

# FIVE TOPICS NEWS 09



DIE BERATUNGSSPEZIALISTEN DER  
PENTADOC FÜR DEN GESUNDHEITSMARKT

Martinsried / April 2014

---

## **Baustellen der Gesundheitspolitik nach dem Wahljahr 2013**

Drei große Baustellen mit spürbaren Auswirkungen auf die finanzielle Situation der Krankenkassen identifiziert der Verfasser unseres Leitartikels Prof. Dr. Volker Ulrich. Welche Auswirkungen betreffen Ihre Kasse besonders? Welche Gestaltungsmöglichkeiten ergeben sich für Sie daraus? Nach einem sehr fundiertem Überblick wird sich auch für Ihre individuelle Situation ein klareres Bild ergeben.

**Seite 3**

## **Prozessmanagement nach BPMN 2.0 am Beispiel der GKV Musterkasse**

Die Dinge richtig tun – die richtigen Dinge tun. Wenn Sie dieser kleine Merksatz anregt, über effiziente Prozesse und ihren spürbaren Nutzen nachzudenken, empfehlen wir einen vertiefenden Überblick über unsere plakativ dargestellte Vorgehensweise für Prozessmanagement. Nicht abstrakt – sondern praxisorientiert aufgebaut an den typischen Strukturen einer GKV.

**Seite 8**

## **Optimierung des Kundendialogs für die DAK-Gesundheit**

Five Topics und ihre Schwestergesellschaft Pentadoc Consulting haben im Projekt »Outputfabrik 2014« ihre Kräfte gebündelt. Über die Zielsetzungen und die Umsetzung der Standard-Text-Lösung mit Anbindung an iskv\_21c berichtet Seniorberater Stefan Hachenberg mit einem Überblick über Ausschreibung, Zeitraum und Softwarepartner.

**Seite 14**

## **FINANZ-ENTWICKLUNG IN GKV UND MORBI-RSA**

Seite 3



Sehr geehrte Damen und Herren,

**quo vadis Gesundheitswesen?**

**Ja, letztlich beschäftigt sich jede Ausgabe der Five Topic News mit dieser Frage. Aber in der neuen Ausgabe, die Sie heute in den Händen halten, beschäftigen wir uns mit einigen sehr grundlegenden Themen, die auch für Ihre Krankenkasse ganz grundlegende Weichen stellen.**

Worum es geht, zeigt Ihnen ein ausführlicher Leitartikel, für den wir Prof. Dr. Volker Ulrich gewinnen konnten, der nicht nur einen Lehrstuhl für Volkswirtschaft innehält, sondern auch Mitglied des wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten RSA beim Bundesversicherungsamt ist. Zentrale Schwerpunkte sind die zukünftige finanzielle Entwicklung der Krankenkassen, zugrundeliegende Gesetze und politische Ausrichtungen, potentielle Auswirkungen und nicht zuletzt auch Gestaltungsmöglichkeiten.

So fokussiert die grundlegende Thematik ist, so komplex sind die Bereiche, die davon berührt werden. Five Topics ist hier mit ihren 5 Kernthemen – Prozessmanagement, Fusionsberatung, Risikomanagement, Organisationsberatung und Marketing – als zentraler Gesprächspartner aufgestellt. Praxisorientiert, hervorragend vernetzt und mit nachweisbaren Erfahrungen in der konkreten Umsetzung. Ganz besonders auch in Fusionsprozessen, mit denen sich der Markt in den nächsten Monaten sicherlich wieder mehr beschäftigen muss.

Um Ihnen an dieser Stelle auch einen konstruktiven Ausblick zu geben, möchten wir auf 2 Punkte konkret eingehen. Zum einen möchten wir auf eine Veranstaltung hinweisen, die sich mit der Kernthematik fachlich fundiert und dialogorientiert auseinandersetzen wird: unser Topic Table, mit Herrn Prof. Dr. Ulrich als Keynote-Speaker, findet am 26.06.2014 in Berlin statt. Detaillierte Informationen finden Sie auf der Rückseite – und selbstverständlich erhalten Sie auch noch einmal gesondert eine Einladung von uns.

Zum zweiten wird Sie die Lektüre dieser Ausgabe dahingehend bestätigen, dass es auch für Ihre Kasse unumgänglich sein wird, nach griffigen und nachhaltigen Einsparpotentialen zu suchen und diese auch umzusetzen. Hier bieten wir ganz direkte Anknüpfungspunkte in Zusammenarbeit mit unserer Schwestergesellschaft Pentadoc Consulting. Unser Verständnis des Kassenmarktes in Verbindung mit langjährigem Verständnis für die Potentiale von angewandtem Business Prozess Management und Dokumentenmanagement-Systemen zeigt Ihnen greifbare und auch zeitlich attraktive Ansätze für Ihre individuelle Situation auf.

Nun wünschen wir Ihnen eine spannende und substantiell anregende Lektüre und hoffen, Ihnen die richtigen Impulse für einen Dialog zu bieten.

Wir stehen strategisch und operativ gerne zur Verfügung.



Ralf Minning  
Vorstand  
Five Topics AG  
ralf.minning@fivetopics.de  
Mobil: +49 172 829 45 63



Joachim Adam  
Aufsichtsratsvorsitzender  
Five Topics AG  
joachim.adam@fivetopics.de  
Mobil: +49 173 860 48 00

LEITARTIKEL

# QUO VADIS GESUNDHEITSWESEN?

## Baustellen der Gesundheitspolitik nach dem Wahljahr 2013

Im Wahljahr 2013 sind eine Reihe wichtiger Gesetze in Kraft getreten, welche die Weiterentwicklung der Kranken- und der Pflegeversicherung betreffen und diese grundlegend prägen\*. Zudem ist im Herbst 2013 ein neuer Bundestag gewählt worden und die neue Regierung aus CDU/CSU und SPD baut auf einem Koalitionsvertrag vom 26. November 2013 auf, der den Gesundheitsbereich weiter gestaltet.

Im Folgenden soll etwas näher auf die Abschaffung der Praxisgebühr, die neue Finanzierungsarchitektur mit dem prozentualen Zusatzbeitrag und die Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) eingegangen werden.

### Abschaffung der Praxisgebühr

Ab 2004 ist beim ersten Arztbesuch in jedem Quartal eine Praxisgebühr in Höhe von zehn Euro erhoben worden. Seit dem 1. Januar 2013 ist sie wieder abgeschafft. Der Grund für die Abschaffung liegt vor allem darin, dass das Ziel, unnötige Arztbesuche von Patienten zu reduzieren, durch die Gebühr nicht erreicht worden ist. Zwei Mrd. Euro zusätzlich haben die Krankenkassen pro Jahr durch die Praxisgebühr eingenommen. Ab jetzt sollen diese Mittel aus dem Gesundheitsfonds fließen. Zuzahlungen sind zu Recht nicht populär, da sie die Kranken belasten und damit den Versicherungsschutz einschränken.

Allerdings gilt auch, dass die Summe der Zuzahlungen, die ein Versicherter im Jahr in der GKV leisten muss, auf maximal 2 Prozent des Einkommens (bei chronisch Kranken sogar nur 1 Prozent) begrenzt ist. Zuzahlungen können andererseits eine wichtige Funktion erfüllen, indem sie das Kostenbewusstsein der Versicherten stärken und ihnen einen Anreiz geben, auf unnötige Leistungen zu verzichten.

In den USA hat Kenneth Arrow 1963 seinen berühmten Aufsatz »Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care« veröffentlicht, in dem er die Vorteile eines (nationalen) Krankenversicherungssystems aufgezeigt und auf Anreizprobleme im Rahmen von Krankenversicherungsverträgen aufmerksam gemacht hat, die mit einem vollständigen Versicherungsschutz einhergehen. Das ersatzlose Streichen der Praxisgebühr bedeutet, dass dieses Instrument, eines der wenigen, die beim Versicherten/Patienten ansetzen, wahrscheinlich für eine lange Zeit nicht mehr zur Verfügung steht. Grundsätzlich sollte aus ökonomischer Sicht eine Selbstbeteiligung verstärkt dort erhoben werden, wo sie eine nachfragesteuernde Wirkung entfalten könnte. Zudem sollte der Verwaltungsaufwand bei der Erhebung in einem vertretbaren Verhältnis zur Höhe der Einnahmen stehen. Beide Kriterien erfüllt die Praxisgebühr nicht. Zahlreiche Untersuchungen lassen keine oder nur eine kurzfristige Steuerungswirkung erkennen und der Aufwand steht in keinem günstigen Verhältnis zum Aufkommen.

Da jedoch die Deutschen im internationalen Vergleich zu häufig zum Arzt gehen, scheint es angebracht, die Patienten durch eine Zuzahlung an den dabei entstehenden Kosten zu beteiligen. Sinnvoll wäre daher die Erhebung einer Gebühr bei jedem Arztbesuch. Daher sei an dieser Stelle noch einmal an die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ) zur Praxisgebühr aus dem Jahr 2012 erinnert, die folgenden Vorschlag in die politische Diskussion eingebracht hat:

Eine Ausweitung der Praxisgebühr auf alle Arztbesuche (natürlich mit den bestehenden Ausnahmen und unter Beibehaltung der Belastungsgrenzen) und eine Senkung auf 5 Euro bei gleichzeitiger Streichung der Zuzahlung im Krankenhaus. Diese Variante würde die Versicherten in der Summe nur wenig mehr belasten (geschätzte 2,4 statt 2,2 Mrd. Euro im Jahr), der Steuerungseffekt wäre jedoch weit größer und könnte damit sogar zu einer Dämpfung des Beitragssatzanstiegs führen.

\*

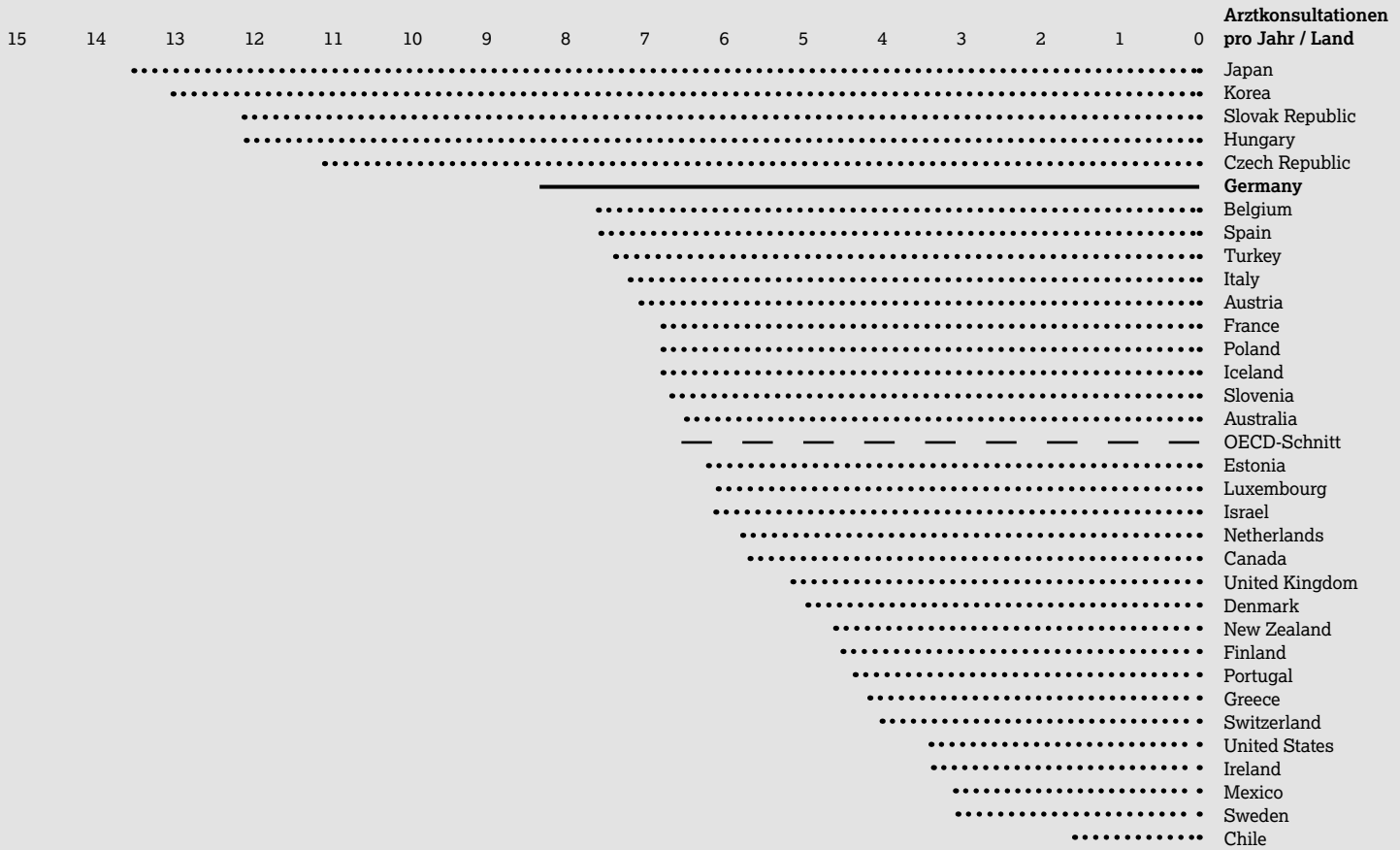
### Zentrale Maßnahmen sind beispielsweise:

Abschaffung der Praxisgebühr, Neuausrichtung der Pflegeversicherung, Unisex-Tarife bei Versicherungen, Patientenrechtegesetz, (gescheitertes) Präventionsgesetz, Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung, GKV-Finanzierung durch prozentuale Zusatzbeiträge.

2004 – 2012  
ZWEI MRD.  
EURO  
ZUSÄTZLICH  
PRO JAHR  
DURCH  
Praxisgebühr

AB 2013  
NUR NOCH  
ZUWEISUNGEN DURCH  
GESUNDHEITSFOND

FINANZENTWICKLUNG IN GKV UND MORBI-RSA



Quelle: OECD, Stand 2009

**Finanzarchitektur des Gesundheitsfonds**

Das GKV-System hat im Jahr 2013 über Finanzreserven in Höhe von 27,6 Mrd. Euro verfügt. Davon liegen rund 17 Mrd. Euro auf den Konten der Krankenkassen, der Gesundheitsfonds verfügt über ein Plus in Höhe von 10,6 Mrd. Euro. Die finanziell günstige Lage hat es den Krankenkassen ermöglicht, die Erhebung von Zusatzbeiträgen zu vermeiden. In einer Situation, in der alle keinen Zusatzbeitrag erheben, riskiert die Krankenkasse, die einen solchen einführt, von den Mitgliedern durch Abwanderung abgestraft zu werden. Die Beitragsautonomie ist zwar theoretisch gegeben, keine Kasse möchte aber davon Gebrauch machen und einen Zusatzbeitrag einführen. Von daher sind die Forderungen zu einer Rückkehr zur »gelebten« Beitragsatzautonomie der Kassen durchaus nachvollziehbar.

Im Koalitionsvertrag haben sich CDU, CSU und die SPD auf folgende Weiterentwicklung der Finanzarchitektur im Rahmen des Gesundheitsfonds geeinigt. Der allgemeine Beitragssatz in der GKV soll von 15,5 auf 14,6 Prozent gesenkt werden. Der Arbeitgeberanteil wird bei 7,3 Prozent festgeschrieben. Künftig werden Kassen individuell Zusatzbeiträge prozentual vom beitragspflichtigen Einkommen erheben können. In den Zusatzbeitrag fließt auch der bisher allein von Beschäftigten getragene Anteil von 0,9 Beitragssatzpunkten ein. Im Grunde genommen startet das System mit einem Basis-Zusatzbeitrag in Höhe dieser 0,9 Prozent und die einzelnen Krankenkassen entscheiden, ob sie ihn vollständig, teilweise oder gar nicht erheben (müssen). Eine Option wäre gewesen, den allgemeinen Beitragssatz vom Niveau 15,5 Prozent abzusenken, bei pauschalen Zusatzbeiträgen zu bleiben, die dann aber nicht wie bisher eine Ausnahme, sondern die Normalität im Krankenkassenwettbewerb wären. Die Kritik an einem zu scharfen Preissignal in einem verzerrten Wettbewerbsumfeld wäre aber bei dieser Option geblieben bzw. sogar verschärft worden.



Prof. Dr. Volker Ulrich

Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre und Finanzwissenschaft an der Universität Bayreuth und von 2010 bis 2011 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie

Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten RSA beim Bundesversicherungsamt

1988 Promotion (Dr. rer. pol.), Universität Mannheim

1995 Habilitation Universität Mannheim

1996 Lehrstuhlvertretung an der Fakultät für Wirtschafts und Organisationswissenschaften der Universität der Bundeswehr München

1997–2002 Lehrstuhlinhaber an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität-Greifswald, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insb. Finanzwissenschaft

2001 Forschungsaufenthalte an der University of Arizona in Tucson (Center on Aging) und der University of California, Berkeley (School of Public Health)

2002 Lehrstuhlinhaber an der Universität Bayreuth, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaft

2010 Präsidium »Ökonomie und Verwaltung« Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)

2010–2011 Vorsitzender Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö)

2012 Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamts

### GKV-System Finanzreserven 2013

= 1. Mrd.

#### Gesundheitsfonds



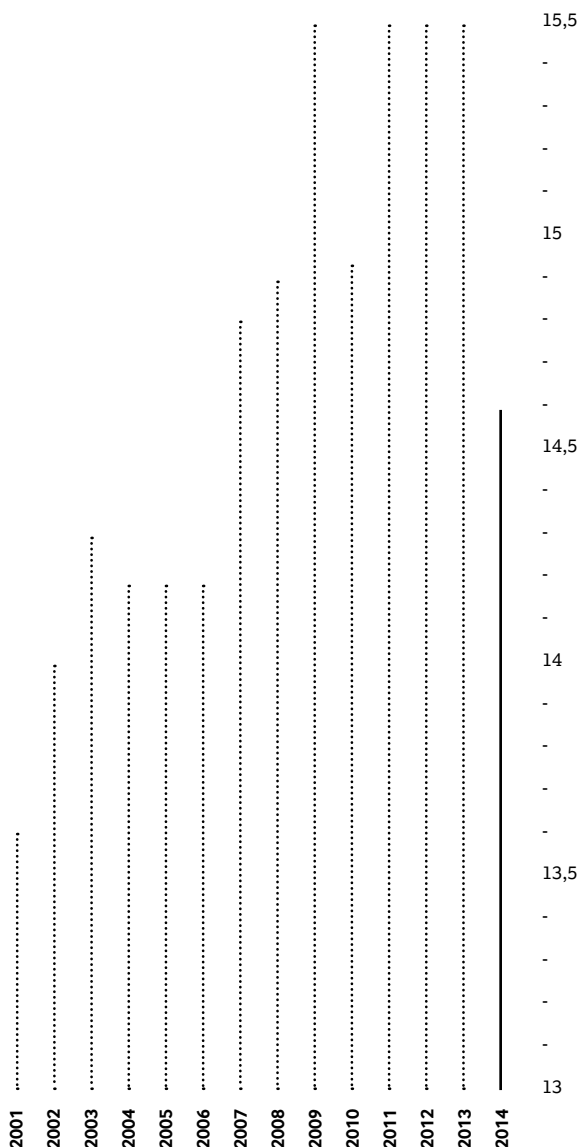
#### Konten der Krankenkassen



Eine zweite Option wäre gewesen, den Arbeitnehmeranteil am Gesamtbeitrag kassenspezifisch pauschal festzusetzen. Damit hätte sich das Finanzierungsmodell in Richtung holländisches System entwickelt. Die grundsätzliche Kritik an einem pauschalen Zusatzbeitrag wäre aber auch hierbei nicht verstummt.

Für das Jahr 2015 ist unter schwierigeren Rahmenbedingungen zu erwarten, dass die Krankenkassen spezifische prozentuale Zusatzbeiträge erheben werden, wodurch sich massive Belastungsunterschiede ergeben. Hinzu kommt, dass auch die prozentuale Beitragsfinanzierung ausschließlich lohnzentriert bleibt und damit die intergenerative Umverteilung nicht begrenzt. Die Verlierer dieser neuen Finanzarchitektur sind die gegenwärtigen geburtenstarken Jahrgänge der 1960er und 70er Jahre sowie die kommenden Generationen. Aus ökonomischer Perspektive sind die Festlegungen im Koalitionsvertrag daher durchaus ambivalent zu bewerten. Einkommensunabhängige Beiträge mit steuerfinanziertem Einkommensausgleich sind einkommensabhängigen Beiträgen in einem wettbewerbsneutralen Umfeld überlegen. Der Grund ist, dass Bezieher hoher Einkommen im Steuersystem sehr viel mehr für die Finanzierung der Krankenversicherung einkommensschwacher Bevölkerungsschichten zahlen, auch diejenigen, die gar nicht in der GKV versichert sind (Beamte, Selbständige). Insgesamt gesehen stehen deshalb bei der Finanzierung der GKV nachhaltig ausgerichtete Reformschritte nach wie vor stärker auf der gesundheitspolitischen Agenda.

Entwicklung des GKV-Beitragsatzes



**Weiterentwicklung Morbi-RSA**

Seit der Einführung des Gesundheitsfonds im Januar 2009 orientiert sich das System des Solidarausgleichs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen an der Morbidität der Versicherten. Der Morbi-RSA soll adverse Selektion der Krankenkassen verhindern bzw. begrenzen, insbesondere das finanziell lohnende Werben um junge und gesunde Versicherte, indem er gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Krankenkassen schafft. Verbleibende Beitragssatzunterschiede geben dann ein Bild von der Leistungsfähigkeit der jeweiligen Krankenkasse unter Berücksichtigung der Unterschiede in der Versichertenstruktur. Dennoch gibt es kritische Stimmen. Unter Wettbewerbsaspekten stellt eine Vervollkommnung des RSA in Richtung eines totalen Ausgleichs der Risikostrukturen den falschen Weg dar, da den Krankenkassen lediglich der Beitragssatz als Preissignal zur Verfügung steht, der Versicherungsumfang aber weitgehend vom Gesetzgeber festgelegt wird. Solange den Krankenkassen keine weiteren Wettbewerbsparameter an die Hand gegeben werden, können sie sich keine Wettbewerbsvorteile in Form von Kosteneinsparungen und Qualitätsverbesserungen erarbeiten. Da trotz aller Anstrengungen zur Schaffung schlanker Organisationsstrukturen der finanzielle Spielraum für Effizienzverbesserungen gering bleibt, dominiert das Streben nach einer Erhöhung der empfangenen

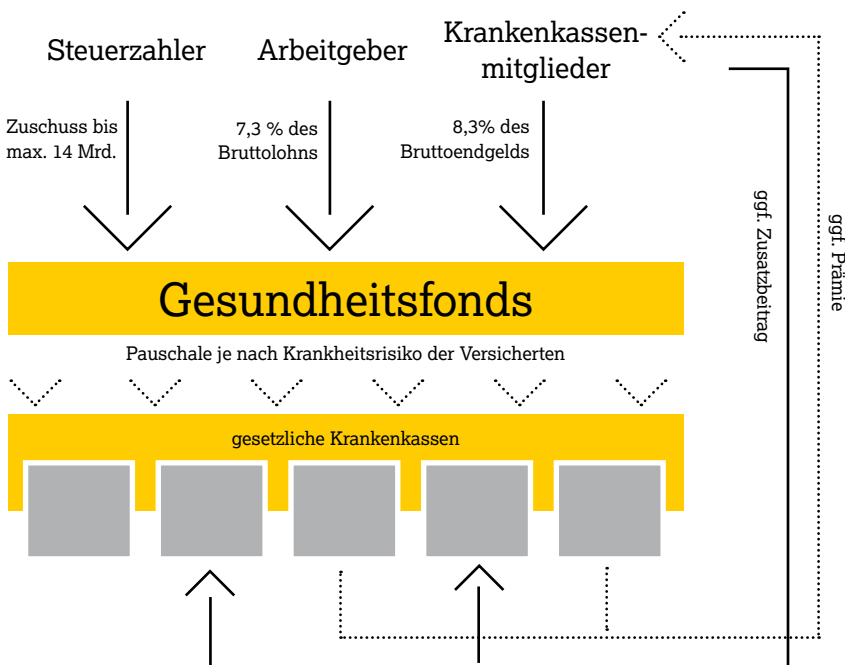
bzw. einer Senkung der geleisteten Transfers in Form von Zahlungen in oder aus dem RSA. Bei diesen sogenannten Rent-Seeking-Effekten handelt es sich um volkswirtschaftlich unproduktive und ineffiziente Aktivitäten der Krankenkassen.

**1** Ob eine zwingende Notwendigkeit zu Anpassungen des Berechnungsverfahrens besteht, insbesondere im Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden, wird innerhalb der Kassenlandschaft kontrovers diskutiert\*. Die finanziellen Auswirkungen der Änderung des Berechnungsverfahrens bei den Verstorbenen auf die Finanzen der einzelnen Kassenarten sind erheblich. Dem AOK-System fließen nach Berechnungen des BKK-Dachverbands über 400 Mio. Euro zu, während etwa 150 Mio. Euro aus dem BKK-System abfließen. Allerdings ist die Krankenkassenwelt nicht nur schwarzweiß, es gibt auch einige BKKen, die von ihrer Risikostruktur den großen »Versorgerkassen« ähneln und von der Änderung des Berechnungsverfahrens somit auch profitieren. Im VdEK-Lager würde beispielsweise auch die DAK Gesundheit von der geänderten Verstorbenen-Regelung profitieren. Für das restliche Ersatzkassenlager ergäbe sich ein Abfluss in Höhe von etwa 200 Mio. Euro.

\* Für den Jahresausgleich 2009 erreicht das eingesetzte Klassifikationsmodell des Morbi-RSA eine Varianzerklärung von rund 20%. Der alte RSA ohne direkten Morbiditätszug vor 2009 lag bei knapp 6% Varianzerklärung, so dass sich die Zielgenauigkeit durch den Morbi-RSA signifikant erhöht hat.

+  
**400.  
Mio  
Euro**

Zahlungswege im GKV-System





Für die Reform, die nach der Revisionsrücknahme des Bundesversicherungsamts (BVA) nun auch umgesetzt wird, spricht die »Korrektur eines bestehenden Methodenfehlers«. Dagegen könnte man argumentieren, dass selektive Über- oder Unterdeckungen ein inhärenter Bestandteil eines jeden pauschalen Ausgleichssystems sind. Vermeiden ließe sich dies letztlich nur im Rahmen eines Ist-Kostenausgleichs, was unter Anreizaspekten aber der falsche Weg wäre.

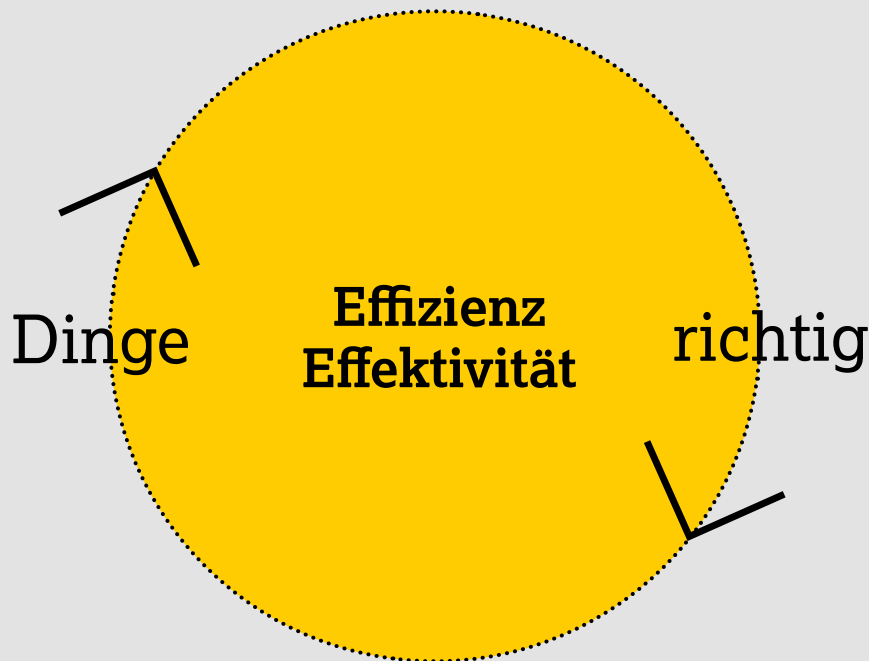
**2** Eine zweite Baustelle innerhalb des Morbi-RSA betrifft die Krankengeldzuweisungen. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds hat sich auch die Situation beim Krankengeld erheblich verändert. Die Ansprüche der Krankenkassenmitglieder auf Krankengeld basieren auf deren tatsächlichen Erwerbseinkommen. Im Morbi-RSA werden aber nur Durchschnittsverdienste ausgeglichen, die über die Summe aller Krankenkassen als standardisierte Zuweisungen errechnet werden. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds decken die Ausgaben insbesondere bei den Krankenkassen nicht, bei denen die zugrunde liegenden beitragspflichtigen Löhne und Gehälter über dem bundesweiten Durchschnitt liegen und dies von einer längeren Bezugsdauer begleitet wird. Der wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt hat in seinem Evaluationsbericht für das Ausgleichsjahr 2009 das Problem dargestellt und intensiv diskutiert, aufgrund der vielen offenen Fragen ein Abweichen vom gegenwärtigen Verfahren aber nicht empfohlen. Ohne Zweifel besteht hier aber Handlungsbedarf, insbesondere bei der Frage, wie das bestehende Klassifikationsmodell zielführend in ein Modell zur geeigneten Vorhersage von Krankengeldbezugszeiten auf Kassenebene überführt werden kann.

**3** Eine dritte, gegenwärtig diskutierte Baustelle des Morbi-RSA bilden die so genannten Auslandsversicherten, da ihre Zahl zwischen den einzelnen Krankenkassen stark schwankt und hier hohe Über- oder Unterdeckungen auftreten. Die Regeln für die Erstattungen erfolgen in bilateralen Abkommen zwischen den Staaten. Insgesamt sind für Auslandsversicherte im Jahresausgleich 2009 Zuweisungen in Höhe von 631,3 Mio. Euro geleistet worden. Die Ausgaben betragen 365,1 Mio. Euro. GKV-weit beträgt die Deckungsquote für Auslandsversicherte daher mindestens 172,9%. Hinter dieser durchschnittlichen Überdeckung verbirgt sich aber eine sehr inhomogene Situation auf der Ebene der einzelnen Krankenkassen. Erforderlich ist sicherlich mehr Transparenz, um zielgenauere Zuweisungen zu ermöglichen. In einem ersten Schritt könnte man die Summe der Zuweisungen für Auslandsversicherte an die Krankenkassen insgesamt auf die Summe der von diesen verursachten Leistungsausgaben begrenzen.

Mit Blick auf die genannten Bereiche geht es neben der Beseitigung von Wettbewerbsverzerrungen auch um viel Geld für die einzelnen Krankenkassen. Es ist zudem nicht auszuschließen, dass im Zuge der Reformmaßnahmen einige Krankenkassen in eine ernsthafte Schieflage geraten könnten. Da die Krankenkassen und ihre Dachverbände sehr unterschiedlich von den Reformmaßnahmen betroffen sind, bietet es sich an, der Änderung des Berechnungsverfahrens zum Umgang mit unvollständigen Versicherungsepisoden im Sinne einer umfassenden Lösung zügig weitere Reformschritte folgen zu lassen, um das System insgesamt nicht unnötigerweise und auch nicht ungerechterweise zu destabilisieren.

150.  
Mio  
Euro

# DIE FIVE TOPICS GKV-MUSTERKASSE®



**Die richtigen Dinge tun – Die Dinge richtig tun.  
Ein Leitsatz, den jeder kennen sollte. Ein Grundsatz, den jeder für sich verinnerlichen sollte.  
Ein Ausdruck mit hohem Wahrheitsgehalt.**

Trotzdem ein Wortspiel, welches zum Nachdenken anregt und oft Fragezeichen in Gesichtern aufflammen lässt.

Die Unterscheidung von Effektivität und Effizienz ist ein Grundsatz für die Einführung oder Optimierung von Prozessmanagement in der Gesundheitsbranche.

### **Effektivität**

Effektiv arbeiten bedeutet, so zu arbeiten, dass ein angestrebtes Ergebnis erreicht wird.  
Effektivität beschreibt den Grad der Zielerreichung (Wirksamkeit, Qualität der Zielerreichung).

Die richtigen Dinge tun  
Ich erreiche mein Ziel, indem ich mich auf das Ergebnis konzentriert habe, den Weg und die Kosten habe ich aber einer geringeren Priorität zugeordnet.

### **Effizienz**

Effizient arbeiten bedeutet, so zu arbeiten, dass erzielt Ergebnis und eingesetzte Mittel in einem optimalen Kosten-Nutzen-Verhältnis stehen und der Nutzen dabei größer ist als die Kosten (ökonomisches Prinzip). Wobei sich die Kosten nicht ausschließlich auf monetäre Mittel beziehen, sondern auf alle negativen Konsequenzen der Aktion.

Effizienz ist ein Maß für die Wirtschaftlichkeit (Kosten-Nutzen-Relation).

Die Dinge richtig tun  
Hierbei lege ich Wert darauf, mein Ziel möglichst mit geringem Aufwand und trotzdem gleichbleibendem Nutzen zu erreichen. Die Priorität wurde nicht auf das Ziel gelegt, sondern auf den Weg dorthin, wie ich dieses Ziel möglichst optimal erreiche.

Dieses ist Ziel von Business Prozess Management (BPM).

Prozessmanagement sollte immer auf die Erhöhung der Effektivität und der Effizienz ausgerichtet sein. Nur so ist eine dauerhafte Steigerung des Unternehmenswertes möglich.



## ZIELE ZUR STEIGERUNG DES UNTERNEHMENS- WERTES IN DER GESUND- HEITSBRANCHE SIND:

Gewinnung von Zeitersparnissen (Ressource Arbeit), »um die richtigen Dinge zu tun«

Senkung von Prozesskosten (Durchlaufzeiten) durch »die Dinge richtig tun«

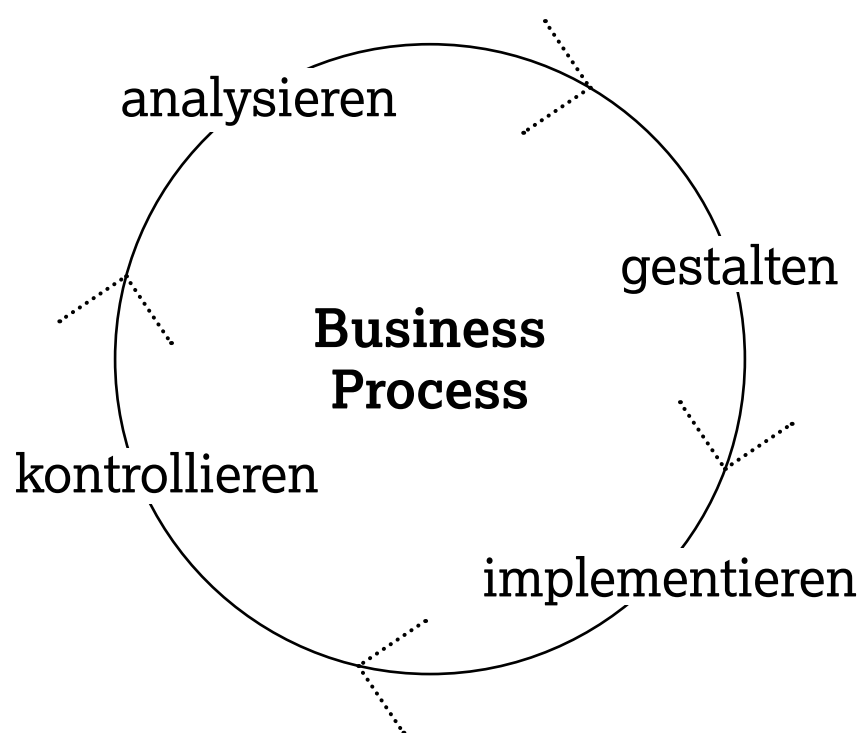
Erhöhung der Qualität und Geschwindigkeit der Kunden- zu- Kunden Prozessmessung (Antwortzeitverhalten)

Schaffung von standardisierten Abläufen, um Mengenprozesse möglichst effizient zu gestalten

Sicherstellung gleichartiger Ausführung gleichgegliederter Geschäftsprozesse in allen Teams

Steigerung der Kundenzufriedenheit durch Schnelligkeit, Verlässlichkeit und Automatisierungen

Senkung der Verwaltungskosten durch die Kombination aus effektiv und effizient gestalteten Prozessmodellen



Um diese Ziele zu erreichen, bedarf es nicht »nur« einer Erstellung von Prozessmodellen, sondern diese Prozessmodelle sind in einen Regelkreislauf der Qualitätssicherung zu überführen.

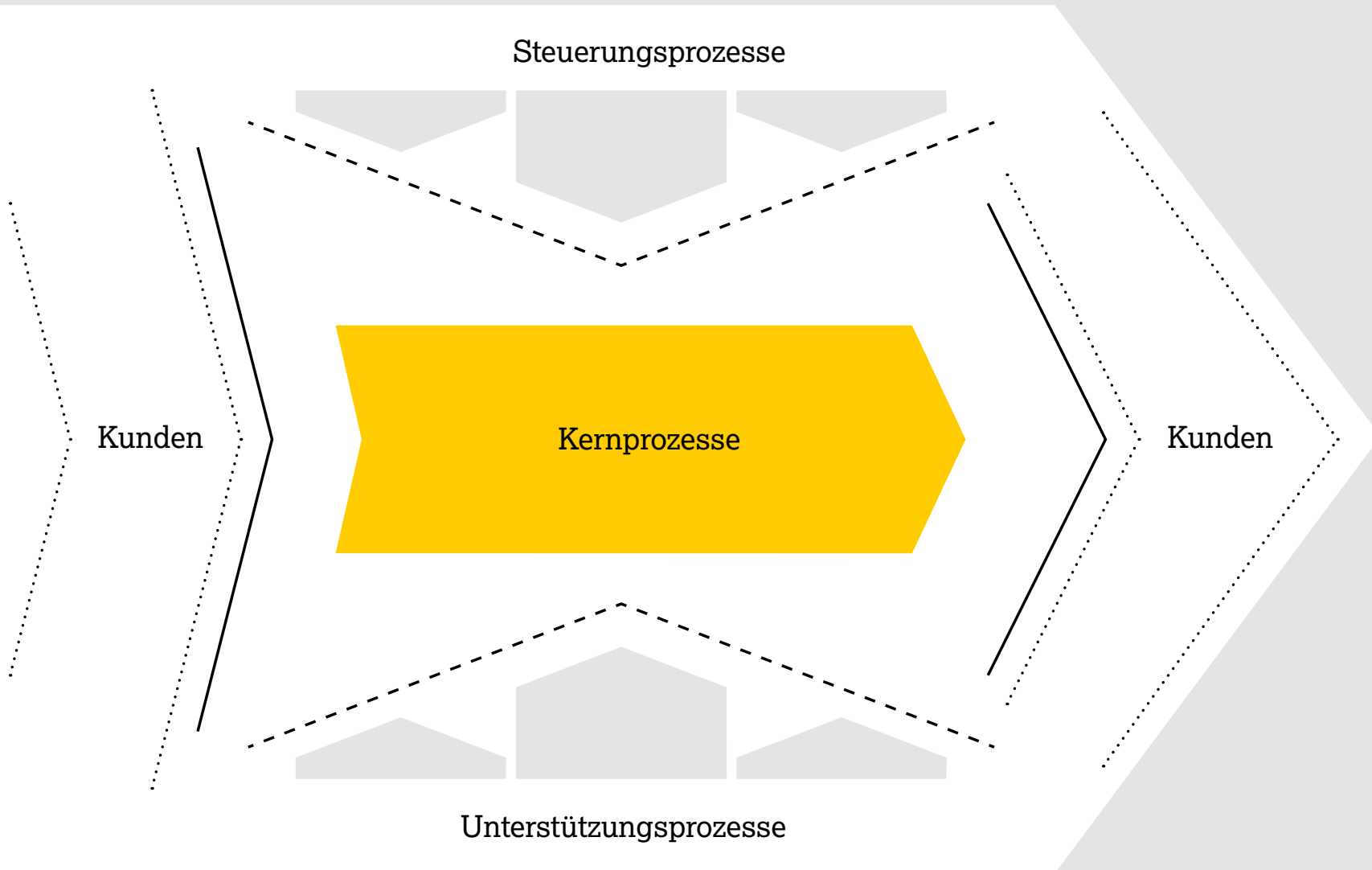
Gleichfalls ist ein integriertes Konzept aus Führung, Organisation und Controlling zu implementieren, um einen dauerhaften Geschäftserfolg zu erzielen.

Bei der Prozessanalyse liegt das Augenmerk auf den Kernprozessen (Kundenprozesse, Primärprozesse). Erst im weiteren Schritt werden die Unterstützungsprozesse (dem Kundenprozess zuarbeitende Prozesse) und die Steuerungsprozesse (interne, kundenunabhängige Prozesse) betrachtet.

Grund hierfür ist, dass die Kundenprozesse auf den (externen) Kunden ausgerichtet sind (externe Fokussierung) und wertschöpfend einen direkten Bezug zu Produkten und Dienstleistungen des Unternehmens herstellen.

### Beispiele:

- Antrag auf Fahrkostenerstattung bearbeiten
- Anforderung eGK-Karte bearbeiten
- Antrag auf Härtefallbefreiung bearbeiten



Steuerungs-, Kern- und  
Unterstützungs-Prozesse:

**Kernelemente des Analysevorgehens sind:**

- Ursachen für die Analyse identifizieren
- Voraussetzungen für die Analyse schaffen
- Zu betrachtende Prozesse auswählen
- Passende Methoden und Werkzeuge auswählen
- Analysen durchführen
- Ergebnisse dokumentieren
- Ergebnisse besprechen und Maßnahmen festlegen

Prozesse  
auswählen

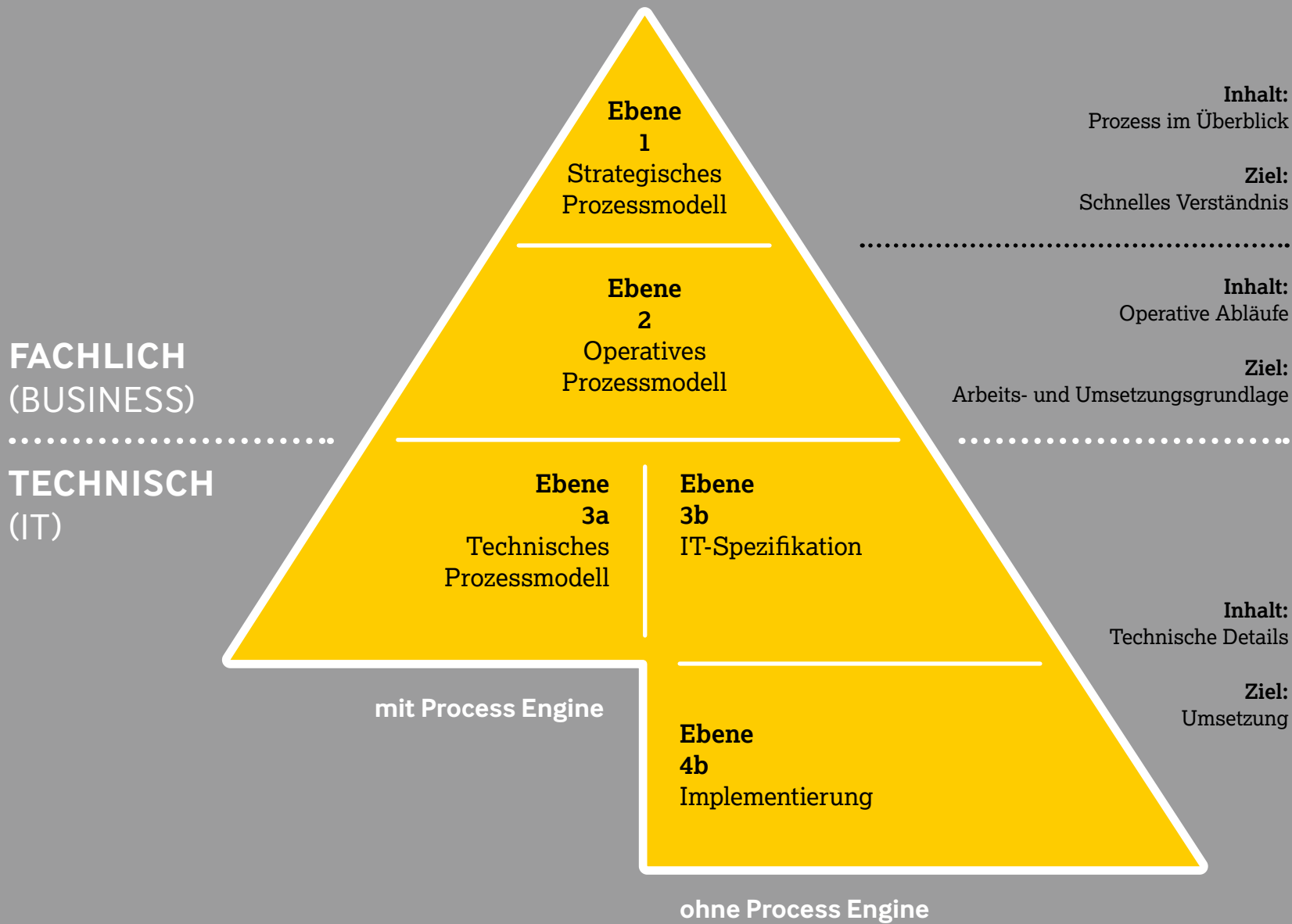
Organisatorische  
Voraussetzungen  
schaffen

Prozessmodelle  
anpassen

Mess-System /  
Tools aufsetzen

Messungen  
Simulationen  
durchführen

Ergebnisse  
auswerten



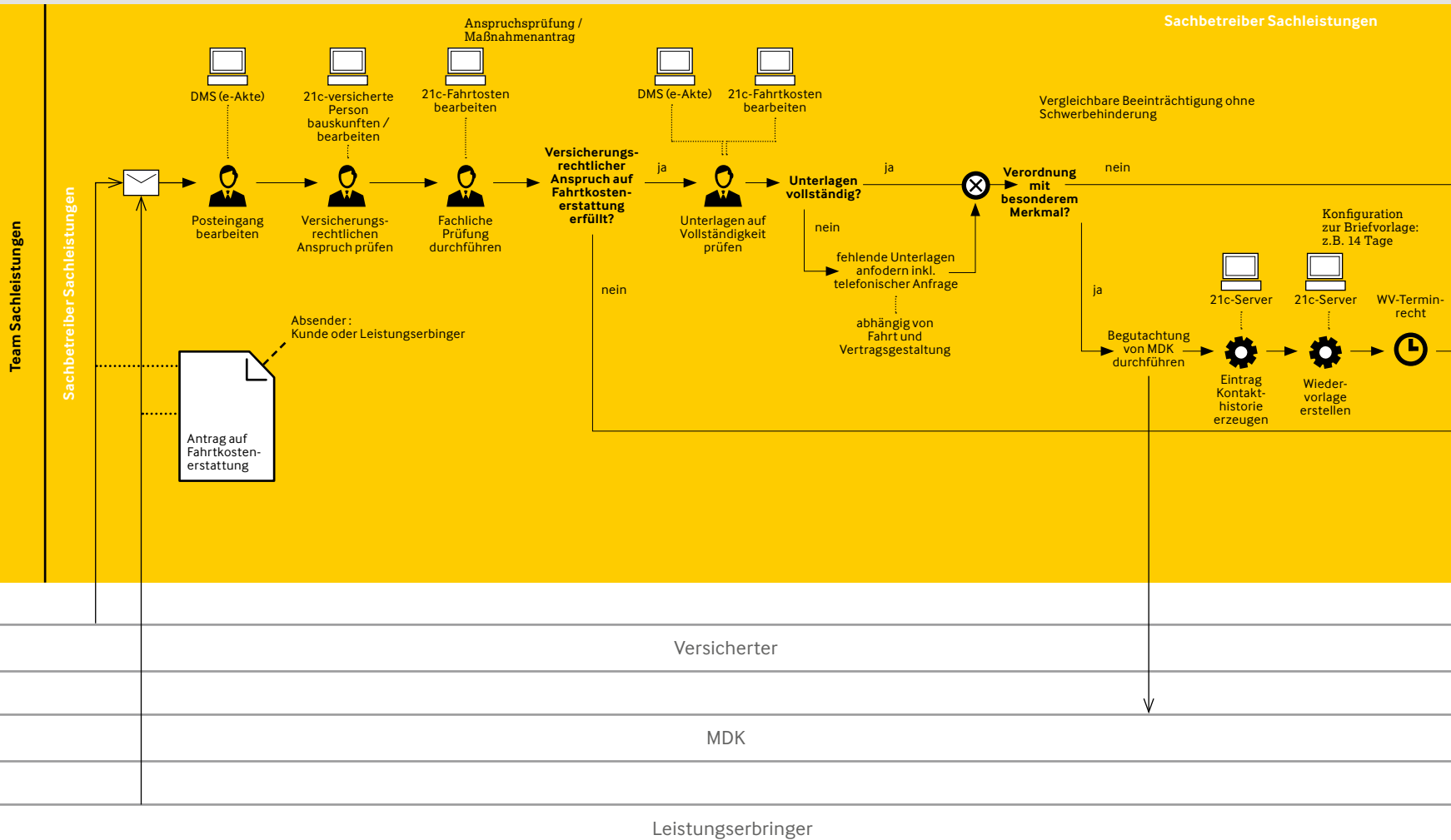
Quelle: Camunda

Bei der Prozessanalyse und der Prozessoptimierung ist die Unterstützung durch die GKV-Musterkasse® der Five Topics AG ein mächtiges unterstützendes Werkzeug.

In der GKV-Musterkasse® sind an die 450 Prozesse mit bis zu 1.200 Prozessschritten nach BPMN 2.0 Standard modelliert. Diese Prozesse zeigen eindeutig die Zuordnung zu den einzelnen Anwendungssystemen sowie die Schnittstellen zu beteiligten externen und internen Einheiten auf.

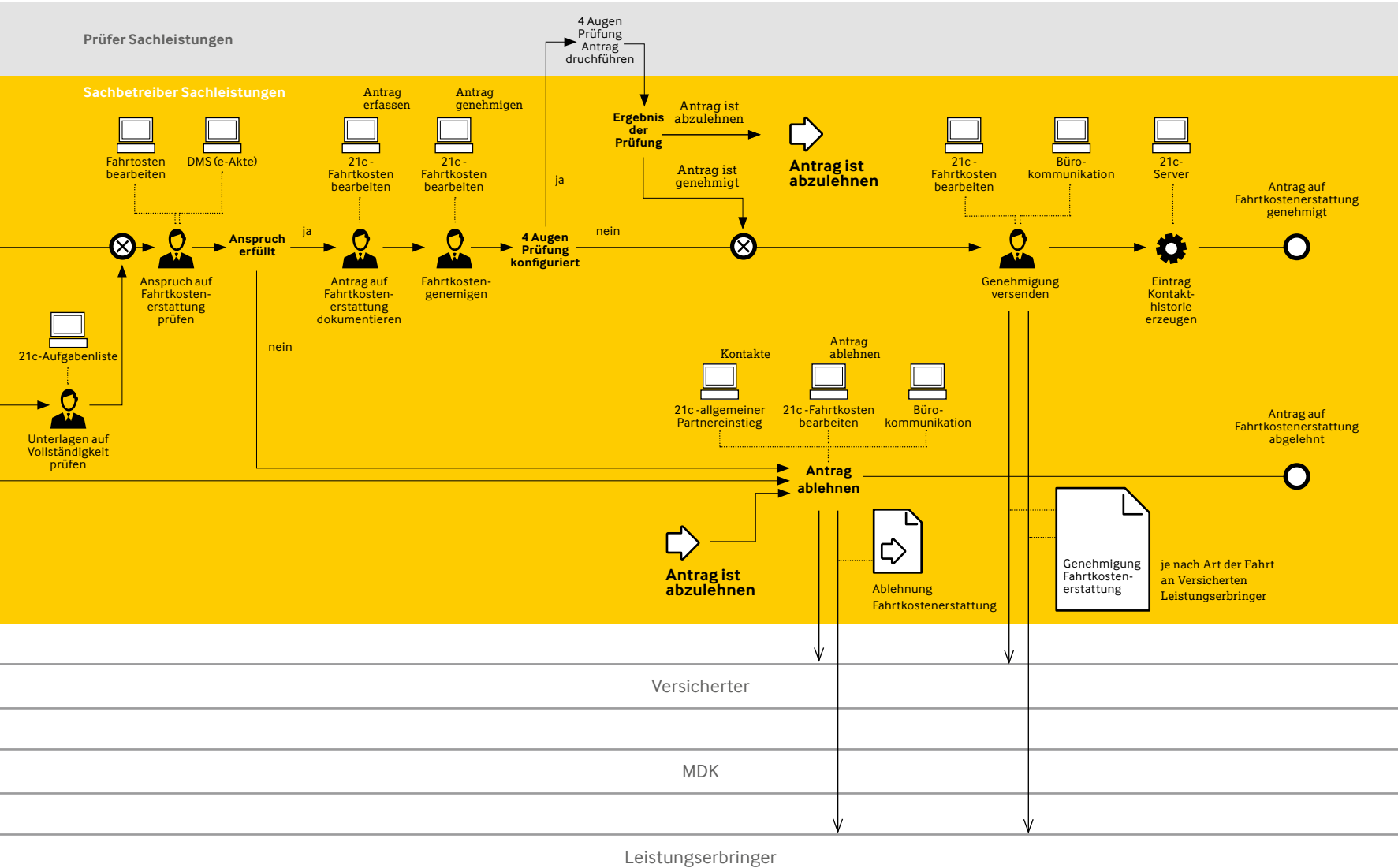
Ganz besonders hervorzuheben ist die Vervollständigung der Prozessmodelle um Prozessdurchlaufzeiten. Diese Prozessdurchlaufzeiten stammen aus Messungen und Erfahrungen in über 30 iskv\_21c Umstiegsprojekten und werden regelmäßig verifiziert.

Die GKV-Musterkasse® kann einerseits Ihre Modellierungszeit von Prozessen verkürzen, da bereits eine Grundlage geschaffen ist und nur noch eine geringe individuelle Anpassung erfolgen muss (Effizienz), andererseits unterstützt sie Sie bei der Optimierung und Qualitätssicherung ihrer Prozesse und Durchlaufzeiten und dient zugleich als Benchmark (Effektivität).



**Ressourcenberechnung  
GKV-Musterkasse@**

Name: Antrag auf Fahrkostenerstattung bearbeiten								
Häufigkeit (pro Jahr): 5000								
		Team Sachleistungen – Sachbearbeiter Sachleistungen				Gesamt		
Task	Einsatzfaktor	Mittlere Bearbeitungszeit [min]	Auslastung [h]	Auslastung [h, inkl. Verteilzeiten]	Soll VBE [inkl. Verteilzeiten]	Auslastung [h]	Auslastung [h, inkl. Verteilzeiten]	Soll VBE [inkl. Verteilzeiten]
Posteingang/ Postkorb bearbeiten	1,00	0,50	41,58	48,24	0,03	41,58	48,24	0,03
Versicherungsrechtlichen Anspruch prüfen	1,00	0,33	27,45	31,84	0,02	27,45	31,84	0,02
Fachliche Prüfung durchführen	1,00	2,00	166,33	192,95	0,12	166,33	192,95	0,12
Unterlagen auf Vollständigkeit prüfen	0,70	0,33	19,21	22,29	0,01	19,21	22,29	0,01
fehlende Unterlagen anfordern inkl. telefonischer Anfrage	0,07	3,00	17,47	20,26	0,01	17,47	20,26	0,01
Begutachtung vom MDK durchführen	0,21	3,00	52,40	60,78	0,04	52,40	60,78	0,04
Eintrag Kontakt-historie erzeugen	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Wiedervorlage erstellen	0,21	0,50	8,73	10,13	0,01	8,73	10,13	0,01
Aufgabe bearbeiten	0,21	0,50	8,73	10,13	0,01	8,73	10,13	0,01
Anspruch auf Fahrkostenerstattung prüfen	0,70	2,00	116,43	135,06	0,08	116,43	135,06	0,08
Antrag auf Fahrkostenerstattung dokumentieren	0,56	0,25	11,64	13,51	0,01	11,64	13,51	0,01
Fahrtkosten genehmigen	0,56	0,25	11,64	13,51	0,01	11,64	13,51	0,01
Genehmigung versenden	0,56	1,00	46,57	54,03	0,03	46,57	54,03	0,03
Eintrag Kontakt-historie erzeugen	0,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Antrag ablehnen	0,44	2,00	73,52	85,28	0,05	73,52	85,28	0,05
<b>Summen</b>		<b>7,22</b>	<b>601,71</b>	<b>697,99</b>	<b>0,43</b>	<b>601,71</b>	<b>697,99</b>	<b>0,43</b>



**Beispiel Musterprozess  
GKV-Musterkasse®**



In der Betrachtung und Analyse des einzelnen Prozesses wird schnell die Erkenntnis reifen, dass es unterschiedlichste Workflowautomatisierungen zur effizienten Prozessbearbeitung gibt. Hier ist ein ganz besonderes Augenmerk auf das Output- und Input-Management des DMS-Systems und die Verknüpfung zur Multikanalstrategie zu legen.

Die Unternehmensgruppe Pentadoc AG verbindet ein exzellentes technisches Know-how im Bereich der Datenmanagementsysteme (Output-/Inputmanagement) der Pentadoc Consulting AG mit dem Wissen über die Abläufe, Prozesse und Probleme in den Krankenkassen und auf dem Gesundheitsmarkt durch die Five Topics AG®. Diese Wissensbündelung und Wissenskombination ist ein herausragendes und am Markt einmaliges Alleinstellungsmerkmal.

Gerne bieten wir Ihnen unsere Kombileistungen nutzbringend an.

Vergleichen Sie hierzu auch unseren auf S. 14 folgenden Artikel zum Output-Management 2014 der Pentadoc Consulting AG.

Als weiteres Werkzeug, um in der Prozessoptimierung erfolgreich zu sein, laden wir Sie herzlich, ein an

unserem »Five Topics prozessbasierten Personalbenchmark« teilzunehmen.

Hier vergleichen wir ausgewählte Prozesse und Prozesslaufzeiten eines Teilnehmerkreises von bis zu 20 Krankenkassen aus allen Lagern der GKV. Der Teilnehmerkreis dieses prozessbasierten Personalbenchmark umfasst neben den klassischen iskv/ iskv\_21c Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen auch Ersatzkassen und sogar oscare®-basiert arbeitende Kassen wie die AOKn. Der Benchmark startete mit seiner ersten Erhebung im Januar und bietet Ihnen in Kürze erste Erfahrungswerte. Sie können jederzeit in das laufende Projekt einsteigen und sind auch nicht an langläufige Bindungsfristen gebunden. Denn wir legen Wert darauf, dass sie einen spürbaren Nutzen aus diesem Benchmark ableiten und sich hierdurch gerne längerfristig mit den beteiligten Kassen vergleichen und Verbesserungspotentiale ableiten können. Weitere Details hierzu vgl. auch unsere einschlägigen Artikel in den Ausgaben 07 und 08 der Five Topics News.

**Ansprechpartner für Ihre Rückfragen:  
Senior-Berater Torsten Albrecht  
torsten.albrecht@fivetopics.de  
+49 -(0) 172 829 66 64**

# DAK-GESUNDHEIT OPTIMIERT DEN KUNDENDIALOG AUS ISKV\_21C MIT EINER STANDARD-TEXT-LÖSUNG

**Das Projekt »Outputfabrik 2014« bündelt die Aktivitäten der DAK-Gesundheit für eine auf die Zukunft gerichtete und robuste Output-Plattform. Der Kundendialog wird dadurch nachhaltig optimiert.**

Die Briefkommunikation ist die Visitenkarte des Unternehmens. »Es ist daher von großer Bedeutung, den Kundendialog einheitlich und mit einer kundenfreundlichen Ansprache zu versehen, sowie diesen durch eine intelligente Multikanal-Output-Strategie zu untermauern«, sagt Claus Moldenhauer, Vorstand der DAK-Gesundheit.

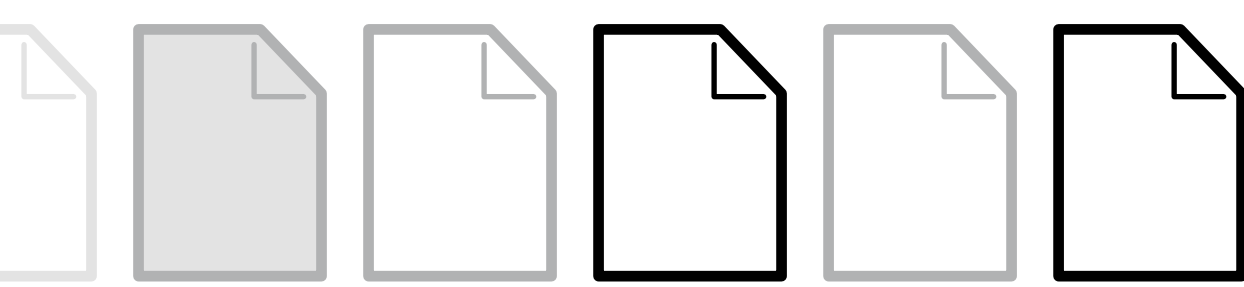
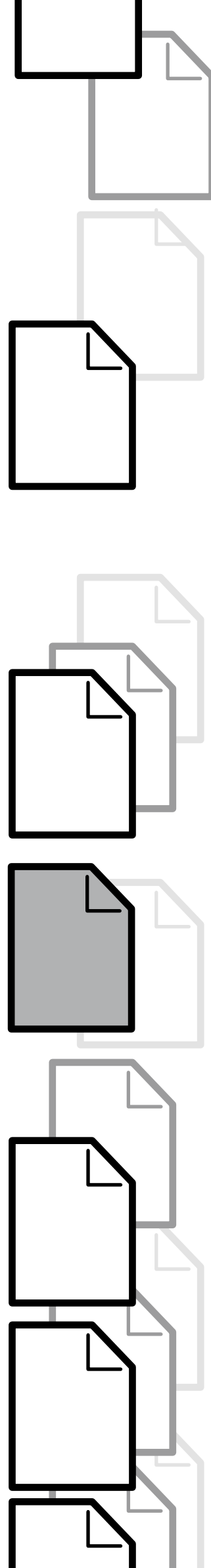
Mit der Fusion der DAK und der BKK Gesundheit zur DAK-Gesundheit zum 01. Januar 2012 wird die Briefkommunikation aktuell durch mehrere Textsysteme (u. a. winBK) mit verschiedenen Kernanwendungen erstellt. Im Hinblick auf die zukünftige Kernanwendung iskv\_21c und der Integration eines effizienten »Dokumenten-Workflows« für über 60 Mio. Seiten wurden alle Output-Maßnahmen im Projekt »Outputfabrik 2014 (OF-2014)« gebündelt. Der Dokumenten-Workflow stellt im Übrigen den Weg eines Dokuments von der Erstellung im Fachsystem bis zur Produktion im internen Druckcenter dar.

»OF-2014 ist mit dem Ziel gestartet, eine integrierte Unterstützung der Krankenkassen-Kernprozesse mit iskv\_21c zu gewährleisten, sowie die DAK-Gesundheit für die neuen Output-Management-Herausforderungen robust und zukunftssicher aufzustellen«, sagt Jörg Kuchta, Projektleiter OF-2014. Weiterhin führt er aus: »Daneben ist die technische und organisatorische Neugestaltung der Outputprozesse (Batch-, Online- und Individualbriefkommunikation) ein weiterer Schwerpunkt«. Untermauert wird dieses Vorhaben durch die Einführung von einer Standard-Softwarelösung.

Die Fokussierung innerhalb des Projektes auf eine »marktreife« Standardlösung liegt im Trend, so Stefan Hachenberg, Senior Berater und Leiter des Competence-Centers Output-Management der Pentadoc Consulting AG. Verschiedene Branchen (u. a. gesetzliche Krankenkassen, Versicherungen etc.) mit einem ausgeprägten Kundendialog gehen den gleichen Weg. 2014 initiiert die Pentadoc einen branchenbezogenen Prozess-Benchmark zum Thema Output-Management. Hier wird das Thema »Optimierung der Verwaltungskosten« im Zusammenspiel mit Output-Management unter die Lupe genommen und mögliche Einsparpotentiale werden aufgezeigt, führt Stefan Hachenberg weiter aus.

Die Pentadoc unterstützt die DAK-Gesundheit im Projekt OF-2014, insbesondere bei der Erstellung des Zielbildes, der EU-weiten Ausschreibung und in der Umsetzung.

Im Rahmen einer EU-weiten Ausschreibung, welche in einem Verhandlungsverfahren mit vorgeschaltetem Teilnahmewettbewerb und einem verifizierendem Proof of Concept in einem Zeitraum von ca. 9 Monaten durchgeführt wurde, kristallisierte sich der Softwarehersteller kühn&weyh mit der Produktserie M/ als Sieger heraus. Es ist eines der wenigen Systeme am Markt, das sowohl den Bereich Formular-Management/Dokumenterstellung (M/TEXT CS) sowie das gesamte Output Management (M/OMS) abdeckt und somit eine optimale Voraussetzung für die Erreichung der angestrebten Ziele von OF-2014 darstellt.





Die erste Projektstufe mit der Schnittstellenanbindung an die Kernanwendung iskv\_21c ist aktuell in der Umsetzung und wird im Quartal III/2014 mindestens 1.500 Sachbearbeiter und Kundenberater der DAK-Gesundheit im Onlinebetrieb an die neue Lösung anbinden. Gerade bei der Integration in die iskv\_21c-Umgebung war die Projekterfahrung der Pentadoc-Gruppe, insbesondere der Five-Topics, durch die Vielzahl der 21c-Umstellungsprojekte vorteilhaft. Hier konnte die fachliche Beratungskompetenz von GKV-Prozessen in das Projekt eingebracht werden. In der zweiten Ausbaustufe produzieren dann ca. 12.000 Nutzer über 60 Millionen Seiten pro Jahr, davon einen Großteil in den ca. 750 Servicezentren, die ebenfalls an die zentrale Lösung angebunden werden. Nach Abschluss der Online-Anbindung erfolgt sukzessive auch die Anbindung der Batch-Dokumente. Die gesamte »Outputfabrik« ist über offene Schnittstellen in die bestehende IT-Infrastruktur sowie die Um-Systeme wie DMSplus (zentrales Archiv), Océ Cosmos von Canon (Workflow-System) etc. der DAK-Gesundheit integriert.

Damit wird die Outputfabrik zur zentralen Drehscheibe für die zukünftige Briefkommunikation der DAK-Gesundheit.

Die DAK-Gesundheit ist mit rund 6,4 Millionen Versicherten die drittgrößte gesetzliche Krankenkasse in Deutschland.

#### Über die Pentadoc Consulting AG

Die Pentadoc Consulting AG ist eine markträgende Unternehmensberatung im Dokumentenmanagement- und Enterprise Content Management-Markt. Sie wurde 1998 von fünf Unternehmern gegründet. In Deutschland, Österreich und der Schweiz sind heute über 50 Mitarbeiter beschäftigt. Je nach Bedarf finden sich die Berater der Gesellschaft virtuell oder am Standort des Kunden zu einem individuellen Team zusammen. Zu den Beratungskunden zählen u.a. Deutsche Post World Net, Allianz, Credit Suisse, T-Mobile, Münchner Hypothekenbank, DaimlerChrysler Financial Services, Oesterreichische Nationalbank, Die Bahn, Postbank, DAK-Gesundheit und mehrere BKK's.

**Sie haben noch Fragen oder möchten weitere Informationen zu diesem Artikel oder dem Beratungsspektrum der Pentadoc Consulting?**

**Bitte wenden Sie sich telefonisch oder per E-Mail an unseren Senior-Berater Stefan Hachenberg.**

**+49 (0)172 - 829 45 62**

**E-Mail: [stefan.hachenberg@pentadoc.com](mailto:stefan.hachenberg@pentadoc.com)**

# IN EIGENER SACHE

## Wachwechsel im Vorstand und Aufsichtsrat der Five Topics AG (GKV-Label der Pentadoc-Gruppe)

Bereits im Jahre 2005 begann die Pentadoc AG (Muttersgesellschaft der Five Topics AG), sich in ihren Aktivitäten stärker auf den Health-Bereich zu fokussieren, welcher seither stetig gewachsen ist.

Im Juli 2010 erfolgte dann konsequenterweise die Gründung eines eigenen Unternehmensbereichs für den Gesundheitsmarkt – ein »Start-Up« mit seinerzeit zunächst zwei erfahrenen Führungskräften aus dem GKV-System.

Der Vorstand der Pentadoc AG hat zeitgleich Ralf Minning, Krankenkassen-Betriebswirt und Ökonom, zum Bereichsvorstand berufen.

Am 30. Juni 2011 fasste die Hauptversammlung der Aktionäre der Pentadoc AG dann den Beschluss, den zwischenzeitlich bereits sehr erfolgreichen Unternehmensbereich als künftiges GKV-Label der Pentadoc-Gruppe »Five Topics« in eine eigene Aktiengesellschaft auszugliedern.

Das Vorstands-Gremium der Five Topics AG bildeten seit diesem Zeitpunkt in gemeinsamer Verantwortung Joachim Adam (zugleich Sprecher des Gesamtvorstandes der Pentadoc-Gruppe) und Ralf Minning.

Zum Jahreswechsel 2013/2014 hat sich Joachim Adam nun aus der Vorstands-Verantwortung der Five Topics zurückgezogen, um mit Wirkung vom 01.01.2014 in deren Aufsichtsrat zu wechseln.

Zum gleichen Zeitpunkt hat Ralf Minning als Allein-Vorstand die Gesamt-Verantwortung für die Five Topics AG übernommen und wurde zugleich in den Aufsichtsrat des »Schwester-Unternehmens« – der Pentadoc Consulting AG (ECM-Sparte der Gruppe) – berufen.

## Blog

Die Artikel zu diesem Newsletter und alle Themen, die den Gesundheitsmarkt sonst noch bewegen, lesen Sie auch in unserem Blog. Klicken Sie rein und diskutieren Sie mit. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag!  
**blog.fivetopics.de**

## Schlusswort

Wir wünschen Ihnen einen guten Start in das nächste Quartal dieses Jahres, in dem sicherlich auch auf Ihrer Agenda wichtige Weichenstellungen stehen.

Bis zur nächsten Ausgabe der Five Topics News!  
Ihr Five Topics Team.

## Feedback

Wie ist Ihre Meinung zu den aktuellen Themen? Welche Themen würden Sie gerne behandelt sehen? Nehmen Sie mit uns Kontakt auf:  
**info@fivetopics.de**

## Veranstaltungen 2014

Bitte merken Sie sich bereits jetzt für das zweite Quartal 2014 folgenden interessanten Veranstaltungs-Termin vor:

**Donnerstag, 26.06.2014**  
**Topic Table in Berlin**

Leit-Thematik:  
»Aktuelle und prospektive Finanz-Entwicklung der GKV« – Auswirkungen der vorgesehenen Neuregelung der GKV-Finanzierung im Zuge des GKV-FQWG

Key-Note:  
Prof. Dr. Volker Ulrich,  
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre und Finanzwissenschaft Universität Bayreuth

Details zu den weiteren Rahmenbedingungen entnehmen Sie bitte in Kürze der Veranstaltungs-Rubrik unserer Website sowie den Ihnen ebenfalls sehr zeitnah zugehenden persönlichen Einladungen.

## Impressum

Five Topics AG  
Fraunhofer Straße 22  
82152 Martinsried

Tel. +49 (0)89 95 89 3-77 00  
Fax. +49 (0)89 95 89 3-77 28

www.fivetopics.de

Vorstand:  
Ralf Minning

Aufsichtsratsvorsitzender:  
Joachim Adam

Registergericht München  
HRB 202570

## Konzept

Skalecki Marketing & Kommunikation GmbH  
Westerbachstraße 28  
60489 Frankfurt am Main

www.skalecki-kommunikation.de

## Gestaltung und Satz

Martin Berkemeier  
Dipl. Designer (FH)  
Fritz-Kohl-Str. 3B  
55122 Mainz

www.martinberkemeier.com  
www.moixa.de