
Modernisierung der GKV – Die Perspektive einer Krankenkasse auf den weiteren Entwicklungsweg

Jens Baas

Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland blickt auf eine lange Tradition von etwa 130 Jahren zurück. In dieser Zeit hat sie sich von einer Institution zur Absicherung des Krankheitsfalles allein für Arbeiter hin zu einem umfassenden Gesundheitsdienstleister für 90 Prozent der Bevölkerung, also rund 70 Millionen Menschen, gewandelt. Ein solches System bedarf der ständigen Anpassung und Modernisierung. Welche Notwendigkeiten und Wünsche sich aus der Sicht einer Krankenkasse ergeben, soll in diesem Beitrag dargestellt werden.

Die Krankenkassen in der GKV haben eine klare gesellschaftliche Aufgabe ...

Der Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen leitet sich aus dem Fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) ab. Hier heißt es in § 1: *„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit*

und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.“ Damit ist der Umfang der Aufgaben generell umschrieben. Wie die Krankenkassen diese zu erbringen haben, ist in § 12 SGB V geregelt: *„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“*

... der sie sich als moderne Unternehmen stellen müssen

Das deutsche Gesundheitssystem ist – wie die Systeme fast aller Länder – geprägt von der Knappheit der finanziellen Mittel. Deshalb ist es unerlässlich, dass die im SGB V aufgeführten Aufgaben unter Beachtung unternehmerischer Grundsätze erbracht werden. Eine gesetzliche Krankenkasse des 21. Jahrhunderts sollte als modernes Unternehmen geführt werden – zum Wohle der Versicherten. Denn die Versicherten profitieren von einer modernen und leistungsfähigen Kasse, die sich auf die Kundenbedürfnisse einstellt.

Anhand von vier Oberbegriffen – „Organisation“, „Leistungsangebot“, „Finanzierung“ und „Wettbewerb“ – werden im Folgenden einige besonders relevante Aspekte näher beleuchtet.

Organisation – Unternehmerisches Denken und Handeln ist die Basis einer modernen GKV

Der Erfolg eines Unternehmens hängt maßgeblich von seiner effizienten und wirtschaftlichen Organisationsstruktur ab. Deshalb müssen sich auch die Krankenkassen – obgleich sie rechtlich gesehen Körperschaften des öffentlichen

Rechts sind – dieser Herausforderung stellen. Das betrifft zum einen die Nutzung betriebswirtschaftlicher Instrumentarien und Hilfsmittel der Unternehmensführung (z. B. Balanced Score Card, Risk Mappings etc.), zum anderen aber auch die finanzielle Transparenz. Eine erfolgreiche Krankenkasse kann in der heutigen Zeit nicht mehr nur grob über Budgets geführt werden. Das Management muss genau über die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit Bescheid wissen. Dies ist nicht nur aus Wettbewerbs- und Versicherungssicht dringend notwendig, sondern auch vor dem Hintergrund der Insolvenzfähigkeit der Kassen. Eine Bilanzierung analog den Vorschriften des HGB – wie es die Techniker Krankenkasse bereits seit Jahren praktiziert – kann hier ein Mehr an Transparenz bringen. Die im Versorgungsstrukturgesetz enthaltenen Schritte zu mehr Transparenz (Veröffentlichungspflicht bezüglich wesentlicher Ergebnisse der Rechnungslegung, Pflicht zur Testierung durch Wirtschaftsprüfer) gehen deshalb in die richtige Richtung.

Insgesamt sollte das Ziel aller Krankenkassen ein rationaler Umgang mit Verwaltungskosten sein. Dies klingt vielleicht wie eine Selbstverständlichkeit. Vergleicht man aber die Höhe der Verwaltungskosten und die Produktivität im GKV-System, so erkennt man schnell erhebliche Unterschiede. So betragen die Verwaltungskosten pro Versichertem 2010 im Durchschnitt auf GKV-Ebene rund 136 Euro. Differenziert nach Kassenarten liegen die Ausgaben dabei in einem Korridor zwischen etwa 125 und 150 Euro, und bei einer Betrachtung der Einzelkassen ist der Abstand zwischen den Extremen sogar noch größer. Deshalb sollten Rahmenbedingungen weiterentwickelt werden, die noch mehr Anreize für die Schaffung einer effizienten Unternehmensstruktur geben und somit Wirtschaftlichkeit aus Eigeninteresse fördern – ohne dass ein gesetzlich festgelegter Verwaltungskosten-Deckel notwendig wäre. Die Techniker Krankenkasse hat bereits vor mehreren Jahren begonnen, die Unternehmensstrukturen effizient zu gestalten und hat

damit eine hohe Arbeitsproduktivität erreicht und die Verwaltungskosten deutlich unter dem GKV-Schnitt gehalten. Die heutige gute Position am Markt ist auch hierauf zurückzuführen.

Nicht zuletzt kann eine Organisation nur so gut sein wie ihre Mitarbeiter. Da den Krankenkassen vielfach noch der Ruf eines etwas angestaubten, bürokratischen, uninteressanten Arbeitgebers anhaftet, ist in diesem Punkt noch einiges zu tun. Indem sie ein motivierendes Arbeitsumfeld (und natürlich auch ein marktfähiges Vergütungssystem) anbieten, können die Krankenkassen sich im Kampf um die besten Köpfe als attraktive Arbeitgeber auf dem Markt behaupten.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass sich die Krankenkassen von ihrer Organisation her wie ein modernes Unternehmen aufstellen müssen, hierfür dann aber auch organisatorische Freiräume benötigen. Denn starre Behördenstrukturen und moderner Wettbewerb passen nicht zusammen.

Leistungsangebot – Kundenbedürfnisse definieren das Angebot

Oberstes Ziel einer Krankenkasse ist die optimale Versorgung der Versicherten mit Gesundheitsleistungen. Diese müssen wirtschaftlich, qualitativ hochwertig, flächendeckend und für die Patienten passend erbracht werden. Für die Basisversorgung in allen Sektoren hat sich der Kollektivvertrag als vorteilhaft herausgestellt. Die kollektive Basisversorgung zu befürworten, ist aber gerade kein Appell an die sogenannte „Einheitskasse“ – im Gegenteil! Vielmehr sollten alle Möglichkeiten genutzt werden, durch ergänzende selektive Vertragsmöglichkeiten – sowohl regional wie überregional – eine Qualitätssteigerung zu erreichen. Die Krankenkassen haben bereits einige Möglichkeiten, die

es weiter zu nutzen gilt: beispielsweise Integrierte Versorgungsverträge, Rabattverträge, Hausarztverträge und Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Wichtig hierfür ist auch eine bessere Kooperation mit den Leistungserbringern. Gerade auch zur Kostensteuerung sollten mögliche Einkaufsoptionen genutzt werden.

Auch im Bereich des Service hat das Prinzip zu gelten: Der Versicherte ist Kunde und als solcher „König“. Hierzu gehören hohe Service-Standards, aber auch inhaltliche Services. Durch Zusatzangebote wie erweiterte Satzungsleistungen, Wahltarife und weitere Tarifoptionen wird die Angebotspalette für die Versicherten vergrößert.

Die Techniker Krankenkasse nutzt die zur Verfügung stehenden Gestaltungsmöglichkeiten: Zum einen geschieht das durch ein attraktives Angebotsportfolio, zu dem beispielsweise der Zugang zu innovativen Angeboten außerhalb der Regelversorgung oder integrierte Versorgungsangebote mit hoher Versorgungsqualität gehören. Außerdem unterstützt die Techniker Krankenkasse das sog. Patient Empowerment durch umfassende Information, wie beispielsweise Zweitmeinungsangebote, einen Klinikführer, Gesundheitscoaches und Entscheidungshilfen. Abgerundet wird das Angebot durch hohe Servicestandards und gute Erreichbarkeit. So ist die Techniker Krankenkasse rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche telefonisch erreichbar, bietet medizinische Informationen am Telefon in einem Ärztezentrum mit rund 100 erfahrenen Fachärzten an und unterstützt mit einem Termin-Service die Kunden bei der Vereinbarung von Haus- und Facharztterminen.

Wird sowohl das Versorgungs- wie auch das Serviceangebot konsequent kundenorientiert umgesetzt, so ist die moderne GKV bei weitem nicht nur Kostenträger, sondern auch Lotse und Berater der Versicherten sowie Partner der Leistungserbringer. Dies entspricht auch den Wünschen und Anforderungen der Versicherten.

Finanzierung – das Finanzierungssystem muss wettbewerbsfreundlich sein

Um das Ziel einer hochwertigen medizinischen Versorgung für alle zu sichern, ist eine nachhaltige, wettbewerbsfreundliche und verlässliche Finanzierungsbasis erforderlich. Das heutige Finanzierungssystem erfüllt diese Vorgaben nicht. Das Prämiensystem mit Sozialausgleich in seiner jetzigen Ausgestaltung löst nicht die Herausforderungen im Hinblick auf eine nachhaltige Finanzierung. Der Zusatzbeitrag führt aktuell zu erheblichen Marktverwerfungen. Vielmehr sollte die Beitragsautonomie der Kassen wieder erweitert werden.

Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland hat sich in den vergangenen Jahrzehnten stark in Richtung Wettbewerb – im Wesentlichen zwischen den Kassen, aber in zunehmendem Maße auch mit der privaten Krankenversicherung – weiterentwickelt. Zum solidarischen System der GKV, das keine risikoäquivalenten Beiträge kennt, gehört, dass dieser Wettbewerb lediglich in bestimmten Grenzen stattfindet, um zum Beispiel eine Risikoselektion der Versicherten zu vermeiden. Deshalb wurde 1994 der Risikostrukturausgleich (RSA) in der GKV als eine flankierende Maßnahme für die ab 1996 geltende freie Kassenwahl eingeführt und im Jahr 2009 durch den morbiditätsorientierten RSA (Morbi-RSA) abgelöst. Mittlerweile zeigt sich, dass der geltende Morbi-RSA gravierende Mängel hat: Er ist zu umfangreich, manipulationsanfällig, intransparent und ineffizient. Eine Weiterentwicklung hin zu einem fairen, einfachen und nicht manipulationsanfälligen RSA ist deshalb erforderlich.

Wettbewerb ist der Schlüssel für die Modernisierung der GKV

Wettbewerb fördert Innovationen, Qualität, Angebotsvielfalt und Effizienz. Zu beachten ist aber, dass ein Gesundheitswesen zwei zentrale Ziele verfolgen muss: Zum einen muss es effizient sein, denn nur dann ist bei den zur Verfügung stehenden Ressourcen eine bestmögliche medizinische Qualität und permanente Innovation zu erreichen. Zum anderen muss die medizinische Versorgung für alle sichergestellt sein. Niemandem darf der Zugang zu den medizinischen Leistungen verwehrt werden. Deshalb werden an den Wettbewerb in einem solidarischen Gesundheitssystem hohe Anforderungen gestellt. Dennoch können sich Sozialstaat und Markt ergänzen.

Der die Kassen betreffende Wettbewerb kann in zwei Kategorien aufgeteilt werden: Wettbewerb innerhalb der GKV und Wettbewerb mit der PKV. In der ersten Kategorie bleibt festzuhalten, dass die Entwicklungen der letzten Jahre zu Verwerfungen geführt haben. So ist die Systematik der Haftung nach Kassenarten mittlerweile überholt, und bei den kassenindividuellen Handlungsoptionen sind Unterschiede in der Genehmigungspraxis zwischen den regionalen Aufsichtsbehörden und der Bundesaufsicht zu erkennen.

Im Wettbewerb mit der PKV sind zulasten der GKV die Möglichkeiten verringert worden, unterschiedliche Tarifoptionen anzubieten, während insgesamt nach wie vor sehr ungleiche Wettbewerbsbedingungen herrschen und der Ausstieg von Versicherten aus der Solidargemeinschaft möglich bleibt. Diese Möglichkeit wurde vom Gesetzgeber durch die Verkürzung der Wechselfrist sogar noch erleichtert. Damit können Gutverdiener nun schneller in die PKV abwandern. So sind im Jahr 2011 etwa 235.000 ehemals freiwillig Versicherte von der GKV zur PKV gewechselt. Dem gesetzlichen System insgesamt gehen dadurch finanzielle Mittel verloren.

Als Quintessenz bleibt also festzuhalten, dass Wettbewerb Effizienzreserven im Gesundheitswesen heben kann – wenn er im richtigen Rahmen stattfindet.

Fazit

Was wäre nun aus der Sicht einer Krankenkasse für den weiteren Weg der Modernisierung der GKV wünschenswert? Zum einen ein klar festgelegter staatlicher Ordnungsrahmen und zum anderen eine langfristige (möglichst parteiübergreifende) politische Perspektive, in welche Richtung das deutsche Gesundheitssystem weiterentwickelt wird. In diesem Rahmen sollte eine kontinuierliche Ausweitung der unternehmerischen Freiheiten, aber auch der unternehmerischen Pflichten für die Krankenkassen erfolgen. Alte Denkmuster gehören auf den Prüfstand. Vorangetrieben werden sollte die Entwicklung eines nicht manipulationsanfälligen und einfachen Risikostrukturausgleichs sowie die Erweiterung der finanziellen Autonomie der Kassen. Wünschenswert wäre weiterhin die Etablierung eines fairen und umfangreichen Wettbewerbs innerhalb und außerhalb der GKV mit einer einheitlichen Aufsichtspraxis für alle Krankenkassen – eines Wettbewerbs, der einen stärkeren Fokus auf die Versorgungsqualität legt und die Datennutzung für die Versorgungsforschung erleichtert. Dann kann die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland nicht nur auf eine 130-jährige Tradition zurückschauen, sondern hat auch gute Zukunftsaussichten.