungen der Bürgerversicherung auf die Beschäftigung in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung. In: Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): *Arbeit und Soziales. Arbeitspapier 284*

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten 2012, Bonn; www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Langfassung.pdf

Schmahl M (2015): Wettbewerb in Zeiten des individuellen Zusatzbeitrags. Die Gesetzliche Krankenversicherung im Spannungsfeld zwischen Kunden- und Kostenexzellenz. In: *Kompass*, Jg. 3, Heft 4, 3–11

Schreyögg J, Busse R (2010, 2A): Leistungsmanagement in Krankenkassen. In: Busse R, Schreyögg J, Tiemann O (Hrsg.): *Management im Gesundheitswesen*. Berlin/Heidelberg: Springer, 21–46

Wikipedia (2015): Krankenkasse; de.wikipedia.org/wiki/Krankenkasse

(letzter Zugriff auf alle Quellen: 14. Dezember 2015)

DER AUTOR



Dr. rer. oec. Wilfried Boroch,

Jahrgang 1961, ist seit dem 1. Oktober 2015 Hochschullehrer für Gesundheits- und Sozialmanagement an der FOM Hochschule in Essen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Duisburg und Indiana, Pennsylvania (USA) sowie später Promotion. Anschließend Forschungsgruppenleiter am Weltwirtschaftsinstitut Hamburg und Referatsleiter Gesundheitsökonomie bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. 15 Jahre bei der AOK Hessen als Hauptabteilungsleiter Unternehmenspolitik, Kommunikation und Marketing. Mitglied des exekutiven Managementboards und Unternehmenssprecher.