

WIR BRAUCHEN eine *neue gesetzliche* *Betriebskrankenkasse* für das 21. Jahrhundert!

**Ein Aufruf an alle
Unternehmerinnen und
Unternehmer im Land**

Positionspapier
Mai 2024

Autoren

Dr. med. Mathias Krisam
Tim Arnold de Almeida

läuft.

Die Berliner Unternehmensberatung *läuft GmbH* setzt sich für eine moderne, mutige und solidarische Gesundheitsversorgung in Deutschland ein. 2019 vom Mediziner Dr. Mathias Krisam gegründet, berät sie zahlreiche Kunden aus gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen, der Pharma-Industrie, und im Kontext von Betrieblichem Gesundheitsmanagement branchenübergreifend. Schwerpunkte sind dabei Kundenkommunikation und -Navigation, Prävention und digitale Gesundheitskommunikation sowie Customer Experience und Bonusprogramme von Krankenkassen.

läuft. macht sich im Rahmen seiner Mission der modernen, mutigen und solidarischen Gesundheitsversorgung für die Gründung neuer Betriebskrankenkassen und die Transformation bestehender GKVen stark. Das Unternehmen begleitet dabei den gesamten Prozess, von der Idee bis zur Gründung der Krankenkassen, inklusive der Bereitstellung und Koordination der notwendigen IT, sowie das Aufsetzen kundenzentrierter Prozesse und dem Aufbau einer entsprechenden Organisation. Dafür stellt es das Know-how von einem breiten Netzwerk von Experten aus Verbänden, Politik und Marketing, Medizinrechtlern, Start-ups, Mitarbeitern privater und gesetzlicher Krankenkassen sowie Experten für Pflege und IT aus einer Hand gebündelt zur Verfügung.

Hinweis: Wir verwenden in diesem Positionspapier aus Gründen der besseren Lesbarkeit in der Regel die männliche Form (generisches Maskulinum). Damit sind stets wertfrei alle Geschlechter (w/m/d) gemeint.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Autoren	4
Vorwort von Franz Knieps	6
Executive Summary	8
Deutsches Gesundheitssystem am Abgrund oder Scheideweg?	9
Die aktuellen Herausforderungen	9
Entwicklung politischer Rahmenbedingungen	11
Entwicklung der GKVen-Landschaft	11
Leitfragen	13
Methodik der Arbeit	13
Sinn und Zweck einer Betriebskrankenkasse – Eine über 300 Jahre alte Historie	14
Wie gründet man eine Betriebskrankenkasse im 21. Jahrhundert?	15
Gestaltung der BKK des 21. Jahrhunderts	16
Handlungsfeld 1: Die Chancen der Digitalisierung nutzen	17
Handlungsfeld 2: Navigation der Versicherten in Gesundheitsfragen	18
Handlungsfeld 3: Organisation und Selbstverständnis einer modernen BKK	19
Wie eine BKK sich positionieren kann	21
Vorteile für die Mutigen	23
Vorteile für Trägerunternehmen	23
Mitarbeiter des Trägerunternehmens/Versicherte	24
Förderung guter Leistungserbringer und Vorteile für die Solidargemeinschaft	25
Nachwort	26
Literaturverzeichnis	27

Vorwort der Autoren

Wir möchten nicht länger frustriert zusehen, wie wir unsere Sozialversicherungssysteme an die Wand fahren. Wir möchten, dass wir in Deutschland wieder sehen und hören und denken: Das machen wir richtig gut! Seit Jahren kennen die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung nur einen Weg: nach oben. Erreichen wir dadurch denn eine bessere Gesundheit, eine bessere Gesundheitsversorgung oder gar eine höhere Lebenserwartung? Nein, ganz im Gegenteil. Immer mehr überversorgten Regionen mit sehr vielen unnötigen und kostspieligen Behandlungen stehen immer mehr unterversorgte Regionen gegenüber. Menschen müssen sehr weit fahren oder lange auf ihre Behandlung warten. Im internationalen Vergleich rutscht unser Gesundheitssystem immer weiter ab: Wir werden teurer und schlechter. Das heißt im Klartext: Wir haben die geringste Lebenserwartung Westeuropas, geben aber am meisten Geld aus.

Die bisherigen Rufe nach Verbesserung konzentrieren sich vor allem auf 1) mehr Geld oder 2) mehr Digitalisierung. Gegen Letzteres haben wir keinerlei Einwände, auch wenn Digitalisierung kein Selbstzweck sein soll. Tatsächlich sehen wir nach Jahren der Stagnation hier auch politische Fortschritte. Die erste Forderung nach immer nur mehr Geld kann jedoch nicht die Lösung für eine bessere Gesundheitsversorgung sein. Wir haben bereits viele Ressourcen, die es primär zielgerichteter zu nutzen gilt. Dieses Positionspapier soll daher vor allem den Weg zeigen, wie wir sinnvolle Einsparungen nicht durch Leistungskürzungen, sondern durch eine bessere Begleitung von Versicherten erreichen.

Nun gibt es einen Weg, bei dem Unternehmer nicht nur die Politik für Reformen belagern müssen, sondern selbständig handeln können: Das Sozialgesetzbuch V erlaubt ausdrücklich die Möglichkeit, dass ein Unternehmen – einige Kriterien vorausgesetzt – eigenständig eine gesetzliche Krankenkasse gründen kann, eine Betriebskrankenkasse. Wir sehen diese Möglichkeit als eine einzigartige Chance, quasi eine eigene Agentur für die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu gründen, die sich zudem noch aus Beiträgen finanziert, die von Arbeitnehmer und Arbeitgeber ohnehin bezahlt werden müssen. Dies ist sicherlich dem Trend der letzten Jahre mit fortlaufender Reduktion der Krankenkassenzahl entgegengesetzt. Denn die letzte noch bestehende gesetzliche Krankenkasse wurde 1999 gegründet.

Doch es sind besondere Zeiten: Denn auch Unternehmen stehen vor großen Herausforderungen: Sie müssen ihren Beschäftigten (inzwischen) etwas Besonderes bieten, damit sie zu ihnen kommen und bleiben. Unternehmen, die den Weg zu einer eigenen Betriebskrankenkasse mit

exzellentem Service gehen, erreichen ein hervorragendes Employer Branding mit Attraktivität im Recruiting, einer höheren Mitarbeiterbindung, einer besseren Gesundheit ihrer Belegschaft, weniger Fehlzeiten, Einsparungen bei den Sozialabgaben und für diejenigen, die schon immer Interesse daran hatten, in den Gesundheitssektor einzusteigen, eine einzigartige Möglichkeit, eine zentrale Rolle in diesem spannenden Markt zu besetzen.

Wir haben in den vielen Gesprächen, die wir in den vergangenen Monaten mit zahlreichen Akteuren aus dem Gesundheitswesen geführt haben, vor allem eines gemerkt: Die Lust auf mehr, auf besser, auf neu. Und die Lust, die Ärmel hochzukrempeln. Wir wünschen uns, dass ein Ruck durchs Land geht, der alle Akteure belebt und anstößt. So gut wie alle teilen die Meinung, dass der Weg, den wir entwickelt haben, nicht utopisch ist, sondern dass es vor allem Mut und Entschlossenheit bedarf. O-Ton einer unserer Gesprächspartner: „Alleine dadurch, dass ihr mutig und schnell seid, werdet ihr wahrscheinlich den größten Wettbewerbsvorteil vor allen haben.“

Unser Dank gebührt daher an dieser Stelle vor allem den Menschen, die uns in den vergangenen Monaten ihre Zeit, ihr Know-How und ihr Interesse geteilt haben. Das ist nicht selbstverständlich und wir sind so dankbar für Ihr und euer Vertrauen!

Wir möchten an dieser Stelle auch ein Wort richten an all diejenigen, die aktuell in Krankenkassen arbeiten: Die Dinge, die wir in diesem Positionspapier schildern, sind genauso umsetzbar für etablierte Krankenkassen. Daher wünschen wir uns, dass das Papier auch Impulse für bestehende Kassen liefert, wie sie sich noch besser für eine nachhaltige und bessere Versorgung in Deutschland einsetzen können.

Wir freuen uns daher auf rege Diskussionen und vor allem auf die Zusammenarbeit mit mutigen Menschen in diesem Land, mit denen wir gemeinsam die Zukunft unseres Gesundheitssystems gestalten.

Berlin, Mai 2024
Dr. Mathias Krisam
Tim Arnold de Almeida



Dr. med. Mathias Krisam
Geschäftsführer läuft GmbH



Tim Arnold de Almeida*
Partner Public Sector Oliver Wyman GmbH

* Mitarbeit in persönlicher Eigenschaft mit Zustimmung
der Oliver Wyman GmbH



Vorwort von Franz Knieps

Das deutsche Gesundheitssystem braucht unbedingt neue Impulse. Sonst wird die gesetzliche Krankenversicherung nicht mehr nachhaltig finanzierbar sein. Wir sollten jedoch nicht nur über die Finanzierung sprechen, sondern vor allem über die Gesundheit unserer Mitbürgerinnen und Mitbürger. Denn diese haben trotz hohem finanziellen Input eine geringe Lebenserwartung im internationalen Vergleich und erhalten je nach Wohnort und sozialer Lage leider entweder zu viel und unnötige Therapie oder zu wenig durch begrenzte Kapazitäten, weite Strecken und lange Wartezeiten.

Die deutschen Betriebskrankenkassen möchten genau diesen innovativen Impuls begleiten. Unsere Kassenart hat eine lange Tradition von mehr als 300 Jahren und die größte Nähe zu Versicherten und Betrieben. Zudem bekennen wir uns zu Wettbewerb und Kassenvielfalt und stellen wir nach wie vor rein quantitativ die meisten Krankenkassen in Deutschland.

Und auch wir können wesentlich mehr machen und erreichen. Schließlich liegt unsere letzte BKK-Gründung nun auch schon mehr als 20 Jahre zurück. Die Welt, das deutsche Gesundheitssystem, technische Möglichkeiten und auch wissenschaftliche und praktische Erkenntnisse für eine optimale Gesundheitsversorgung haben sich seitdem radikal verändert. Und wir möchten auf diesen Wandel reagieren, indem wir mutige Unternehmer unterstützen, die ein wirkliches Interesse an der optimalen Gesundheitsversorgung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben. Alle können damit nur gewinnen!

Daher möchte ich auch Sie persönlich dazu ermutigen, diesen Schritt in die Zukunft zu gehen. Ich unterstütze den Vorstoß von Dr. Mathias Krisam und Tim Arnold de Almeida voll und ganz. Gleichzeitig garantiere ich auch allen interessierten Unternehmen, die sich auf diesen Weg begeben die volle Unterstützung mit sämtlichen Know-How aus dem BKK-System.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre und freue mich auf den Austausch mit Ihnen!

Ihr Franz Knieps
Vorstandsvorsitzender, BKK Dachverband e.V.

Dieses Vorwort ist eine persönliche Meinungsäußerung des Vorstandsvorsitzenden und keine offizielle Positionierung des BKK-Dachverbands.

Wir brauchen eine neue gesetzliche
Betriebskrankenkasse für das 21. Jahrhundert!

läuft.



Executive Summary

So gut wie alle Unternehmen in Deutschland stehen aktuell vor größten Herausforderungen: Neben steigenden Produktionskosten macht vor allem der Mangel an Arbeitskräften unsere Wirtschaft zu schaffen. Gleichzeitig wird uns allen immer bewusster, dass die Sozialversicherungssysteme, die uns in den letzten Jahrzehnten hervorragend getragen haben, nicht mehr zukunftsfähig sind. Deutschland ist das Land in Westeuropa mit den höchsten Gesundheitsausgaben und der geringsten Lebenserwartung.

Zahlreiche Vorteile für Trägerunternehmen durch BKK-Gründung

Die letzte gesetzliche Krankenkasse wurde vor über 20 Jahren gegründet. Während die Anzahl der Kassen immer weiter sank, kannten die Beiträge und Ausgaben nur den einen Weg: nach oben. Und obwohl sich in den letzten Jahren die Anzahl der Krankenkassen immer weiter reduzierte, fordern wir gerade jetzt dazu auf, antizyklisch zu denken. Denn es gibt keinerlei Zusammenhang zwischen der Größe einer Krankenkasse und der Höhe des Zusatzbeitrags. Außerdem stecken wir gerade technologisch und gesetzlich in einer Phase des Umbruchs: Künstliche Intelligenz und die Arbeit in der Cloud ermöglichen neue effiziente Wege und gesetzlich erlaubt das kürzlich verabschiedete Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) den Kassen mehr Freiraum in der Navigation ihrer Versicherten zu passenden medizinischen Angeboten. Wir sehen in der Gründung einer Betriebskrankenkasse eine hervorragende Möglichkeit, eine Vielzahl dieser Herausforderungen erfolgreich anzugehen:

- Ein besseres Employer Branding
- Gesundere Mitarbeiter
- Weniger Fehlzeiten
- Einsparungen für Arbeitgeber durch günstigere Beiträge
- Die Möglichkeit, in den Gesundheitssektor vorzustoßen

Klare gesetzliche Regelung zur Gründung

Auch wenn die letzte Kassengründung so weit zurückliegt, erlaubt das SGB V diesen Schritt nach wie vor, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Das Unternehmen hat mindestens 5000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte
- Es hat noch keine BKK in der Vergangenheit gegründet
- Es ist kein medizinischer Leistungserbringer (wie z. B. ein Krankenhaus)

Drei Säulen einer modernen BKK

Diese neue Krankenkasse muss unserer Meinung nach auf drei entscheidenden Säulen aufbauen, um erfolgreich zu sein:

1. **Digitalisierung:** Heutige technologische Chancen nutzen
2. **Navigation** der Versicherten in Gesundheitsfragen
3. **Entbürokratisierung:** Mutige und schlanke Organisation

Unternehmen steht grundsätzlich offen, ob sie die Versorgung ausschließlich der eigenen Belegschaft und deren Angehörigen anbieten (als sogenannte betriebsbezogene BKK) oder sich regional oder bundesweit für alle GKV-Versicherten öffnen (sogenannte geöffnete BKK). Diese Entscheidung muss jedes Trägerunternehmen individuell beantworten. In den allermeisten Fällen wird das Unternehmen jedoch die relevanten Vorteile in der betriebsbezogenen Variante erreichen. Wir empfehlen dringlich auch diese Variante zum Zeitpunkt der Gründung.

Vorteile für die gesamte Solidargemeinschaft

Vor dem Hintergrund nicht mehr zukunftsfähiger Sozialsysteme gehen wir davon aus, dass in Zukunft Unternehmen eine bedeutende Rolle in diesem Kontext einnehmen können. Wir sehen in diesem Schritt die Möglichkeit für mutige Unternehmer, ein neues historisches Kapitel in der Geschichte der Sozialversicherung aufzuschlagen.

Arbeitgeber, die diesen Schritt gehen, können damit nicht nur einen Mehrwert für die eigene Belegschaft und die Zukunft ihres Unternehmens schaffen, sondern ihr Wirken auf die ganze Solidargemeinschaft ausbreiten. Denn wir glauben daran, dass die Neugründung einer GKV ohne Altlasten und auf dem neuesten Stand der Technik mutige Impulse für das ganze GKV-System und somit auch bestehende Kassen bringen kann. Weiterhin sehen wir die Chance, dass durch innovative Versorgungskonzepte auch gute Leistungserbringer profitieren werden.

Und wir sind überzeugt, dass durch die in diesem Positionspapier vorgestellten Maßnahmen nicht nur die Unternehmen mit ihren Mitarbeitern, sondern auch bestehende Kassen, sowie die ganze Gesellschaft durch eine bessere und effizientere Gesundheitsversorgung profitieren werden.

Deutsches Gesundheitssystem am Abgrund oder Scheideweg?

Die aktuellen Herausforderungen

Steigende Gesundheitsausgaben

Die aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen sind vielfältig. Wir sehen seit Jahren steigende Ausgaben im Gesundheitssystem. Inzwischen liegen unsere Ausgaben für Gesundheit bei fast 13 % unseres Bruttoinlandprodukts. So steigen also nicht nur die absoluten Zahlen, sondern auch in Relation zu anderen Ausgaben. Und leider sind wir damit inzwischen in Westeuropa das Land mit den höchsten Ausgaben für Gesundheit (siehe Abb. 1), sowohl absolut als auch relativ zum Bruttoinlandsprodukt (Statistisches Bundesamt 2024).

Nun könnte man behaupten, dass wir uns damit zumindest die beste Gesundheitsversorgung im wahrsten Sinne des Wortes

erkaufen und länger und gesünder leben. Dem ist jedoch nicht so. Denn genauso wie wir inzwischen in Europa führend in Ausgaben sind, sind wir das Land mit der geringsten Lebenserwartung in Westeuropa (Abb. 2, Statista 2024). Das sind alarmierende Zahlen!

Und genau diese Entwicklung drückt sich in den steigenden Beiträgen der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Inzwischen beläuft sich der durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer zusammen finanzierte Beitrag für gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung für jemanden, der mehr als die Beitragsbemessungsgrenze (Bruttoverdienst von 62.100 €/Jahr) verdient, auf monatlich mindestens 978 € bei der günstigsten bundesweit geöffneten Krankenkasse (inkl. Pflegeversicherung). Dieser



Abbildung 1

Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP

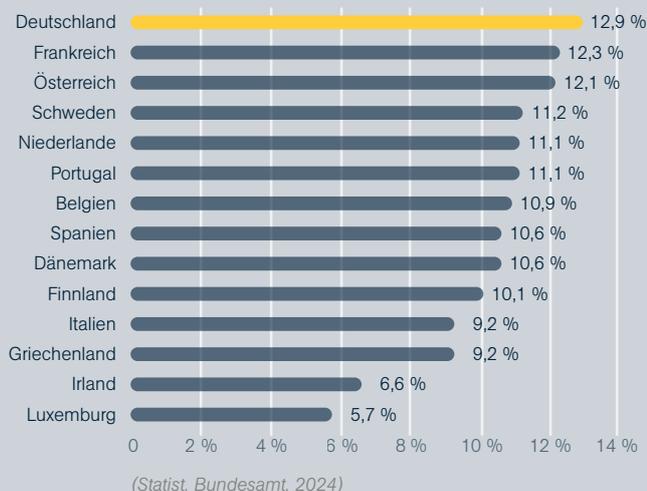
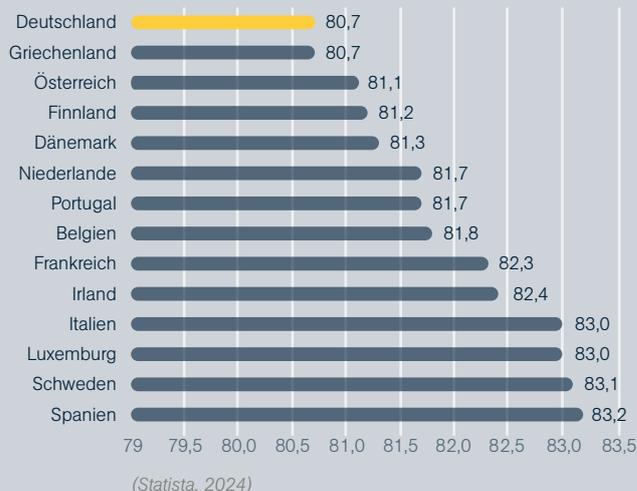


Abbildung 2

Lebenserwartung von 2022 Geborenen



Beitrag setzt sich zusammen aus dem gesetzlich festgelegten Beitragssatz von 14,6 % und dem seit 2009 eingeführten Zusatzbeitrag. Dieser stieg in den letzten Jahren fortlaufend und liegt seit diesem Jahr durchschnittlich bei 1,7 %.

*Der Beitrag von Selbständigen kann sich je nach GKV **um fast 100 € pro Monat unterscheiden***

Es gibt durchaus Unterschiede in den Beträgen der Kassen. Gerade 2024 gab es teilweise extreme Anstiege (z. B. BARMER mit 0,7 % oder die AOK Nordost mit 0,8 %), während andere bislang den Beitrag halten oder sogar reduzieren konnten. Die größte Spanne gibt es aktuell zwischen der eher unbekannteren und betriebsbezogenen BKK Groz-Beckert (0,7 %) bzw. der bundesweit geöffneten bkk firmus (0,9 %) auf der einen sowie der BARMER (2,19 %), KNAPPSCHAFT, Securvita, Bahn BKK, AOK Rheinland-Hamburg (jeweils 2,2 %) und sogar 2,7 % bei der AOK Nordost auf der anderen Seite. Dies macht für einen Selbständigen mit einem Einkommen über der Beitragsbemes-

sungsgrenze (62.100 €/Jahr) einen Unterschied von fast 100 € pro Monat aus.

Natürlich ist dieser Anstieg auch auf Entwicklungen zurückzuführen, die außerhalb des Einflussbereichs einer gesetzlichen Krankenkasse liegen: Beispielsweise Arzneimittelpreise (insbesondere für Gentherapien) sind enorm gestiegen, die Vergütungen für Krankenhäuser oder niedergelassene Ärzte ebenfalls. Doch sind GKVen und vor allem Versicherte dieser Entwicklung schutzlos ausgeliefert?

Ein kürzliches Gutachten der Professoren Christian Hagist und Stefan Fetzter schilderte ziemlich drastisch, dass Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung auf einem Kipppunkt im Jahr 2030 „zurasen“ (Fetzter und Hagist 2024). Sobald bis dahin in allen drei Sozialversicherungssystemen keine entschiedenen Reformen verabschiedet werden, sehen Sie die Systeme als nicht mehr nachhaltig finanzierbar.



Fragen zum Nachdenken und Anregen

- Wie haben sich Ihre betrieblichen Ausgaben für Krankenkassenbeiträge in den letzten Jahren entwickelt?
- Was haben Sie bereits unternommen, um einen möglichen Anstieg zu reduzieren?
- Kooperieren Sie im betrieblichen Gesundheitsmanagement bereits mit einer gesetzlichen Krankenkasse?
- Was schätzen Sie an dieser Zusammenarbeit?
- Was könnte in der bisherigen Kooperation mit Krankenkassen besser laufen?

Entwicklung politischer Rahmenbedingungen

Fetzer und Hagist weisen darauf hin, dass die mangelnde Digitalisierung des Gesundheitssystems ein Problem darstellt (Fetzer und Hagist, 2024). Gerade der Politik müssen wir jedoch zugutehalten, dass in den letzten Jahren einiges in Angriff genommen wurde, um in unserem Gesundheitssystem diese offensichtlich große Lücke zu anderen Ländern zu schließen. Dazu zählen unter anderem folgende Meilensteine:

- **Digitale-Versorgungs-Gesetz und DiGAs** (12/2019): Die Erstattung von akkreditierten und vom Arzt verschriebenen Apps auf Rezept (Digitale Gesundheitsanwendungen)
- **Digitalisierungsstrategie des Gesundheitsministeriums** (03/2023): Umfassende Vorschläge für eine digitale Gesundheitsversorgung von morgen (Bundesministerium

für Gesundheit 2023)

- **E-Rezept** (01/2024): Seit 1.1.2024 erhalten Versicherte rezeptpflichtige Medikamente nur noch per elektronischem Rezept
- **Digital-Gesetz (DigiG)** (02/2024): u. a. Förderung des Einsatzes der elektronischen Patientenakte (ePA)
- **Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG)** (02/2024): GKVn haben nun mehr Handlungsspielraum, ihre Versicherten proaktiv zu kontaktieren, um sie auf besondere und passende Versorgungsangebote aufmerksam zu machen. Gerade dieses Gesetz ermöglicht es, Krankenkassen immer mehr von der Rolle des Kostenerstatters in die Rolle des Patientenbegleiters zu kommen.

Entwicklung der GKVn-Landschaft

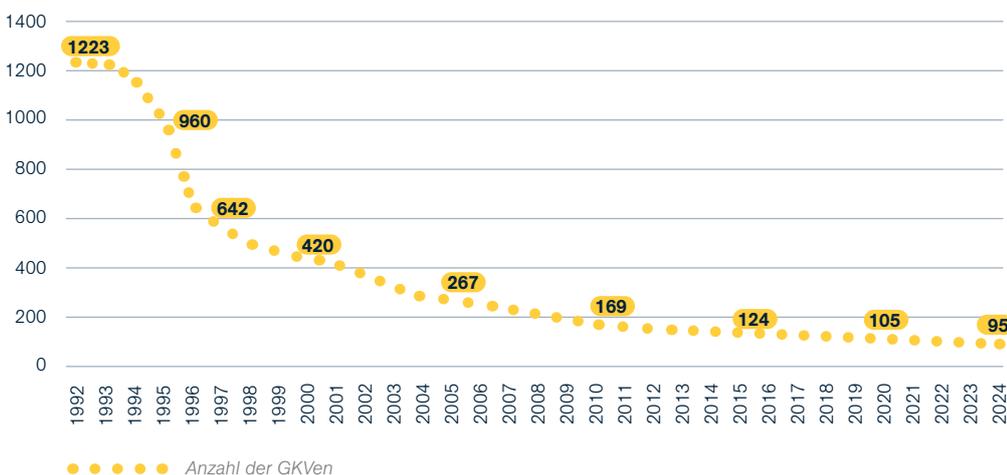
Der Aufruf, eine neue Betriebskrankenkasse zu gründen, mag für viele Akteure des Gesundheitswesens zunächst einmal kontraintuitiv klingen. Beobachten wir doch seit Jahren eine stetige Reduktion der Krankenkassenzahl mit diversen Fusionen und Übernahmen, insbesondere im Bereich der häufig sehr kleinen BKKen.

Die letzte Gründung einer Krankenkasse liegt immerhin schon über 20 Jahre zurück (1999: Gründung der noch bestehenden EY BKK; 2002 war die letzte GKV-Gründung durch die Essanelle BKK. Diese wurde 2015 in die Deutsche BKK eingegliedert, die wiederum 2017 mit der BARMER fusionierte). Die Diskussion über eine weitere Reduktion kann man auch insofern nachvollziehen, da sich die GKVn per Gesetz in ihrer Leistung kaum unterscheiden. Die Finanzierung wird durch den sogenannten

morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) stark vereinheitlicht, sodass Kassen nicht von einer Auswahl eher gesunder Versicherten profitieren können. Kurz gefasst erhalten Kassen durch die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA mehr Geld für eher kranke Menschen mit höheren Ausgaben als für gesunde Versicherte. Und diese Zuweisungen sind unabhängig von der Beitragshöhe, die ein Versicherter leistet.

Abbildung 3

Anzahl der GKVn in Deutschland





Zusammenhang zwischen der Größe einer GKV und ihrem Zusatzbeitrag besteht.

Tatsächlich ist die deutschlandweit günstigste GKV mit der BKK Groz-Beckert sogar eine der kleinsten: Nur ca. 7500 Versicherte zählt diese betriebsbezogene Krankenkasse. Und mit der BARMER, KNAPPSCHAFT, AOK Nordwest und AOK Nordost sind unter den neun GKVen, die einen Zusatzbeitrag von mindestens 2,00 % aufweisen, vier GKVen, die mehr als 1 Millionen Versicherte haben.

Verhältnis von Größe und Zusatzbeitrag

Wenn sich die Leistungen also kaum unterscheiden, scheint es aus Effizienzgründen sinnvoll, Kassen zusammenzulegen, um so Verwaltungskosten zu reduzieren. Verwaltungskosten machen bei GKVen ca. 4-5 % der Gesamtausgaben aus. Die weitaus größere Teil fließt in Leistungsausgaben zur Erstattung von Gesundheitsdienstleistungen. Vor diesem Hintergrund gab es volkswirtschaftlich gesehen sinnvolle Fusionen in den vergangenen Jahren (Abb. 3).

Außerdem müssen wir aus versicherungstechnischer Sicht festhalten, dass sich die Risikoverteilung (was ja der eigentliche Sinn einer Versicherung ist) in einer größeren Kasse mit mehr als 1 Million Versicherten eher ergibt als in einer kleinen Kasse mit nur 10.000 Versicherten.

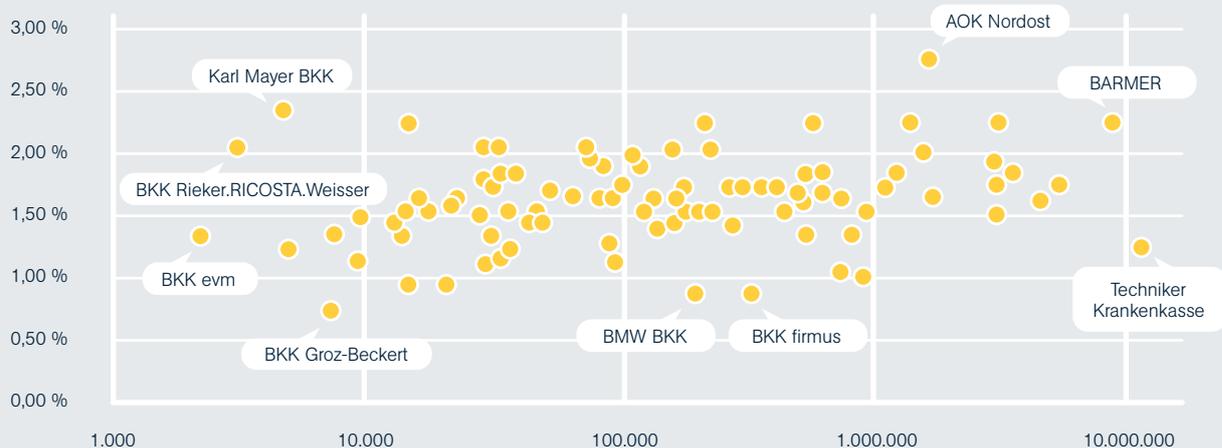
Können wir also stets festhalten: Je kleiner die Kasse, desto teurer? Weit gefehlt! Abbildung 4 zeigt, dass keinerlei

Erste Vorschläge für Verbesserungen

Die meisten bisherigen Vorschläge richten sich an die Politik: Eingrenzung oder geringere Erstattung von Leistungen. Hagist und Fetzer schlagen unter anderen vor, die Verwaltung stringent und im besten Fall zentral zu organisieren und zu digitalisieren (Fetzer und Hagist, 2024). Weiterhin sprechen sie sich für sogenannte Kontaktpauschalen aus, also einen Eigenanteil, den der Patient bei jedem Arztbesuch zu zahlen hat. Zudem schlagen sie vor, dass mehr Wettbewerb unter den Kassen helfen könnte und noch mehr digitale Technologien in die Versorgung Einzug halten sollten. Andreas Gassen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) schlug kürzlich vor, Patienten finanziell zu belohnen, wenn sie ausschließlich einen Hausarzt als ersten Kontakt im Gesundheitswesen wählen (Ärzteblatt, 2024). Einigen dieser Forderungen können wir uns anschließen, jedoch möchten wir mit diesem Papier ganz klar unseren Aufruf nicht an die Politik, sondern an Unternehmer richten.

Abbildung 4

Höhe des Zusatzbeitrags im Verhältnis zur Größe der GKV



Höhe des Zusatzbeitrags (y-Achse) im Verhältnis zur Größe der GKV (x-Achse) (Quelle: GKV-Spitzenverband)

Leitfragen

Das vorliegende Positionspapier soll einen Weg aufzeigen, wie Unternehmen in Deutschland für ihre Belegschaft noch attraktiver werden und gleichzeitig ihren Teil zu einer zukunftsfähigen

Gesundheitsversorgung beitragen können. Daher orientiert sich diese Arbeit an vier zentralen Fragestellungen mit jeweiligen Detailfragen:



1. Was ist Sinn und Zweck einer eigenen Betriebskrankenkasse?

2. Wie ist die Gründung einer Krankenkasse aktuell möglich?

3. Wie sollte eine neue Krankenkasse für die Zukunft aufgestellt werden?

4. Welche Vorteile gibt es für die beteiligten Akteure mit Fokus auf:

1. Das Trägerunternehmen

2. Deren Mitarbeiter bzw. Versicherten

3. Die Solidargemeinschaft

Methodik der Arbeit

Neben einer Recherche von Veröffentlichungen in den letzten Jahren und der vorhandenen Projekterfahrung bildet der Kern der Arbeit die Befragung von Experten aus dem Gesundheitswesen. Daher fanden im Zeitraum von Juli 2023 bis Januar 2024 insgesamt 40 Interviews mit folgenden Akteuren statt:

- 3 aktuelle Vorstände von GKVn
- 2 hochrangige Führungskräfte einer GKV
- 3 ehemalige Vorstände von GKVn
- 3 Vertreter von GKV-Verbänden
- 3 Vertreter einer PKV (inkl. eines ehemaligen CEOs)
- 1 Bundestagsabgeordneter mit Fokus Gesundheit
- 2 Vertretern von Bundesbehörden
- 2 Geschäftsführer medizinischer Versorgungszentren
- 4 Vertreter von IT-Dienstleistern von GKVn
- 4 Vertreter von Digital-Health-Unternehmen
- 1 Geschäftsführer einer Strategieberatung mit Fokus Healthcare
- 4 Vertreter von Dienstleistern zur Patientennavigierung
- 3 Professoren für Gesundheitsökonomie/-management
- 2 weitere Experten für Innovation im Gesundheitswesen
- 1 Hausarzt
- 1 Experte für Datenschutz im Gesundheitswesen
- 1 Experte für Digitale Gesundheit

Sinn und Zweck einer Betriebskrankenkasse – Eine über 300 Jahre alte Historie

Wir befinden uns in Deutschland gerade gesellschaftlich in einer Zeit des Umbruchs: Die Attraktivität unseres Wirtschaftsstandortes und die Tragfähigkeit unserer Sozialsysteme stehen in Frage. Setzen wir die Brille des Unternehmers auf, sticht neben bürokratischer Herausforderungen und relativ teurer Produktionsbedingungen vor allem die Suche nach geeigneten Mitarbeitern hervor. Wir haben inzwischen nicht nur einen Fachkräfte-, sondern einen Arbeitermangel (Dettmers 2022). Also müssen Unternehmen sich etwas einfallen lassen, wie sie Menschen dazu bewegen können, für sie zu arbeiten.

Man erkennt in der in der historischen Betrachtung einige Parallelen zu der Entstehungszeit der ersten (Betriebs-) Krankenkassen in Deutschland. Diese blicken nämlich auf eine über 300 Jahre alte Tradition zurück. So wurde die erste sogenannte „Fabrikkasse“ 1717 im Blaufarbenwerk Pfannenstiel im sächsischen Aue gegründet. 1883 erfolgte dann unter dem damaligen Reichskanzler Otto von Bismarck mit dem „Gesetz betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter“ die erste reichsweite Regulierung. Dadurch wurden viele Industriearbeiter und Mit-

arbeiter in Handwerksbetrieben krankenversicherungspflichtig. Natürlich waren die damaligen Arbeitsbedingungen andere und es gab kaum ein soziales Netz, in das man bei Unfall oder Krankheit fiel. Aber man versuchte auch damals schon, durch die Arbeitgeber den Beschäftigten einen besonderen (sozialen) Service zu bieten. Und so ermöglichten die zahlreichen Betriebs- und Innungskrankenkassen ihren Mitgliedern den Zugang zu medizinischer Versorgung.



Abbildung 5: Plakat von 1914 (Quelle: Deutsches Historisches Museum)

Zahlreiche Unternehmen - darunter die größten deutschen Unternehmer des 19. und 20. Jahrhunderts - schlossen sich diesem Ansinnen an: BMW, Bertelsmann, Bosch, Mercedes-Benz, Siemens und Würth (um nur einige wenige zu nennen)

betreiben bis heute ihre eigenen Betriebskrankenkassen.

Und heute? Auch heute müssen Unternehmen ihren Mitarbeitern etwas Besonderes bieten. Gesundheit ist für viele das höchste Gut. Gleichzeitig wird der Zugang zu medizinischer Versorgung außerhalb von Ballungsgebieten immer schwieriger. Wenn wir dann auch noch die Wohnungsknappheit und hohen Preise, sowie die Rentenlücke dazu nehmen, stellt sich die Frage, ob in Zukunft wieder mehr soziale Verantwortung bei den Unternehmen liegen wird? Diese Frage lässt sich so global an dieser Stelle nicht beantworten. Aber im Kontext Gesundheit haben Betriebe diese Möglichkeit: Sie können für ihre Mitarbeiter (und darüber hinaus) eine Krankenkasse, also quasi eine Agentur für Gesundheit gründen, und dadurch eine exzellente Gesundheitsversorgung ermöglichen. Das Besondere ist, dass diese Kasse durch Beiträge finanziert wird, die Arbeitgeber und Arbeitnehmer ohnehin bezahlen müssten. Das Betreiben einer betriebseigenen Krankenkasse hat somit damals wie heute einen hohen emotionalen als auch gesundheitlichen und finanziellen Wert.



Fragen zum Nachdenken und Anregen

- Wie sehr fühlen Sie sich verantwortlich für die Gesundheit Ihrer Mitarbeiter?
- Welche Angebote haben Sie bereits im betrieblichen Gesundheitsmanagement?
- Welche Argumente haben Sie in Bewerbungsgesprächen mit potentiellen Kandidaten, damit sich die Bewerber für Sie und nicht den Konkurrenten entscheiden?
- Welche (emotionalen) Angebote haben Sie, um Mitarbeiter zu binden?
- Wie wichtig würden Ihre Mitarbeiter das Thema persönliche Gesundheit und Gesundheit im Betrieb einstufen?

Wie gründet man eine Betriebskrankenkasse im 21. Jahrhundert?

Die positive Nachricht: Man kann auch noch im Jahre 2024 eine gesetzliche Krankenkasse in Deutschland gründen. Jedoch hat der Gesetzgeber die Möglichkeit relativ klar eingegrenzt.

Orientieren wir uns an der Maßgabe des SGB V, ist eine Gründung unter folgenden Umständen möglich:

1. Eine Gründung ist nur noch als **Betriebskrankenkasse** möglich. Das heißt, es braucht ein entsprechendes Trägerunternehmen, über das die Gründung organisiert wird.
2. Dieses Trägerunternehmen darf in der Vergangenheit **nicht schon eine BKK gegründet** haben.
3. Das Trägerunternehmen muss **mindestens 5.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte** angestellt haben: Geringfügig Beschäftigte und Personen, die mehr als die Beitragsbemessungsgrenze verdienen (aktuell: 62.100 € brutto/Jahr), zählen nicht dazu.
4. Das Unternehmen darf **kein Leistungserbringer** des Gesundheitswesens sein: Für einen Klinikkonzern ist es somit beispielsweise nicht möglich, eine eigene BKK zu gründen.
5. **Mindestens 2.500 Beschäftigte** müssen in einem geheimen Verfahren vor der Gründung ihre **Absicht erklären**, dass sie in die potentiell neu gegründete Kasse eintreten werden (diese Erklärung ist nicht verpflichtend für einen Eintritt).

Allein durch die definierten Kriterien schränkt sich die Auswahl potentieller Unternehmen stark ein. Eine erste Analyse hat ergeben, dass ca. 130 Unternehmen in Deutschland diese Kriterien erfüllen.

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) definiert die Schritte zur Gründung sehr klar: Für die Gründung muss ein finanzielles Gutachten erstellt werden, welches darlegt, dass die Finanzierung der neuen BKK auf Dauer gesichert ist.

Weitere Details, die für die Gründung relevant sind, erläutern wir gerne im Dialog. Diese Arbeit soll sich auf die wichtigsten Eckpunkte beschränken.

Die entscheidenden formellen Schritte zur Gründung einer eigenen Betriebskrankenkasse



Gestaltung der BKK des 21. Jahrhunderts

GKVen haben zum aktuellen Zeitpunkt einen sehr geringen Spielraum, sich durch Leistungen im Wettbewerb von anderen abzuheben. Eigentlich bleiben fast nur Satzungsleistungen, das Bonusprogramm und Selektivverträge, um sich auf dieser Ebene zu differenzieren.

Satzungsleistungen sind Leistungen von GKVen, die zusätzlich zu den gesetzlichen Leistungen angeboten und erstattet werden. Dies kann zum Beispiel eine Bezuschussung von Osteopathie oder Homöopathie sein oder besondere Regelungen bei Haushaltshilfen, sowie die teilweise Erstattung von Reiseimpfungen. Satzungsleistungen machen jedoch nur ca. 5 % aller Leistungen und einen Bruchteil der Ausgaben einer GKV aus.

Ein **Bonusprogramm** müssen GKVen wiederum anbieten. Hierbei wird ein Versicherter für positives Gesundheitsverhalten finanziell oder mit Sachprämien belohnt. Bei den bonifizierbaren Leistungen gibt es auch wiederum gesetzlich vorgeschriebene (wie z. B. die Bonifizierung von der STIKO empfohlenen Impfungen oder der Teilnahme an Vorsorgeterminen), als auch frei wählbare (z. B. die erfolgreiche Teilnahme an einer Schritte-Challenge). Auch wenn viele GKVen das Bonusprogramm ganz gezielt einsetzen, um für ihre Zielgruppe attraktive Angebote zu haben, haben sie gleichzeitig das Interesse, dass diese Aus-

gaben nicht zu hoch werden. Sollte sich ein Trägerunternehmen, das im B2C-Bereich beheimatet ist (z. B. Einzelhändler) für die Gründung und Öffnung ihrer BKK interessieren, sind hier interessante Synergien möglich, das Bonusprogramm der BKK mit dem Kerngeschäft zu verknüpfen.

Krankenkassen sind grundsätzlich über Kollektivverträge mit Leistungserbringern wie Ärzten, Krankenhäusern und Physiotherapeuten verbunden. Dies bedeutet, dass die Leistungen und die Erstattungen kollektiv für alle GKVen und Leistungserbringer vorgegeben sind. Eine besondere Möglichkeit gibt es jedoch seit einigen Jahren durch sogenannte **Selektivverträge**. Bei dieser Form von Vertrag schließt eine Kasse für eine innovative Versorgungsleistung einen direkten Vertrag mit Leistungserbringern ab, zum Beispiel Kardiologen in einem bestimmten Bundesland. Innerhalb dieses Vertrages sind dann sowohl die Leistung als auch die Erstattung gesondert zwischen den Vertragsparteien festgelegt. Die Erstattung erfolgt nach vollbrachter Leistung direkt von der Kasse an den Leistungserbringer. Jedoch ist das Vertragswerk relativ aufwändig, weswegen kleinere Kassen solche Verträge in der Regel im Verbund mit weiteren Kassen oder Dienstleistern abschließen.

Diese drei Instrumente sind sicherlich valide und jede GKV sollte genau abwägen, wie sie diese zum Wohle ihrer Versicherten einsetzt. Jedoch sehen wir, dass eine Differenzierung zum aktuellen Zeitpunkt nur wenig über das Leistungsangebot, sondern vor allem über einen herausragenden Service und einen attraktiven Beitrag erreicht wird (Boston Consulting Group 2023). Und um diese Ziele zu erreichen, sehen wir drei zentrale Handlungsfelder, die radikal neu gedacht und angegangen werden müssen, egal ob bei neuen oder bereits bestehenden Krankenkassen.

3 Handlungsfelder für eine moderne BKK

1. **Digitalisierung:** Heutige technologische Chancen nutzen
2. **Navigation** der Versicherten in Gesundheitsfragen
3. **Entbürokratisierung:** Mutige und schlanke Organisation





Wir brauchen eine neue gesetzliche Betriebskrankenkasse für das 21. Jahrhundert!

läuft.

Handungsfeld 1: Die Chancen der Digitalisierung nutzen

Die besondere Chance für eine neu gegründete BKK liegt darin, dass sie auf der grünen Wiese aufgestellt werden kann. Nahezu alle GKVen leben mit der Herausforderung, dass sie IT-Systeme bedienen, die vor Jahren aufgesetzt wurden und mit der technologischen Weiterentwicklung mitgewachsen sind, ohne sich teilweise von Altlasten zu lösen. All dies kann eine neue Betriebskrankenkasse umgehen. Wir sehen hier die Möglichkeit, den Entwicklungsschritt aus anderen Branchen wie e-Commerce (z. B. Amazon) oder Banking (z. B. Revolut) auf die Gesundheitsbranche und öffentliche Verwaltung zu übertragen.

An erster Stelle steht eine hervorragende Nutzeroberfläche für den Versicherten, sprich das **Frontend in Form einer App**. Dieses muss nutzerfreundlich gestaltet sein, wirklich hilfreiche Funktionen anbieten und sollte unbedingt alle diese Funktionen in einer einzigen App vereinen. Aktuell zeigt sich nämlich bei vielen GKVen, dass sie diverse Apps anbieten, wodurch immer wieder Medienbrüche beim Nutzer verursacht werden, was nachteilig für die Nutzerführung ist.

Zentral für dieses Frontend ist die Einbindung der nun für Kassen verpflichtenden **elektronischen Patientenakte (ePA)**. Für diese Funktion gibt es auf Grund der hohen Anforderungen und Kosten nur zwei Anbieter: IBM und die BITMARCK, die für sehr viele GKVen auch das ERP (Enterprise Resource Planning) bereitstellt. Die App muss daher die ePA sinnvoll und im Rahmen

der gesetzlichen Möglichkeiten intuitiv mit anderen relevanten Funktionen verknüpfen.

Ganz wichtig für eine gute Kundenerfahrung ist zudem, dass **administrative Prozesse** (z. B. die Beantragung der Familienversicherung oder das Versenden des Unfallfragebogens) in einem nutzerfreundlichen Design und einer verständlichen Sprache angeboten werden. Dies spart Zeit beim Versicherten und auch Zeit beim GKV-Mitarbeiter, der wesentlich mehr valide und bereits vorab geprüfte Anträge erhält. Die qualitativ hochwertige Kundenkommunikation über Chatbots oder Avatare mit automatischer Spracherkennung werden unserer Meinung nach bereits in wenigen Jahren der Standard sein (Nortal 2023).

Ohne auf weitere Details im Frontend einzugehen, sollte auch im **Backoffice** Wert auf die Nutzung digitaler Technologien gelegt werden. Es sollten so viele Prozesse wie möglich digitalisiert und automatisiert werden. Dies umfasst insbesondere eine automatische, schnelle und qualitativ hochwertige Lesung, Bearbeitung und Prüfung von Anträgen und Rechnungen. Wir sehen die Zukunft in der Anwendung produktiver Verwaltungsleistungen auf der Basis maschinellen Lernens. Natürlich können auch bestehende Kassen ihr IT-System modular modernisieren.



Fragen zum Nachdenken und Anregen

- Welche Angebote würden Sie sich als Kunde einer Krankenkasse wünschen?
- Wie zufrieden sind Sie mit den Angeboten und dem Service Ihrer Krankenversicherung?

Handungsfeld 2: Navigation der Versicherten in Gesundheitsfragen

Die individuelle und zielgenaue Ansprache, die bereits zuvor erwähnt wurde, lässt sich nicht nur auf administrative Prozesse anwenden, sondern insbesondere auf eine gesundheitsbezogene Navigation. Krankenkassen sitzen auf einem wahren Schatz pseudonymisierter Daten. Neben den Kunden- und Service-daten sind dies vor allem die Abrechnungsdaten aus ambulanter und stationärer Versorgung. Krankenkassen waren bisher traditionell gesehen Verwalter und „Absicherer“ im Krankheitsfall. Doch bereits seit einigen Jahren wird sowohl von gesetzlichen als auch privaten Krankenkassen proklamiert, zum „Lotsen“ der Versicherten zu werden. Und dies wünschen sich auch die Versicherten (BKK Dachverband 2023). Unsere persönliche Erfahrung und Einschätzung zeigt, dass dieser Schritt noch nicht wirklich im Selbstverständnis in der täglichen Arbeit angekommen ist. Doch gerade jetzt gibt es auch den nötigen politischen Rückenwind: Denn das jüngst verabschiedete Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) verschafft mehr Möglichkeiten, Versichertendaten gezielt auszuwerten, um so individuell passende Angebote zu empfehlen.

Oberstes Ziel einer jeden GKV und insbesondere der neu gegründeten BKK sollte es daher sein, ihren Versicherten genau die Empfehlungen auszusprechen, die sie benötigen. Damit soll auf der einen Seite eine Überversorgung verhindert werden, die unnötige Kosten schafft, jedoch keinen gesundheitlichen Mehrwert einbringt, so zum Beispiel bei nach Leitlinien nicht indizierten diagnostischen Verfahren (wie z. B. MRT). Auf der anderen Seite sollen Versicherte frühzeitig auf Leistungsangebote aufmerksam gemacht werden, die sie normalerweise nicht in Anspruch genommen hätten, wie zum Beispiel die Teilnahme an Disease Management Programmen (DMPs) bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung.

Zudem kann eine BKK für ihre Versicherten transparent Daten aufbereiten, um Leistungserbringer abzubilden, die die besten

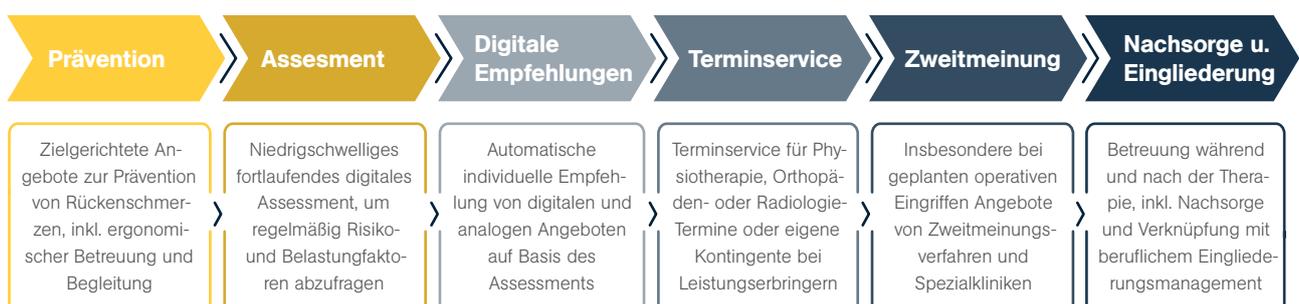
Behandlungsergebnisse vorweisen. Gerade der qualitätsbasierte **Selektivvertrag**, den Asklepios mit zahlreichen GKVen zur Operation eines künstlichen Hüftgelenks abgeschlossen hat (Ärzteblatt 2023), verdeutlicht ein solches Szenario, von dem alle profitieren: Der Versicherte profitiert direkt durch eine qualitativ bessere Versorgung, die GKV durch die kurz-, mittel- und langfristige Einsparung von Kosten und die Belohnung von Leistungserbringern, die besonders gut arbeiten.

Gerade bei chronischen Erkrankungen lohnt sich zudem, in **Patient Journeys** zu denken. Dahinter steckt der Gedanke, Patienten bzw. Versicherte vom Früh- bis zum chronischen oder Endstadium einer Erkrankung engmaschig und optimal zu begleiten. Abbildung 7 skizziert, wie eine solche Journey beispielhaft im Falle von Rückenschmerzen aussehen könnte. Das Grundprinzip lässt sich auf jede weitere Erkrankung übertragen. Gerade an dieser Journey zeigt sich, welche Möglichkeiten sich durch eine Verzahnung mit dem betriebsärztlichen Dienst und dem bestehenden betrieblichen Gesundheitsmanagement ergeben. Betriebe, die nun ihre eigene BKK gründen, haben die Möglichkeit, ihren Gesundheitsservice ganz spezifisch auf die Bedürfnisse ihrer Mitarbeiter abzustimmen.

Diese Journey zeigt auch: Eine wirklich gute Patientenbegleitung umfasst sowohl eine digitale, als auch persönliche Betreuung. Es gibt eine sehr gute Datenbasis, dass gute Patientennavigation durchaus zusätzlich zu Einsparungen führen kann. Hierfür sollte die Versorgung integriert gedacht werden (OECD, 2023). Dies zieht sich durch alle Altersgruppen und Erkrankungen. An dieser Stelle soll noch einmal betont werden: Eine bessere und gleichzeitig günstigere Versorgung schließt sich keinesfalls aus. Vielmehr geht es einfach darum, dass Versicherte genau die Leistungen bekommen, die sie benötigen, nicht mehr und nicht weniger. Wir sollten endlich

Abbildung 7

Eine durchdachte Patient Journey (hier am Beispiel Rückenschmerzen) beinhaltet ein frühes Assessment, zielgenaue schnelle Therapie und Nachsorge



aufhören, Geld für Leistungen zu verschwenden, die keinen gesundheitlichen Nutzen bringen. Und wir sollten Ineffizienzen

und Informationsdefizite zum Wohle der Patienten angehen.



Fragen zum Nachdenken und Anregen

- Welche Elemente der Patient Journey decken Sie bereits in Ihrem betrieblichen Gesundheitsmanagement ab?
- Wo bestehen Lücken?
- Wo sehen Sie für sich das größte Potential? Spielt neben Rückenbeschwerden auch psychische Belastung eine große Rolle in Ihrem Betrieb?
- Welche Mitarbeiter würden von einer solchen Betreuung besonders profitieren?
- Was könnte bei Ihren Mitarbeitern Skepsis hervorrufen, wenn Sie eine solche gesundheitliche Betreuung anbieten?

Handlungsfeld 3: Organisation und Selbstverständnis einer modernen BKK

Auch die interne Organisation für die Neuaufstellung einer BKK wird zentral für den Erfolg sein. Sie sollte sich an fünf Prämissen orientieren.

1. Automatisierung

So viele repetitive Prozesse wie möglich, die in der BKK anfallen, sollten automatisiert werden. Das Credo für die Prozessgestaltung sollte lauten, dass der Versicherte möglichst viele Prozesse entweder schnell und einfach alleine lösen kann und dass die herausfordernden Anliegen persönlich durch Mitarbeiter geklärt werden. Diese Prozesse können zum einen selbstständig entwickelt und automatisiert werden. Zum anderen gibt es genügend Dienstleister, die insbesondere Rechnungsprüfung schnell und einfach übernehmen können. Eine solche Aufstellung geht damit einher, dass die BKK im Sinne von Startup-Gründungen möglichst „lean“ aufgestellt ist, also so schlank und wendig wie möglich.

2. Behördenkultur verlassen

Natürlich ist der Handlungsspielraum einer GKV relativ eng durch externe Gesetzgebungen vorgegeben. Nichtsdestotrotz können unseres Erachtens nach GKVn der Gegenwart und Zukunft noch mutiger und vor allem schneller sein. Die Neugründung bietet daher die Chance, dass die neue BKK nicht traditionell aus dem primären Verständnis eines Kostenerstatters, sondern agil und kundenzentriert wie das privatwirtschaftliche Trägerunternehmen geführt wird.

Dazu zählt unserer Meinung nach auch, dass diese BKK neue Ansätze auch einfach ausprobiert und testet. Gerade digitale Technologien ermöglichen A-/B-Testings, in denen der Effekt bestimmter Maßnahmen sofort getestet und adaptiert werden kann. Dies eröffnet insbesondere neue Möglichkeiten und Erkennt-

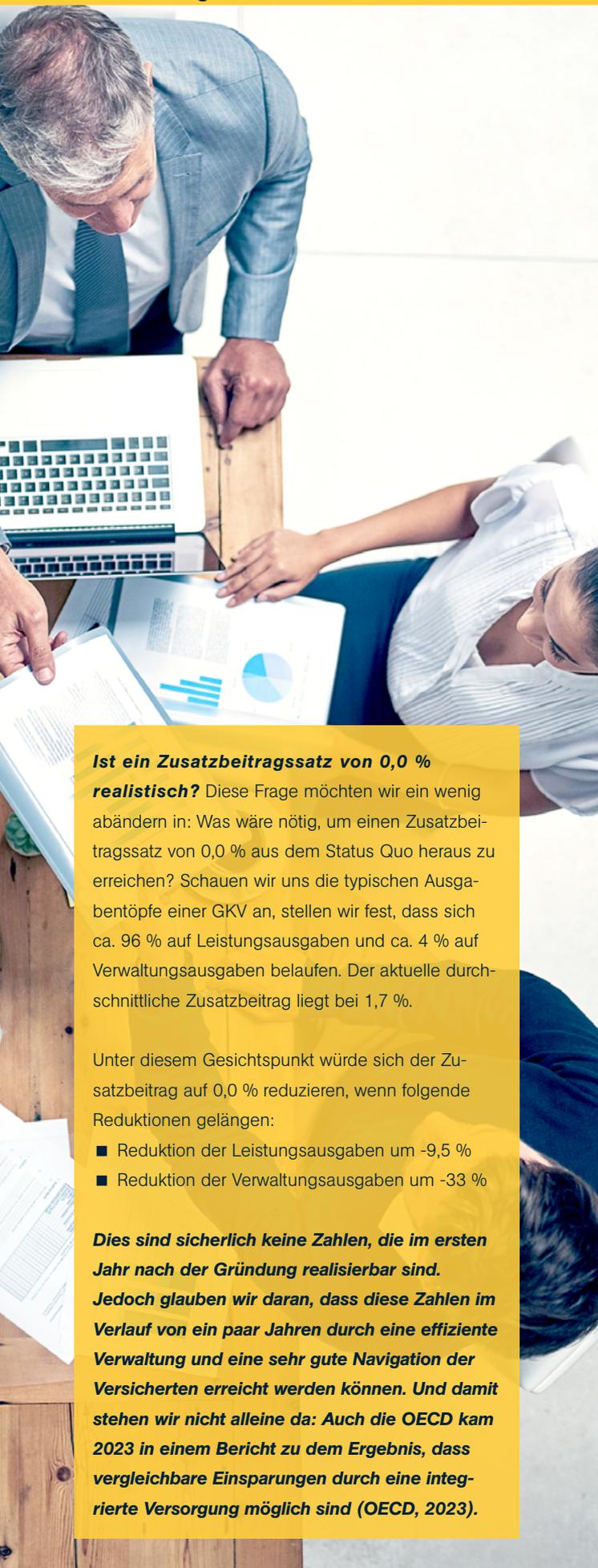
nisse in der Kundenkommunikation: Wie muss ich zum Beispiel eine 56-jährige adipöse Frau mit Diabetes Typ 2 ansprechen, um sie zu einem Disease Management Programm zu bewegen? Ein solches Vorgehen ist in einer Organisation nur möglich, wenn eine entsprechende Kultur gelebt wird, die es erlaubt, mutig zu sein, schnell Entscheidungen zu treffen und zu testen, um aus diesem Erkenntnisgewinn einen immer und immer wieder besseren Service für den Versicherten zu bieten. Auch Forschungsk Kooperationen können auf diesem Wege unterstützen.

3. Interne Organisation weg von Silos und entlang von Patient Journeys

Viele Stakeholder im Gesundheitswesen weisen seit einigen Jahren darauf hin, dass es problematisch und nicht im Sinne des Kunden ist, dass Krankenkassen entlang der Sektorgrenzen organisiert werden. Es gibt einen Experten für Krankengeld und einen für Krankenhaus, ein Dritter bearbeitet ausschließlich Hilfsmittel, ein Vierter Reha. Dass jedoch ein Patient mit Schlaganfall und anschließendem Verdienstaustauschfall alle diese Bereiche in seiner „Patient Journey“ tangiert, wird dabei nicht oder nur unzureichend berücksichtigt. Auch darin besteht eine enorme Chance, in einer Neuaufstellung zu prüfen, wo sich die interne Organisation am Weg des Patienten und Versicherten orientiert und damit nicht nur für den Versicherten einen Vorteil schafft, sondern auch interne Missverständnisse, Reibungen und Aufwände für Abstimmungen vorbeugt. Selbstredend ist auch dieser Schritt im Rahmen einer Transformation für bestehende Kassen möglich, die sich für die Zukunft rüsten möchten.

4. Ziel: Attraktiver Zusatzbeitrag

Vorhin stellten wir bereits dar, wie weit die Beiträge einzelner GKVn auseinander liegen können. Wir haben daher in der Box



Ist ein Zusatzbeitragssatz von 0,0 %

realistisch? Diese Frage möchten wir ein wenig abändern in: Was wäre nötig, um einen Zusatzbeitragssatz von 0,0 % aus dem Status Quo heraus zu erreichen? Schauen wir uns die typischen Ausgabentöpfe einer GKV an, stellen wir fest, dass sich ca. 96 % auf Leistungsausgaben und ca. 4 % auf Verwaltungsausgaben belaufen. Der aktuelle durchschnittliche Zusatzbeitrag liegt bei 1,7 %.

Unter diesem Gesichtspunkt würde sich der Zusatzbeitrag auf 0,0 % reduzieren, wenn folgende Reduktionen gelängen:

- Reduktion der Leistungsausgaben um -9,5 %
- Reduktion der Verwaltungsausgaben um -33 %

Dies sind sicherlich keine Zahlen, die im ersten Jahr nach der Gründung realisierbar sind. Jedoch glauben wir daran, dass diese Zahlen im Verlauf von ein paar Jahren durch eine effiziente Verwaltung und eine sehr gute Navigation der Versicherten erreicht werden können. Und damit stehen wir nicht alleine da: Auch die OECD kam 2023 in einem Bericht zu dem Ergebnis, dass vergleichbare Einsparungen durch eine integrierte Versorgung möglich sind (OECD, 2023).

rechts unten auf dieser Seite ein Gedankenexperiment aufgestellt: Was müsste eigentlich passieren, um einen Zusatzbeitrag von 0,0 % zu erzielen? Uns ist bewusst, dass das nicht von heute auf morgen passieren wird und einiges nicht in der Hand einer einzelnen GKV liegt. Gleichzeitig glauben wir daran, dass mit steigendem Handlungsdruck auch die Kreativität und Dringlichkeit zur Durchsetzung innovativer Ideen zunimmt. So berichtete einer unserer Interviewpartner, dass eine Krankenversicherung, die kurz vor der Insolvenz stand, den Nährboden bildete für ein komplett neue Form der Patientenbegleitung. So spart diese Versicherung heute nicht nur jährlich Millionen an (unnötigen) Ausgaben, sondern die Versicherten sind auch höchst zufrieden mit diesem besonderen Service, den sie erhalten. Sogar die Leistungserbringer sind dankbar, weil ihnen viel nicht bezahlte Organisations-Arbeit abgenommen wird.

5. Modernes Branding und Positionierung als „Best Buddy“

Wir müssen Ihnen nicht erklären, wie wichtig Marketing für den Erfolg eines Unternehmens ist. Ganz ehrlich: Wer findet Krankenkasse denn schon wirklich sexy und cool? Wohl die wenigsten. Allein der Name: KRANKENkasse (den man nach Rücksprache mit der Aufsichtsbehörde auch bei einer Neugründung im offiziellen Namen integrieren muss). Man muss anerkennen, dass u. a. die Techniker (Krankenkasse) auf dieser Ebene in den letzten Jahren sehr gute Arbeit geleistet hat und auch eine hohe Bindung bei ihren Versicherten erzielt. Und daran können sich auch neue BKKen orientieren: Wie schaffen wir es, eine hohe inhaltliche Qualität in einem attraktiven Format zu kommunizieren, um die Versicherten auch wirklich zu erreichen? Wir empfehlen, dass eine Betriebskrankenkasse sich von Anfang an mit dem Selbstverständnis etabliert, der „Best Buddy“ seiner Versicherten in allen Fragen rund um Gesundheit sowie Kranken- und Pflegeversicherung zu werden. Denn dies schafft Vertrauen und Verbindung.



Fragen zum Nachdenken und Anregen

- Wenn Sie eine Krankenkasse leiten würden: Was würden Sie anders machen?
- Welche Veränderung wünschen Sie sich?
- Welchen Eindruck könnte es auf Ihre Mitarbeiter machen, wenn diese in Zukunft sagen: „Ich bin in der BKK meines Unternehmens versichert und die haben hervorragende Leistungen!“

Wie eine BKK sich positionieren kann

Grundsätzlich kann eine neue Betriebskrankenkasse geschlossen (auch „betriebsbezogen“ genannt) oder geöffnet gegründet werden. In der geschlossenen Variante können nur eigene Mitarbeiter, sowie deren Angehörige aufgenommen werden. In der geöffneten Variante gibt es auch wieder Gestaltungsspielraum: Man kann sich für ein einzelnes Bundesland öffnen, für mehrere oder sogar bundesweit. Durch eine Öffnung können alle gesetzlich Versicherten, die in dieser Region leben, sich bei dieser Krankenkasse versichern. Diese Punkte kann ein Trägerunternehmen bei der Gründung in der Satzung festlegen und auch jedes Jahr anpassen. Die Entscheidung zum Zeitpunkt der Gründung ist also nicht auf ewig festgesetzt und kann jährlich neu bestimmt werden. Eine einmal festgelegte Öffnung kann man jedoch nicht mehr rückgängig machen.

Für die allermeisten Unternehmen wird nur die geschlossene Variante Sinn machen. Dies bedeutet, dass man sich auf die eigenen Mitarbeiter und deren Bedürfnisse konzentriert. Dies kann zum Beispiel die Ausrichtung auf bestimmte Erkrankungen sein, die speziell in diesem Betrieb eine Rolle spielen, wie z. B. muskuloskelettale Erkrankungen im produzierenden Gewerbe. Weiterhin können in dieser Form Gesundheitsangebote, die aus dem Betrieb heraus bereitgestellt werden (wie z. B. ein Termin-Kontingent bei Leistungserbringern) am besten verzahnt werden. Zudem macht es die finanzielle Kalkulation auch einfacher, weil man sehr genaue Informationen über die Morbidität bereits vorliegen hat. Dies kann die Abstimmung mit der Aufsichtsbehörde zur Gründung erheblich vereinfachen. Zudem bietet diese Form auch die Möglichkeit, standortnahe regionale integrierte Versorgungsangebote zu entwickeln. Wir empfehlen aus den aufgeführten Gründen daher allen interessierten Unternehmen, in der betriebsbezogenen Version die Gründung in die Wege zu leiten.

1. Vorbereitung der BKK-Gründung

Wir schätzen, dass für die Vorbereitung und Gründung einer BKK ca. ein Jahr erforderlich sein wird. Dies beinhaltet sowohl alle Abstimmungen mit der Aufsichtsbehörde, als auch das Ent-

wickeln von Service-Prozessen, Patient Journeys, Aufsatteln der IT, sowie die Rekrutierung von Personal. Die Aufsichtsbehörden einer BKK unterscheiden sich je nach Aufstellung des Unternehmens und Öffnung der BKK. Hat ein Unternehmen Standorte in weniger als drei Bundesländern und betreibt eine betriebsbezogene BKK, verantwortet die entsprechende Landesbehörde die Aufsicht der BKK. In der Regel sind dies die Ministerien der Länder, die für Gesundheit zuständig sind. Unterhält das Trägerunternehmen Standorte in mehr als drei Bundesländern oder ist in mehr als drei Bundesländern geöffnet, übernimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) die Aufsicht.

2. Betriebsbezogene Gründung

Nach etwa einem Jahr sollte die Gründung der betriebsbezogenen BKK erfolgen. Wir empfehlen diesen Schritt in der betriebsbezogenen Variante allen Unternehmen, weil es die finanzielle Kalkulation des Zusatzbeitrags erleichtert, die erforderlich für die Anerkennung durch die Aufsichtsbehörde ist. Dieser wird nämlich initial auf Basis der Morbidität der Belegschaft eruiert. Ist die Kasse nun gegründet, können die Prozesse ausgerollt, gefestigt und optimiert werden. Der besondere Service spricht sich immer weiter herum im Unternehmen und Sie gewinnen im Optimalfall mehr und mehr Versicherte, steigern die Gesundheit Ihrer Mitarbeiter und reduzieren Fehlzeiten bei einem exzellenten und schnellem Service. In dieser Variante können Sie sich auch bereits besondere regionale Versorgungsangebote mit entsprechenden Leistungserbringern entwickeln wie z. B. mit Hausarzt- oder Physiotherapie-Praxen, je nach Bedarf. Für sehr viele Trägerunternehmen sind in dieser Variante bereits alle gewünschten Vorteile zu erreichen. Für einige wenige mag eine Öffnung grundsätzlich interessant sein.

3. Regionale Öffnung

Einige bestehende Krankenkassen sind regional in einzelnen Bundesländern geöffnet. Eine regionale Öffnung kann für die Unternehmen und BKKen Sinn machen, die ihre Arbeitgeber-



marke punktuell stärken möchten. Im Zuge einer Neugründung empfehlen wir diesen Schritt jedoch erst, wenn bereits alle Prozesse sicher stehen und die BKK organisatorisch und finanziell gefestigt ist.

Ganz wichtig: Entscheidet man sich für die Öffnung, muss diese in allen Bundesländern erfolgen, in denen man auch Standorte des Trägerunternehmens unterhält. Hat ein Trägerunternehmen zum Beispiel nur einen Standort, ist die Öffnung selektiv in diesem Bundesland möglich. Aufsichtsbehörde bleibt dann die Landesbehörde. Betreibt ein Trägerunternehmen jedoch Standorte in beispielsweise 5 Bundesländern, muss die Öffnung in all diesen Bundesländern erfolgen. Aufsichtsbehörde ist und bleibt in diesem Fall das BAS.

Wichtig für ein Trägerunternehmen in dieser Phase ist die Frage, wie die Exklusivität und besondere Leistungen für die eigenen Mitarbeiter nach wie vor aufrecht erhalten werden können. Denn nun stehen die Angebote Personen auch außerhalb des Betriebs zur Verfügung. Zentral ist nun, dass es dem Trägerunternehmen gelingt, seinen Mitarbeitern nach wie vor einen

besonderen Service anzubieten. Dies gelingt zum Beispiel über spezifische Angebote, die eng mit dem Betrieb verzahnt sind oder durch das Angebot von Zusatzversicherungen wie zum Beispiel einer betrieblichen Krankenversicherung (bKV).

4. Bundesweite Öffnung

Dieser Schritt wird nur für die allerwenigsten Trägerunternehmen Sinn machen und muss wohlüberlegt sein. Unserer Meinung nach sollte dieser Schritt eigentlich nur für Unternehmen diskutiert werden, die bereits in ihrem Kerngeschäft eine bundesweite Abdeckung vorweisen können und strategisch interessiert sind, sich im Gesundheitssektor zu behaupten. Nun wird sich eine stringente und effiziente digitale Ausrichtung auszahlen. Auch können so nun Kooperationen mit Leistungserbringern in ganz Deutschland abgeschlossen werden, zum Beispiel mit größeren Krankenhausketten.



Fragen zum Nachdenken und Anregen

- Können Sie sich grundsätzlich eine Öffnung vorstellen oder sehen Sie bereits alle Vorteile für sich in der betriebsbezogenen Variante erfüllt?
- Welche Möglichkeiten sehen Sie an Ihren Standorten für innovative regionale Versorgungsangebote?
- Welche Anforderungen haben Sie an mögliche Partner?

Vorteile für die Mutigen

Natürlich kann man die oben dargestellten Schritte, als Unternehmen nur angehen, wenn klare Vorteile auf der anderen Seite des Flusses warten. Dieses Kapitel soll daher die Vorteile für die diversen Beteiligten veranschaulichen.

Vorteile für Trägerunternehmen

■ Mitarbeiterbindung

Alle Unternehmen stehen gerade vor der immensen Herausforderung, Mitarbeiter zu finden bzw. hochqualifizierte Beschäftigte zu halten. Dafür reicht Geld und Status alleine in der Regel nicht mehr aus. Auch Obstkorb und ein paar Yoga-Kurse sind inzwischen gewohnt und austauschbar. Doch was wäre, wenn Ihre Mitarbeiter in Zukunft ihrem Arzt sagen können: Ich bin bei der Krankenkasse meines Arbeitgebers versichert? Stellen Sie sich als Unternehmer vor, welchen Effekt Sie im Bewerbungsgespräch erzielen können, indem Sie darauf hinweisen, dass im Falle einer Beschäftigung natürlich die Krankenkasse mit einem hervorragenden Service und Ihrem Namen offen ist?

■ Gesonderte Betreuung im Ausland und für Expats

Mit ihren betriebseigenen BKK können Sie Expats in Ihrem Unternehmen das deutsche Sozialversicherungssystem direkt erläutern und somit viele Fragen klären. Sie können zudem die angesprochenen Patient Journeys – sobald sie etabliert sind – auch auf Ihre internationalen Standorte übertragen.

■ Geringere Fehlzeiten

Leider stiegen in den letzten Jahren auch die Fehlzeiten in Unternehmen immer weiter an. Und dieser Effekt lässt sich nicht nur auf die Corona-Pandemie beziehen (Badura 2023). Mit einer

eigenen BKK erhalten Unternehmen wiederum die Möglichkeit, ihren Gesundheitsservice exakt auf die Bedürfnisse und gesundheitlichen Herausforderungen ihrer Belegschaft auszurichten. Sie haben hohe und steigende Fehlzeiten durch psychische Beschwerden? Setzen Sie eine Journey auf, die psychische Beschwerden frühzeitig erkennt, individuell und niedrigschwellig auf digitale und persönliche Angebote hinweist, Zugang zu entsprechenden Therapeuten verschafft und das ohne lange Wartezeiten und stellen Sie individuell Patientenbegleiter an die Seite, die die Erkrankten medizinisch, sozial und emotional unterstützen. Das Ganze runden Sie mit einem hervorragenden beruflichen Eingliederungsmanagement ab. Dies werden nicht nur Ihre Mitarbeiter wertschätzen. Sie schaffen sich selbst eine gesündere Belegschaft, die mit voller Kraft bei der Arbeit sein kann.

Ganz wichtig zu wissen, um mögliche Skepsis gegenüber Vertraulichkeit oder Datenschutz vorzubeugen: Auch wenn die neue BKK mit Ihrem Unternehmen assoziiert ist. Es bleibt eine eigene Körperschaft öffentlichen Rechts und es gelten die gleichen Anforderungen an Datenschutz und Vertraulichkeit wie bei jeder anderen Krankenkasse auch. Es dürfen also keine personenbezogenen Informationen zwischen Krankenkasse und Betrieb ausgetauscht werden. Die Ausrichtung der Krankenkasse können Sie natürlich trotzdem mitgestalten: Als Trägerunternehmen haben Sie die Möglichkeit, Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter aus Ihrem Betrieb im Verwaltungsrat einzusetzen. Und natürlich pflegen so gut wie alle Betriebskrankenkassen nach wie vor einen engen Austausch mit ihren Trägerunternehmen.



Fragen zum Nachdenken und Anregen

- Wie steht es aktuell um Ihre AU-Zeiten? Sind diese gestiegen oder gefallen?
- Welches Niveau hat sich nun nach der Corona-Pandemie etabliert?
- Wie sind die Fehlzeiten in Ihrem Unternehmen im Vergleich zu Wettbewerbern?
- Was sind die häufigsten Gründe für Fehlzeiten?
- Welche Mitarbeiter haben überdurchschnittlich hohe Fehlzeiten?

Kosteneinsparung

Die Vorbereitung zur Gründung einer Betriebskrankenkasse ist ohne Frage komplex. Und Sie müssen nicht nur Zeit und Personal, sondern auch Geld investieren. Dennoch winken für Sie auf mittel- und langfristige Sicht enorme Kostenvorteile. Sollte es Ihnen gelingen, den Beitragssatz nur um 0,1 % zu senken, sparen Sie als Arbeitgeber, der den Krankenkassenbeitrag ja zu 50 % übernimmt, jährlich bei einem Durchschnittseinkommen pro Mitarbeiter 22,50 €.

Daraus können jährlich Millionen werden, wie folgendes Rechenbeispiel veranschaulicht:

- Zusatzbeitrag: 0,5 % unter durchschnittlichem Beitragssatz von 1,7 %
- Versicherte Mitarbeiter aus Ihrem Unternehmen: 20.000
- Jährliche direkte Einsparung für Sie: 2,25 Mio €

Ganz wichtig: Diese Kostenvorteile erzielen Sie und können gleichzeitig einen hervorragenden Service für Ihre Mitarbeiter anbieten und die Bindung zum Unternehmen erhöhen. Und außerdem ist relevant, dass Sie ab dem Zeitpunkt der BKK-Gründung keine weiteren finanziellen Mittel mehr hinzugeben müssen. Die Krankenkasse soll sich per Definition aus den Beiträgen

finanzieren. Dies unterscheidet dieses Modell zum Beispiel auch vom herkömmlichen BGM oder dem Angebot einer privaten betrieblichen Krankenversicherung (bKV), wo Sie fortlaufend Geld hinzugeben müssen.

PR

Die letzte noch bestehende GKV wurde 1999 gegründet. Sie können sich sicher sein, dass eine Neugründung auch ihre Beachtung in der Presse und Öffentlichkeit finden wird. Sie wollen sich als innovatives zukunftsgerichtetes und nachhaltig denkendes Unternehmen platzieren? Dann schaffen Sie eine Krankenkasse der Gegenwart und Zukunft und reden Sie darüber!

Eintritt in den Gesundheitssektor

Wir möchten mit diesem Positionspapier auch Unternehmen ansprechen, die bisher kaum oder nur marginal mit ihrem Kerngeschäft mit dem Gesundheitssektor in Berührung kamen. Sollte jedoch ein grundsätzliches Interesse an diesem wirklich spannenden und großen Zukunftsmarkt bestehen, bildet eine eigene BKK natürlich eine hervorragende Möglichkeit, einen bedeutenden Fuß in diesen Sektor zu setzen.

Mitarbeiter des Trägerunternehmens/Versicherte



Das Unternehmen wird letztendlich durch die Mitarbeiter ausgezeichnet, die für sie arbeiten. Und natürlich bringt die Neugründung einer BKK immense Vorteile für die eigenen Mitarbeiter mit sich.

Bessere Gesundheitsversorgung

Natürlich sind die Mitarbeiter die Ersten, die von einer besseren Versorgung profitieren. Sie werden aktiv und zielgruppengerecht auf Präventionsangebote angesprochen. Sie erhalten Transparenz über die besten Behandlungszentren und eine Zweitmeinung wird ihnen bei größeren operativen Eingriffen kinderleicht zur Verfügung gestellt. Über gesonderte Verträge sind frühere Termine bei Fachärzten möglich und digitale niedrigschwellige Angebote ergänzen den Behandlungsplan. Zudem fügen sich diese Angebote optimal in den Arbeitsablauf und die Bedürfnisse der Belegschaft vor Ort ein.

Besserer Service

Neben der medizinischen Versorgung erhalten Mitarbeiter aus der betriebsgehörigen BKK zudem eine besondere Betreuung und Beratung bei allen administrativen Themen rund um gesetzliche Krankenversicherung und Pflegeversicherung. Der Service wird mit technischer Unterstützung in diversen Sprachen angeboten. So erhalten auch Mitarbeiter, die keine deutschen Muttersprachler sind, optimalen Service rund um ihre Krankenversicherung. Der digitale Service ist ohnehin ein-

fach, dezentral und im Optimalfall selbst erklärend, was Zeit bei Versicherten und Mitarbeitern der Krankenkasse spart.

Günstigere Beiträge

Genauso wie das Trägerunternehmen Kosten mit günstigen Einträgen einspart, sparen natürlich auch die zahlenden Mitarbeiter. So zahlt ein freiwillig Versicherter, der bei der BKK firmus versichert ist (0,9 %), im Jahr mehr als 500 € weniger als ein gleichfalls Beschäftigter bei der AOK Nordost (2,7 %).



Fragen zum Nachdenken und Anregen

- Welche der genannten Vorteile überzeugt und motiviert Sie am meisten? Einsparungen? Der gute Service? Die emotionale Bedeutung? Die bessere Gesundheit Ihrer Mitarbeiter? Der Wunsch, ins Gesundheitssystem einzutreten?

Förderung guter Leistungserbringer und Vorteile für die Solidargemeinschaft

Von einem solch innovativen Vorhaben wie der Gründung einer neuen Krankenkasse profitieren neben Trägerunternehmen und Mitarbeitern auch andere Akteure im Gesundheitswesen, wenn diese Kasse sich als absolut innovativ und offen für Neuerungen versteht. Durch eine gute Navigation erhalten beispielsweise Leistungserbringer mehr Zulauf von Patienten.

Zudem könnten Startups auch schon sehr früh mit neuen innovativen Lösungen zum Testen eingebunden und in die Versorgung integriert werden. Doch gerade, wenn das Frontend für die Versicherten neue nützliche Funktionen im Therapie-Management ermöglicht, kann eine Krankenkasse auch über erweiterte Partnerschaften nachdenken. So sind zum Beispiel Forschungsk Kooperationen über die Krankenkasse denkbar, bei denen Versicherte in den Genuss neuester Therapien kommen (die noch nicht in der Regelversorgung vergütet werden) und gleichzeitig

Real-Life-Daten aus der Versorgung erhoben werden können. Last but not least ist eine gesetzliche Krankenkasse für die Menschen in diesem Land da. Die grundsätzliche Frage, ob sich eine Krankenkasse aus der betriebsbezogenen Version irgendwann regional oder gar bundesweit öffnet, ist jedem Unternehmen selbst überlassen. Wir vermuten, dass eine Neugründung den gesamten Markt beleben und den Wettbewerb fördern wird. Neue erfolgreiche Versorgungsformen werden auch von anderen adaptiert und eingesetzt.

Und stellen wir uns nur einmal fiktiv vor, es gelänge allen Krankenkassen den Beitragssatz von 0,7 % der BKK Groz-Beckert zu realisieren, würde dies 2023 bei den Ausgaben in der GKV von 306,2 Mrd €, einer gesamten Einsparung von 18,8 Mrd € entsprechen. Dies alleine sollte Ansporn genug sein.



Fragen zum Nachdenken und Anregen

- Können Sie sich vorstellen, mit einer eigenen Krankenkasse über Ihre Belegschaft hinaus Einfluss auf die Gesundheitsversorgung in Deutschland zu nehmen?
- Wie würde es sich anfühlen, wenn Sie in den Nachrichten lesen, dass Sie die erste Firma in diesem Jahrtausend sind, die eine eigene Betriebskrankenkasse gegründet hat?

Nachwort

Wir stehen in Deutschland sowohl mit unseren Sozialversicherungssystemen, als auch mit unseren Unternehmen vor großen, aber auch spannenden Herausforderungen. In der Gründung einer neuen Betriebskrankenkasse sehen wir eine attraktive Möglichkeit, um diese Herausforderungen gemeinsam anzupacken. Es ist möglich und wir möchten mit diesem Positionspapier zum einen Mut machen und zum anderen die Leitplanken für diesen Weg aufzeigen.

Die Vorteile für diejenigen, die mutig und klar an diese Herausforderungen herangehen, liegen auf der Hand. Und wir würden uns enorm freuen, wenn wir Ihnen mit diesem Papier wichtige Impulse an die Hand geben können. Noch mehr würden wir uns freuen, diesen Weg gemeinsam mit Ihnen zu gehen. Kommen Sie also gerne auf uns zu mit allen Fragen, aller Kritik und all Ihren Herausforderungen. Lassen Sie uns in 10 Jahren zurückblicken und staunen, was wir in dieser Dekade mit unserem Optimismus, unserem Mut, unserer Klarheit und unserem Fleiß alles erreicht und angestoßen haben!

Wir haben gemeinsam die Möglichkeit, unsere Sozialversicherungssysteme und damit die Zukunft unseres Land aus der Bismarckschen Ära in die Moderne und Zukunft zu führen. Kann es eine spannendere Aufgabe für uns als Gesellschaft geben? Für uns jedenfalls nicht.

BKK-as-a-Service: Wir haben ein fertiges Konzept einer neuen modernen BKK ausgearbeitet, mit dem wir die oben genannten Ziele erreichen können. Dies beinhaltet insbesondere auch die Aufstellung der IT mit der Integration innovativer Partner. Gemeinsam stecken wir mit Ihnen ab, in welcher Konstellation und mit welchen Angeboten Sie den größten Mehrwert für Ihre Mitarbeiter erreichen. Dabei gehen wir unternehmensspezifisch auf die Bedürfnisse und Rahmenbedingungen in Ihrem Unternehmen ein (z. B. was Sie bereits in Ihrem Betrieblichen Gesundheitsmanagement anbieten). So gestalten wir gemeinsam mit Ihnen das für Sie passende Konstrukt. Weiterhin beraten und begleiten wir Sie bei allen formellen Schritten im Austausch mit der Aufsichtsbehörde. Gerne unterstützen wir Sie auch bei der Personalrekrutierung und -ausbildung, sowie dem Design der notwendigen Kundenprozesse. Alle hier vorgestellten Maßnahmen setzen wir natürlich auch sehr gerne mit bereits bestehenden Krankenkassen um, die sich für die Zukunft wappnen möchten.

Gerne erläutern wir Ihnen die dazugehörigen Details in einem persönlichen Gespräch. Wir freuen uns auf Sie!

Dr. Mathias Krisam
Tim Arnold de Almeida

LITERATURVERZEICHNIS

Ärzteblatt (2023): Asklepios schließt Qualitätsverträge über Gelenkersatz mit Krankenkassen ab.

Ärzteblatt (2024): Vertragsärzte schlagen Bonusmodell zur Patientensteuerung vor.

Badura, Bernhard (2023): Fehlzeiten-Report 2023. Zeitenwende – Arbeit gesund gestalten. 1. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer

BKK Dachverband (2023): BKK Kundenreport – Qualität von Krankenkassen. Fokus Nachhaltigkeit.

Boston Consulting Group (2023): Zeit zu handeln – Wechselbereitschaft in der GKV.

Bundesministerium für Gesundheit (2023): Gemeinsam digital. Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege.

Dettmers, Sebastian (2022): Die große Arbeiterlosigkeit. Warum eine schrumpfende Bevölkerung unseren Wohlstand bedroht und was wir dagegen tun können. München: Finanz Buch.

Fetzer und Hagist (2024): Mehr Nachhaltigkeit wagen. Die Tragfähigkeit der Sozialversicherung in Deutschland.

Nortal (2023): Proaktive Verwaltungsleistungen – Die Zukunft der digitalen öffentlichen Verwaltung.

OECD (2023): OECD best practice assessment of the OptiMedis integrated care model.

Statista (2024): Europäische Union: Lebenserwartung bei der Geburt in den Mitgliedstaaten im Jahr 2022.

Statistisches Bundesamt (2024): Deutschland mit höchsten Gesundheitsausgaben der EU.

Wir brauchen eine neue gesetzliche Betriebskrankenkasse für das 21. Jahrhundert!

Ein Aufruf an alle Unternehmerinnen
und Unternehmer im Land

läuft GmbH

Luisenstraße 41
10117 Berlin

Tel: 030 – 6738 8272
info@laeuft.eu

läuft.

www.laeuft.eu