

## Deutsche Vereinigung und Gesundheitsreformen (1989–2007)

### 10. November 1989.

Am Tag nach der Maueröffnung tanzten Tausende von Berlinern auf der überflüssig gewordenen Mauer und fordern ihren Abriss.



Der Einstieg in die Strukturreform des Gesundheitswesens, wie er Ende 1988 mit dem Gesundheitsreformgesetz gefunden und als erster Schritt in Richtung einer grundsätzlichen Umgestaltung des Gesundheitssystems verstanden worden war, kam schon im folgenden Jahr gleichsam unter die Räder der Geschichte. Denn mit der Öffnung der Berliner Mauer im November 1989 und dem Zusammenbruch der DDR bot sich die Chance der deutschen Wiedervereinigung, die von allen Beteiligten genutzt wurde. Die Eingliederung Ostdeutschlands in die Bundesrepublik, die nicht einmal ein Jahr später, am 3. Oktober 1990, in der Form eines Beitritts der ostdeutschen »Neuen Bundesländer« zur alten Bundesrepublik erfolgte, konnte nur deshalb so schnell gelingen, weil die bestehenden westdeutschen Strukturen ohne größere Änderungen auf das »Beitrittsgebiet« übertragen wurden. Am Beispiel der Innungskrankenkassen lässt sich dieser historisch einzigartige Vorgang gut nachvollziehen.

Der Aufbau Ost war und ist, bei allen bis heute anhaltenden Schwierigkeiten, ein großer Erfolg gesamtgesellschaftlicher Solidarität. Aber er war auch mit großen Problemen und hohen Kosten verbunden. Im Gesundheitswesen stand deshalb bald wieder die Frage der aufgeschobenen Strukturreform auf der Tagesordnung.

### Die deutsche Vereinigung: Eine historische Herausforderung für Handwerk und Innungskrankenkassen

Am 9. November 1989 glaubte der Deutsche Bundestag, einen »historischen Tag« zu feiern: Eine fraktionsübergreifende Mehrheit aus CDU/CSU, SPD und FDP verabschiedete das als Jahrhundertreform eingeschätzte Rentenreformgesetz. Am Abend desselben Tages war diese sozialpolitische Sensation aber nur noch eine Kurzmeldung wert: Die Öffnung der Grenzen der DDR und der Fall der Berliner Mauer stellte alles in den Schatten. Zunächst unbemerkt von der begeisterten Öffentlichkeit geriet die deutsche Sozialpolitik vom ersten Tag an in den Sog der deutsch-deutschen Wiederannäherung.<sup>1</sup>

### Das bundesdeutsche Gesundheitswesen und das IKK-System am Vorabend der Vereinigung

Das bundesdeutsche Gesundheitssystem schien allerdings besser gerüstet denn je, um sich diesen Herausforderungen zu stellen, denn bereits 1989 stellten sich erste Erfolge des Gesundheitsreformgesetzes ein. Sie setzten sich 1990 noch fort. Der allgemeine Beitragssatz in der GKV, der 1988 die 13-Prozent-Marke erreicht hatte, war um mehr als einen halben Prozentpunkt gesunken. Im Bereich mancher IKK-Landesverbände wie in Baden-Württemberg, Bayern und Westfalen-Lippe lag er 1990 sogar deutlich unter zwölf Prozent. Die Leistungsausgaben konnten insgesamt gesenkt werden, so dass die Bilanzen der Krankenversicherungen wieder ausgeglichen waren. Ob es sich bei dieser Entwicklung tatsächlich um dauerhafte Erfolge handelte oder nur um Vorzieheffekte und vorübergehende Folgen der höheren Eigenbeteiligung der Versicherten, war zwar stark umstritten; zweifellos war aber die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung Ende 1990 so stabil wie schon lange nicht mehr.<sup>2</sup>



Der I. IKK-Verbands-  
bändetag fand am  
11./12. Oktober 1989  
in Hannover statt.

Die Reformdiskussion verstummte dennoch nicht, auch wenn der rasch voranschreitende Wiedervereinigungsprozess dieses Thema eher in den Hintergrund drängte. Viele Sozialpolitiker forderten gerade angesichts dieses Prozesses, die längst nicht abgeschlossene Strukturreform im Gesundheitssystem im Blick zu behalten. So wurde unter anderem vorgeschlagen,

mit der deutschen Wiedervereinigung einen grundlegenden Reformprozess zu verbinden und in Abkehr von der gegliederten Sozialversicherung eine modifizierte Einheitsversicherung einzuführen. Solche Positionen konnten sich allerdings nicht durchsetzen. Vielmehr wurde bald deutlich, dass es keine Alternative zu einer schnellen Ausdehnung des westdeutschen Sozialversicherungssystems auf das Gebiet der ehemaligen DDR gab. Unter den Sozialversicherungsträgern herrschte Einigkeit in dieser Frage.<sup>3</sup> Allerdings würde sich im vereinigten Deutschland die Frage nach strukturellen Reformen in der Krankenversicherung drängender als zuvor stellen.

Vor diesem Hintergrund bemühten sich die Innungskrankenkassen darum, ihre erreichte Position auszubauen. Mit einem seit einigen Jahren stabilen Marktanteil von 5,5 Prozent war für die Innungskrankenkassen vorläufig ein Ende der Wachstumsphase erreicht. Nun galt es, angesichts der nahenden deutschen Vereinigung und mit Blick auf künftige Reformen, das IKK-System noch enger abzustimmen und die innere Organisation und Kommunikation zu optimieren. Mit dem Verbändetag wurde 1989 ein neues Instrument geschaffen, das den Meinungs- und Entscheidungsaustausch und die Entscheidungsfindung im IKK-System erleichterte. Auf dem Verbändetag konnten die Vorstände aller IKK-Landesverbände aktuelle Fragen beraten. Neben der großen, repräsentativen Bundestagung war damit ein schlankeres Gremium zur schnellen Klärung wichtiger Weichenstellungen geschaffen worden, das auch die Zusammenarbeit der Landesverbände untereinander stärkte. Das sollte sich gerade angesichts der Herausforderungen der Wiedervereinigung als besonders nützlich und wirkungsvoll erweisen.<sup>4</sup>

#### Deutsch-deutsche Aufbauarbeit in handwerklicher Solidarität

Der IKK-Bundesverband und die Landesverbände der Innungskrankenkassen engagierten sich – wie andere Krankenkassenverbände auch – sehr früh in Ostdeutschland, um dort den Aufbau der gegliederten Krankenversicherung vorzubereiten. Noch vor den DDR-Volkskammerwahlen im März 1990 und den anschließenden Vereinigungsverhandlungen und vor der Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion (1. Juli 1990) legte der Bundesverband mit seiner solidarischen Aufbauhilfe die Basis für eine Krankenversicherung des Handwerks auf dem Gebiet der DDR.<sup>5</sup> Dort war die Funktionsweise der gegliederten Krankenversicherung nach westdeutschem Muster unbekannt. Für die Innungskrankenkassen bestand zudem die Schwierigkeit, dass auch die handwerklichen Strukturen und Institutionen in der DDR weitgehend zerschlagen worden waren und sich jetzt erst wieder handwerkliche Selbstverwaltungsstrukturen ausbilden mussten (siehe Kasten). Nach der Unterzeichnung des Staatsvertrags zwischen DDR und BRD vom 18. Mai 1990, in dem im Grundsatz die schnelle Übernahme der westdeutschen Sozialordnung durch die DDR beschlossen worden war, beschleunigte sich der Umgestaltungsprozess im Osten zusehends. Auch im Handwerk setzte eine Aufbruchstimmung ein. Nicht nur viele Handwerksbetriebe wurden damals neu gegründet, sondern es wurden auch handwerkliche Strukturen nach dem Vorbild der westdeutschen Handwerksordnung eingerichtet. Der Zentralverband des Deutschen Handwerks und das IKK-System arbeiteten dabei eng zusammen, um die ostdeutschen Kollegen mit Rat und Tat

#### Das Gesundheitssystem der DDR

Nach allgemeiner Auffassung gab es in der ehemaligen DDR eine einheitliche staatliche Sozialversicherung. Tatsächlich gehörten aber nur etwa 90 Prozent aller Bürgerinnen und Bürger – nämlich alle Erwerbstätigen, Schüler, Studenten, Lehrlinge sowie freiberufliche Ärzte und deren Angehörige – der Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten an, die vom Freien Deutschen Gewerkschaftsbund verwaltet wurde. Selbstständige und Freiberufler, zumeist aus dem handwerklichen Bereich, aber auch die Mitglieder der sozialistischen Produktionsgenossenschaften, die vor allem das nichtselbstständige Handwerk und die Landwirtschaft umfassten, waren bei der Sozialversicherung der Staatlichen Versicherung der DDR versichert. Damit hatte sich in der DDR ein letzter Rest des gegliederten Systems bewahrt, und es ist kein Zufall, dass sich gerade im handwerklichen Sektor ein versicherungsrechtlicher Sonderstatus erhalten hatte. In der Praxis spielte diese Unterscheidung jedoch keine Rolle, weil die Träger der Sozialversicherung keinen Einfluss auf Beitragsgestaltung und Leistungskatalog hatten. Die Beiträge wurden direkt vom Finanzamt einbehalten und die Altersrenten, die Unfallversicherung sowie die Gesundheitsversorgung waren Teil der staatlichen Planung und wurden in den Ministerien gesteuert. Das Gesundheitssystem war also staatlich gelenkt und insofern handelte es sich tatsächlich um eine staatliche Einheitssozialversicherung.<sup>6</sup>



»Arbeitshygiene-Inspektion« im VEB-Kombinat Elektro-Apparate-Werke Berlin-Treptow

Der Leistungskatalog der Krankenversicherung

der DDR war auf dem Papier dem bundesdeutschen Gesundheitssystem überlegen. Neben einer zuzahlungsfreien ambulanten und stationären Versorgung bot der ostdeutsche Staat seinen Bürgern besonders auf betrieblicher Ebene weitreichende Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsvorsorge und -förderung. Auch die stationäre Pflege in Krankenhäusern und Pflegeheimen war Teil der Grundversorgung. Ärzte und Pflegepersonal waren staatlich angestellt, zumeist in Kliniken, Polikliniken und Ambulatorien. Freiberuflich tätige Ärzte gab es nur sehr wenige.<sup>7</sup>

Dieses Leistungsangebot war angesichts der geringen Beitragssätze (der gesamte Sozialversicherungsbetrag für Kranken-, Renten- und Unfallversicherung betrug 10 Prozent des Gehalts, 12,5 Prozent zahlte der Betrieb) aber nur möglich, weil es völlig unabhängig von seiner Wirtschaftlichkeit funktionierte und der Fehlbetrag jedes Jahr aus dem Staatshaushalt beglichen wurde. 1988 standen den Einnahmen von 2 Milliarden Mark Ausgaben von 3,8 Milliarden Mark gegenüber – das Defizit von knapp 48 Prozent wurde über einen Staatszuschuss gedeckt.<sup>8</sup>

Die schwache Ost-Mark, Devisenknappheit und planwirtschaftlich geschönte Haushaltspolitik führten im Laufe der 1980er Jahre zu erheblichen Mangelerscheinungen: Die Bauten von Krankenhäusern und Polikliniken waren marode, die technische Ausstattung weit hinter internationale Standards zurückgefallen, die Arzneimittelversorgung unzureichend und die organisatorischen Strukturen überbürokratisiert. Vor allem aber fehlte es zunehmend an qualifiziertem medizinischem Personal: Da die medizinische Ausbildung in der DDR auch im Ausland sehr angesehen war, flüchteten viele Mediziner in den Westen.

## IKK-SONDERINFORMATION

**Bald Handwerkliche  
Krankenkasse in der DDR?**

Fragen an Uwe Conrad, Vorstandsvorsitzender des IKK-Bundesverbandes

Bei dem zur Zeit laufenden Einigungsprozess der beiden deutschen Staaten ist die Übernahme des bundesdeutschen Krankenkassen-Systems in der DDR vorgesehen. Welche Rolle sollte Ihrer Meinung nach dabei die Handwerkliche Krankenkasse spielen?

Die Handwerkliche Krankenversicherung ist ein fester Bestandteil des gegliederten Systems der Krankenkassen. Sie ist nicht nur aufgrund der historischen Entwicklung, sondern in erster Linie auch wegen ihrer stets bewiesenen Leistungsfähigkeit von anerkannter Bedeutung für die Gesundheitsversicherung der Bürger der Bundesrepublik Deutschland. Sie bietet eine ortsnahe Betreuung der Versicherten und deren Arbeitgeber und gewährleistet durch die ausschließliche Ausrichtung auf das Handwerk eine berufsbezogene Gesundheitspolitik. Diese unverkennbaren Vorzüge sollten auch den Handwerkern in der jetzigen DDR zugänglich werden.

Welche Hilfe kann der IKK-Bundesverband beim Aufbau einer ähnlichen Organisation in der DDR leisten?

Es gibt eine Arbeitsteilung zwischen dem federführenden Bundesverband, den Landesverbänden und den einzelnen IKK. In den letzten Monaten wurden vielfältige Kontakte geknüpft. Unsere Aufgabe ist es, in der allernächsten Zeit ein flächendeckendes Netz von Beratungsstellen als Vorläufer für später zu errichtende Innungskrankenkassen in der DDR einzurichten.

Bedeutet das neue Kosten für die Versicherten?

Es besteht ein großer, wenn auch regional unterschiedlicher, Investitionsbedarf für das Gesundheitswesen der DDR. Diese Kosten dürfen nach meiner Auffassung nicht der Sozialversicherung aufgebürdet werden, sondern müssen vom Staat – dem vereinten Deutschland – getragen werden. Die Innungskrankenkassen sind jedoch bereit, für den Aufbau der Geschäftsstellen Hilfe zu leisten. Ich erwarte jedoch, daß neben der Krankenversicherung auch die übrigen am Gesundheitswesen beteiligten Organisationen, zum Beispiel die Ärzte und Zahnärzte oder die Pharmaindustrie, ihren Anteil beisteuern. Auch die private Krankenversicherung, die in der DDR bereits kräftig akquiriert wird ihren Beitrag leisten müssen. Bei einer Finanzierung in dieser Form schließe ich eine Beitragserhöhung für die Handwerkliche Krankenversicherung aus.



Welche Voraussetzungen sind nötig, wenn das IKK-System in die DDR übertragen werden soll?

Den verschiedenen Kassenarten müssen durch das Krankenkassenerrichtungsgesetz wenigstens annähernd gleiche Startbedingungen geschaffen werden. Während die Ortskrankenkassen (AOK) und die Ersatzkassen bereits mit der Einführung der Sozialunion tätig werden können, sind die Innungs- und die Betriebskrankenkassen an die Errichtungsbeschlüsse der Betriebe, der Innungen sowie der Mitarbeiter beziehungsweise der Gesellenausschüsse gebunden. Um aber das von den meisten Parteien und Organisationen in beiden Staaten bejahte System der Gliederung möglichst zügig und mit gleichen Startchancen auf die jetzige DDR übertragen zu können, müßten die Vorschriften für das Errichtungsverfahren in einer Übergangszeit vereinfacht werden. Ich meine, daß Regelungen über den Bestandschutz der Ortskrankenkassen für eine Übergangszeit auszusetzen sind.

Es wird meist nur darüber gesprochen, daß bei uns bewährte Konzepte in die DDR übertragen werden sollen. Bietet aber das Gesundheitswesen der DDR nicht auch einige Vorteile, die in unser System übertragen werden könnten?

Eine solche Entscheidung hat nicht die Selbstverwaltung der Krankenversicherung zu treffen. Es ist Aufgabe der Parlamente in beiden deutschen Staaten, die gesetzlichen Vorschriften zu erlassen. Ich bin grundsätzlich der Auffassung, daß das Sozialstaatsgebot für den Gesetzgeber auch bedeutet, die positiven Regelungen beider Systeme zum Wohle der Versicherten miteinander zu vergleichen, abzuwägen und in eine Gesetzgebung zu überführen.

zu unterstützen und die Rückkehr der handwerklichen Selbstverwaltung mit der Rückkehr der handwerklichen Krankenversicherung zu verbinden.<sup>9</sup>

Die erste Zeit war vor allem durch spontane Kontakte geprägt. Ostdeutsche Handwerker suchten Rat bei ihren Kollegen im Westen, westdeutsche Vertreter von Handwerkskammern, Innungen und Innungskrankenkassen besuchten Handwerker im Osten, um die Gründung neuer handwerklicher Einrichtungen zu begleiten. Ebenso spontan entwickelten sich regelrechte Patenschaften von einzelnen Innungskrankenkassen für handwerkliche Initiativen in ostdeutschen Städten oder Kreisen, die sich oftmals auf persönliche Kontakte stützten. So engagierte sich etwa die IKK Heilbronn schon früh für das Handwerk in Frankfurt/Oder, weil die beiden Städte eine langjährige Städtepartnerschaft verband. Das wichtigste Ziel dieser Kontakte war Information und Aufklärung, denn es fehlte in Ostdeutschland vielfach an elementaren Kenntnissen nicht nur über Vorteile und Funktionsweise der handwerklichen Krankenversicherung, sondern auch über die rechtlichen Bestimmungen und administrativen Verfahren zur Einrichtung von Innungen und Innungskrankenkassen.

In der zweiten Jahreshälfte 1990 systematisierten Bundesverband und Landesverbände der IKK ihre Beratung. Einzelne Landesverbände übernahmen »Patenschaften« für ostdeutsche Regionen, wie z.B. der Landesverband Westfalen-Lippe für das spätere Land Brandenburg. 31 größere westdeutsche Innungskrankenkassen entsandten »Errichtungsbeauftragte«, die für die Koordination vor Ort zuständig waren. Im gesamten »Beitrittsgebiet«, wie die DDR inzwischen genannt wurde, entstanden IKK-Beratungsbüros, die von erfahrenen Mitarbeitern der Landesverbände oder leitenden Angestellten großer Innungskrankenkassen betreut wurden und den Neuordnungsprozess im ostdeutschen Handwerk begleiteten. Sie berieten die Handwerker in rechtlicher und handwerkspolitischer Hinsicht, halfen bei der Gründung von Innungen und Innungskrankenkassen, bereiteten Schriftsätze vor, korrespondierten mit den Aufsichtsbehörden und übernahmen oft auch persönlich Verantwortung bei der durchaus hektischen Einführung neuer Strukturen.<sup>10</sup>

Personell und materiell bedeutete dies für alle Beteiligten im IKK-System eine große Belastung. Aber die Begeisterung, an der historischen Entwicklung der deutschen Vereinigung mitwirken zu können, verlieh den »Pionieren« in den ostdeutschen Beratungsbüros, aber auch den Mitarbeitern in den westdeutschen Verbandszentralen und Innungskrankenkassen, die die Arbeit der in den Osten entsandten Kollegen übernehmen mussten, die nötigen Kräfte.

**Kurzinterview** mit dem IKK-Bundesverband-Vorstandsvorsitzenden Uwe Conrad in der Mitgliederzeitschrift »Zeit für dich«, 3/1990 (76), S. 23

Vor allem aber entschädigte die fruchtbare, erfolgreiche Zusammenarbeit mit den Kollegen in Ostdeutschland und die Anerkennung, die dieses Engagement unter den ostdeutschen Handwerkern fand, für die oft chaotischen und anstrengenden Bemühungen.

**Handwerkskammern und Innungen im Zusammenbruch der DDR**

Im Gegensatz zu allen anderen Wirtschaftszweigen hat sich das Handwerk in der DDR vergleichsweise erfolgreich gegen die vollständige Einordnung in die sozialistische Wirtschaftsordnung behauptet. Zwar waren viele Handwerker gezwungen, sich so genannten Produktionsgenossenschaften des Handwerks (PGH) anzuschließen, und das Handwerk insgesamt musste die Auflösung der Innungen, die Verstaatlichung der Handwerkskammern sowie die Zerstörung seiner Selbstverwaltungsstrukturen hinnehmen. Dennoch konnten viele Betriebe als kleine Privatunternehmen fortbestehen und sich einen Sonderstatus in der DDR-Wirtschaft sichern. Mitte der 1970er Jahre, als die Unterversorgung der DDR an handwerklichen Leistungen problematisch wurde, machte die SED-Führung sogar erhebliche Zugeständnisse, um die bis dahin verbliebenen etwa 85.000 Handwerksbetriebe zu erhalten und den Nachwuchs zu sichern.

Daher konnte sich das Handwerk beim Zusammenbruch der DDR sehr schnell neu ordnen und die handwerkliche Selbstverwaltung wieder herstellen. Dabei setzten die ostdeutschen Handwerker von Anfang an auf eine rasche Übernahme der westdeutschen Handwerksordnung. So wählte beispielsweise die Erfurter Handwerkskammer bereits im Dezember 1989 erstmals demokratisch ihren Kammerpräsidenten – auf der Grundlage der BRD-Handwerksordnung. Diesem Vorbild folgten im Frühjahr 1990 viele ostdeutsche Handwerkskammern.

Der gemeinsame politische Wille des DDR-Handwerks und die nachdrückliche Unterstützung von Seiten des westdeutschen Zentralverbands des Deutschen Handwerks ließen die Bemühungen der DDR-Regierung Modrow um eine eigene ostdeutsche Handwerksordnung im Sande verlaufen. Stattdessen wurde die BRD-Handwerksordnung am 12. Juli 1990 von der DDR übernommen. Der Zentralverband des Deutschen Handwerks leistete in diesen Monaten des Umbruchs eine enorme Aufbauarbeit und unterstützte das ostdeutsche Handwerk bei der Umgestaltung der bestehenden Kammern und der Neuerrichtung von Innungen, bei der beruflichen Weiterbildung und Schulung oder sogar bei der Privatisierung von Produktionsgenossenschaften oder bei der kreditgestützten Neugründung von Betrieben.

Auf diese Weise wurde das Handwerk zu einem »Vorreiter der Einheit«. Das betraf nicht nur die frühe Vereinheitlichung und Zusammenführung der handwerklichen Selbstverwaltung, sondern vor allem auch den wirtschaftlichen Erfolg: Ende 1990 war die Zahl der privaten Handwerksbetriebe in den neuen Bundesländern bereits um 30.000 auf 120.000 angestiegen. Das ostdeutsche Handwerk erlebte eine ungeahnte wirtschaftliche Blüte.<sup>11</sup>



**Das Haus zum breiten Herd** auf dem Fischmarkt in Erfurt. Das 1584 errichtete, sorgfältig restaurierte Haus ist heute Sitz der Erfurter Handwerkskammer.



### Die gesetzliche Krankenversicherung im wiedervereinigten Deutschland

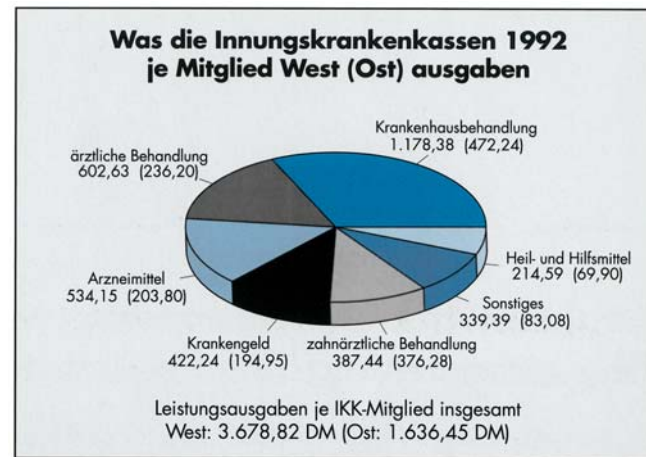
Bereits 1992 mussten zahlreiche Kassen die Beitragssätze erhöhen. Manche AOK überschritt bereits wieder die 13-Prozent-Marke und auch die Innungskrankenkassen mussten

ihren Beitragssatz im Schnitt auf 12,5 Prozent anpassen. Die finanziell angespannte Situation der gesetzlichen Krankenversicherung im vereinten Deutschland war jedoch keine Folge der Vereinigung. Im Gegenteil: Das Ost-West-Gefälle fiel deutlich zugunsten der ostdeutschen Krankenkassen aus. Während in Westdeutschland massive Defizite aufgetürmt wurden, die die Krankenkassen zu Beitragssatzerhöhungen zwangen, gelang es den ostdeutschen Krankenkassen, mit dem im Einigungsvertrag vorgesehenen Anfangsbeitragssatz von maximal 12,8 Prozent auszukommen und dabei sogar leichte Überschüsse zu erzielen. Die so oft beklagten »Kosten der Vereinigung« konnten also nicht als Begrün-

dung für die Misere des deutschen Gesundheitssystems erhalten. Vielmehr lagen die Probleme in jenen westdeutschen Strukturen der Gesundheitsversorgung, die man gerade nach Ostdeutschland übertragen wollte. Beklagt wurden insbesondere die schlechte Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung sowie die mangelhafte Abstimmung zwischen Allgemein- und Fachärzten. Mehrfachbehandlungen und kostenintensive, aber vermeidbare oder zu lange stationäre Versorgung waren die Folge. Ein Grund dafür war die Unabhängigkeit der niedergelassenen Ärzte, die nicht zu einer arbeitsteiligen Zusammenarbeit verpflichtet waren. Bei stetig wachsenden Ärztezahlen und dem damit verbundenen Konkurrenzdruck lag eine kostenbewusste Arbeitsteilung auch nicht im Interesse der niedergelassenen Mediziner.

Ein weiteres Strukturproblem betraf die Krankenkassen selber. Solange die Arbeiter, die einen Großteil der Versicherten stellten, keine Kassen-Wahlfreiheit hatten, sondern im System der Zuweisungskassen auf die für sie zuständige Kassenart festgelegt waren, hatten auch die Krankenkassen wenig Anreize, ihrerseits alle Möglichkeiten der Kostensenkung auszuschöpfen, denn sie standen untereinander nur eingeschränkt im Wettbewerb. Angesichts des gesetzlich geregelten einheitlichen Leistungsangebots der Kassen gab es ohnehin wenig Spielraum für einen sinnvollen Wettbewerb der Kassen untereinander.

Die ersten Signale aus der Politik ließen eine Wiederaufnahme der Kostendämpfungspolitik befürchten, die



**Leistungsausgaben 1992** Ost und West im Vergleich

**Eine lange umstrittene Neuerung:** Seit der Gesundheitsreform 1989 war es den Krankenkassen grundsätzlich möglich, auch die Kosten alternativer Heilpraktiken zu erstatten.



zwar vorübergehend die Symptome bekämpfte, aber keinen Fortschritt in der Strukturreform versprach.<sup>15</sup> Nach und nach setzte sich jedoch die Überzeugung durch, dass eine echte Strukturreform nicht nur effektive Kostensteuerung betreiben, sondern in die Strukturen der medizinischen Versorgung eingreifen und Wettbewerb im weitgehend regulierten Gesundheitswesen zulassen müsse. Der Idee des Wettbewerbs standen die Innungskrankenkassen

#### Ein Meilenstein der Gesundheitspolitik: Das Gesundheitsstrukturgesetz 1993

Das am 21. Dezember 1992 verabschiedete »Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung« erwies sich, gemessen an seinen ersten Entwürfen, als ein überraschend mutiges und zukunftsweisendes Reformpaket – ein »Meilenstein in der Gesundheitspolitik«.<sup>16</sup> Das Gesetz war das Ergebnis eines politischen Kompromisses, der in Lahnstein zwischen dem damaligen Gesundheitsminister Horst Seehofer (CSU) und Rudolf Dreßler (SPD) ausgehandelt wurde. Das Gesundheitsstrukturgesetz war eine der bedeutendsten Reformen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland: In drei zentralen Bereichen setzte es erstmals einen Reformprozess in Gang, der tatsächlich die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems langfristig verändern sollte.

Erstens wurden die Ausgaben in den verschiedenen Leistungsbereichen mit Budgetierungen massiv reglementiert und an die allgemeine Lohnentwicklung gekoppelt. Das schuf Planungssicherheit und stabilisierte die Beitragsentwicklung. Die Krankenhaus-Finanzierung wurde durch die Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips reformiert und gleichfalls an die Lohnentwicklung gekoppelt.

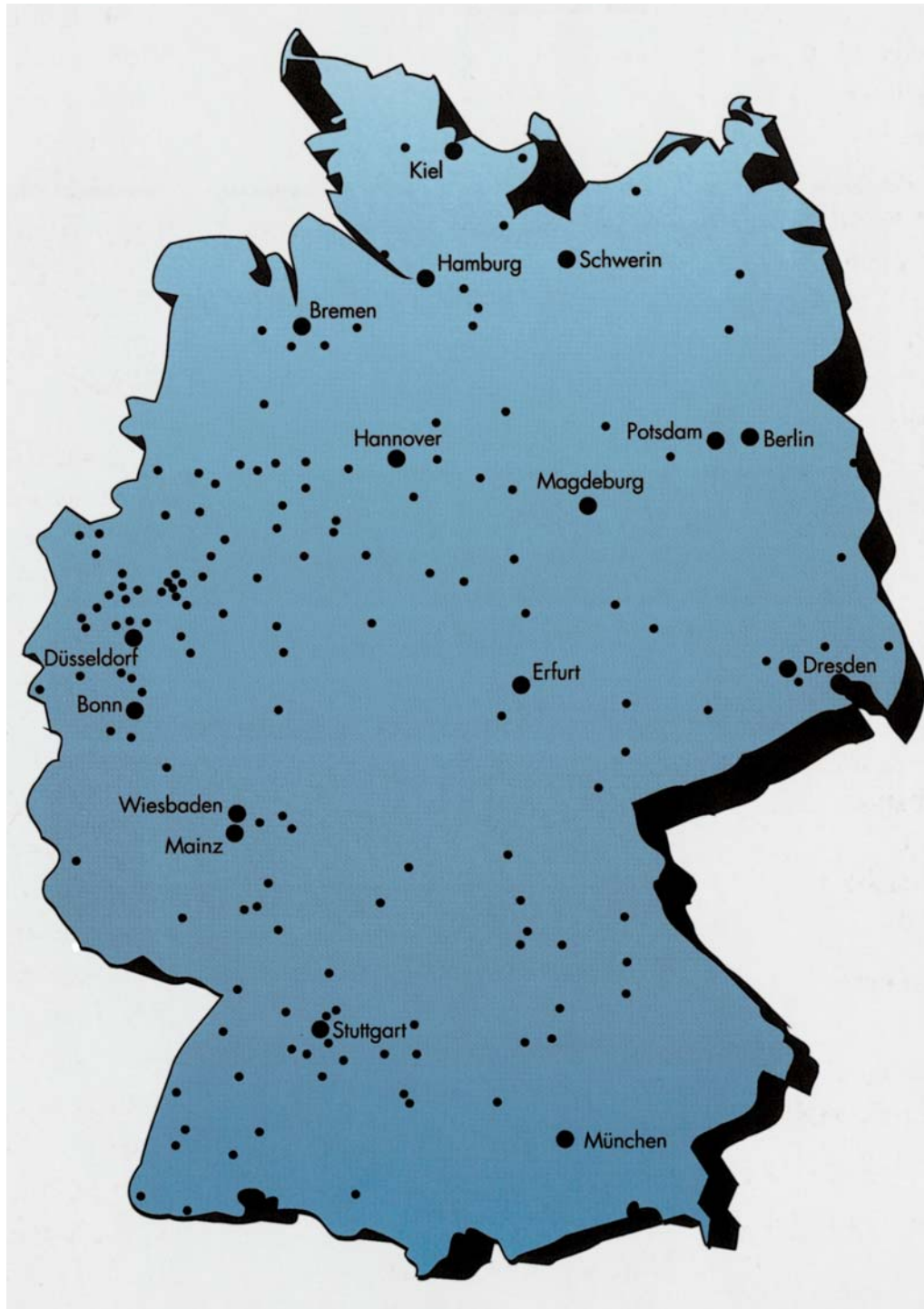
Zweitens – und für die Krankenkassen besonders einschneidend – wurde die Organisationsstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt verändert. Dazu sollte der Wettbewerb unter den Kassen gestärkt werden, ohne soziale Ungerechtigkeiten oder Verzerrungen entstehen zu lassen. Das Gesetz erlaubte den Arbeitern ab 1996 das gleiche Kassen-Wahlrecht wie den Angestellten und ermöglichte damit den ungehinderten Wechsel zwischen den Kassenarten. BKKen und IKKen konnten per Satzung ihre bisher bestehenden Zugangsbeschränkungen abschaffen und sich für alle Versicherten öffnen. Der Status der Zuweisungskasse wurde abgeschafft, sodass Mitglieder von AOK, BKK oder IKK ab 1996 zu jeder anderen Kassenart, auch den Ersatzkassen, wechseln konnten.

Drittens wurde, um die bestehenden Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen auszugleichen, die sich durch die unterschiedliche Versichertenstruktur bei den einzelnen Krankenkassen und Kassenarten ergeben, ein kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich eingeführt. Dieser Finanzausgleich, der die bislang üblichen Finanztransfers ersetzte, glich unterschiedliche Risikostrukturen der versicherten Mitglieder aus. Dabei wurden die Unterschiede in Grundlohnsumme, Alter, Geschlecht und Zahl der mitversicherten Familienmitglieder sowie der Status »Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrentner« berücksichtigt. Kassen mit ungünstiger Risikostruktur wie z.B. vielen Versicherten mit niedrigem Einkommen, überdurchschnittlich vielen mitversicherten Familienmitgliedern ohne sozialversicherungspflichtigen Verdienst oder mit vielen älteren Versicherten erhielten Ausgleichszahlungen von günstiger gestellten Kassen. Auf diese Weise wurden Wettbewerbsbedingungen geschaffen, die trotz der Konkurrenz der Kassen die soziale Gerechtigkeit und den Erhalt des Solidarprinzips wahrten.

Die Selbstverwaltung der Krankenkassen wurde an privatwirtschaftliche Strukturen angeglichen: Die früher ehrenamtlichen Gremien – Vorstand und Vertreterversammlung – wurden durch den Verwaltungsrat ersetzt. Dieser aus Versicherten und Arbeitgebern bestehende ehrenamtliche Verwaltungsrat wählt alle sechs Jahre einen hauptamtlichen Vorstand.

Das Gesundheitsstrukturgesetz veränderte erstmals grundlegend das Gesundheitswesen und zwang damit alle Akteure zu einem Umdenken. Allein das war ein großer Erfolg, auch wenn das Gesetz in vielen Punkten hinter den Möglichkeiten zurückblieb. Die Strukturreform war längst nicht abgeschlossen; aber sie hatte unwiderruflich begonnen.

**Das IKK-Netz im  
vereinigten Deutsch-  
land** – überall vertre-  
ten, aber 1993 noch  
nicht flächendeckend  
in allen Kreisen  
präsent



von Anfang an sehr aufgeschlossen gegenüber. Eine Wettbewerbsöffnung, die diesen Namen verdient, sollte jedoch nicht allein auf die Kassenwahlfreiheit beschränkt bleiben, sondern müsste die Nachfrageseite ebenso betreffen wie die Angebotsseite. Aus diesem Grund wurden für die Kassen auch mehr Freiheiten bei der Gestaltung individueller Leistungsangebote für erforderlich gehalten.<sup>17</sup>

Nach einer intensiven, aber relativ kurzen öffentlichen Diskussion wurde noch Ende 1992 ein Reformgesetz verabschiedet. Das »Gesundheitsstrukturgesetz« sollte das System der gesetzlichen Krankenversicherung einschneidend verändern und die deutsche Gesundheitspolitik bis weit ins neue Jahrtausend prägen.

#### Das Ende der Zuweisungskasse – Chancen der Wahlfreiheit

Auch für die Innungskrankenkassen bedeutete das Gesundheitsstrukturgesetz einen Einschnitt, der zu einer Neuorientierung der Gesamtstrategie im IKK-System führen musste. Die Kassenwahlfreiheit ab 1996 setzte alle Kassenarten unter Druck. Die Kassenmitglieder waren nicht mehr länger zugewiesene Versicherte, sondern wurden zu umworbenen Kunden. Da der Leistungskatalog gesetzlich vorgegeben war und die Gestaltungsmöglichkeiten bei freiwilligen Mehrleistungen begrenzt waren, blieben nur der Beitragssatz und der Mitglieder-Service als entscheidende Merkmale im Wettbewerb übrig. Die Organisation der Innungskrankenkassen musste also noch weiter verbessert und kostenbewusster werden. Gleichzeitig sollte ein klares Profil und optimaler Service die besondere Klientel des Handwerks ansprechen, während der gewünschte Mitgliederzuwachs möglichst auch jenseits der traditionellen Mitgliederkreise erreicht werden sollte.

Auch ohne Gestaltungsmöglichkeiten im Bereich des Leistungsrechts waren die Innungskrankenkassen damit für den Wettbewerb gut gerüstet. Die Chancen, vom bevorstehenden Wandel profitieren zu können, standen gut.

#### »Die Kasse, die ihr Handwerk versteht«

So sehr die Innungskrankenkassen die Kassenwahlfreiheit auch als Chance begriffen, so sehr blieben sie sich auch ihrer handwerklichen Identität bewusst. Während andere Kassen sogleich Öffnungsklauseln verabschiedeten und Mitglieder aus allen gesellschaftlichen Bereichen umwarben, konzentrierte sich das IKK-System auf seine Kernkompetenz im Handwerk und baute gezielt sein Dienstleistungs- und Serviceangebot für Handwerksbetriebe und Beschäftigte im Handwerk aus. Die Kundenorientierung rückte noch stärker als bisher in den Vordergrund. Die Innungskrankenkassen bauten moderne Servicestrukturen auf und nutzten dazu auch neueste Kommunikationstechniken. Neben das Bemühen, den Betrieben und Mitgliedern eine individuelle Rundumbetreuung mit einem engmaschigen Geschäftsstellen-Netz und zahlreichen Außendienstmitarbeitern zu bieten, traten Versuche mit einem telefonischen 24-Stunden-Service oder mit Call-Centern.<sup>18</sup>

Daneben entwickelten die Innungskrankenkassen weiterhin spezielle Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die auf das Handwerk zugeschnitten waren, und stimmten ihre Beratungs-



**Spezielle Gesundheitsprogramme** für handwerkliche Berufe gehören von jeher zum Angebot der Innungskrankenkassen.

»IKK Profil – Die Zeitschrift für den Arbeitgeber im Handwerk«

angebote noch stärker auf die Bedürfnisse der Betriebe ab. Die Initiativen wurden auch in einer neuen Zeitschrift vorgestellt, die ihrerseits Ausdruck der handwerklichen Verbundenheit war: »IKK Profil«, ein alle zwei Monate erscheinendes Magazin, das sich direkt an Arbeitgeber im Handwerk wandte. Dort standen im Übrigen nicht nur Gesundheitsthemen im Mittelpunkt. »Wir beraten ganzheitlich!«, stellte sich das Blatt im März 1994 vor: »Nur wenn wir ein möglichst vollständiges Bild vom Unternehmer im Handwerksbetrieb und seinen Alltagsproblemen haben, können wir ihn im Kernbereich Sozialversicherung kompetent beraten.«<sup>19</sup> Neben Fragen der Gesundheitsförderung und der Unfallverhütung widmete sich das Magazin regelmäßig auch steuertechnischen und arbeitsrechtlichen Problemen sowie Fragen der Betriebsführung und bot sich damit dem Handwerksmeister als umfassende Zeitschrift der betrieblichen Praxis an. Auf diese Weise verkörperte »IKK Profil« das Selbstverständnis der Innungskrankenkassen, betrieblicher Partner des Handwerks zu sein. Dass man darüber weder die versicherten Mitarbeiter noch die mitversicherten Familienangehörigen vergaß, zeigten die parallel erschienenen allgemeinen Mitgliederzeitschriften wie »zeit für dich« oder »IKK-Journal« sowie die Jugendzeitschrift »IKK Spleens«, die erstmals Anfang 1996 erschien.

#### Die Erschließung der »weißen Kreise« und die »Eroberung« des Saarlandes

Um im Wettbewerb ab 1996 eine möglichst günstige Ausgangsposition zu haben, hatte für das IKK-System die kollektive Mitgliedergewinnung eine besondere Bedeutung, da das Gesundheitsstrukturgesetz die Voraussetzungen für die Errichtung neuer Innungskrankenkassen bzw. den Beitritt neuer Innungen verschärft hatte. Ab 1996 war der Beitritt einer Innung zu einer Innungskrankenkasse nur noch nach einer Urabstimmung unter allen Beschäftig-

ten der Innungsbetriebe möglich. Wenn das IKK-System mit einem flächendeckenden, bundesweiten Netz von Innungskrankenkassen in den Wettbewerb starten wollte, dann mussten die so genannten »weißen Flecken«, das heißt Regionen, in denen keine IKK wählbar war, bis 1996 geschlossen werden.

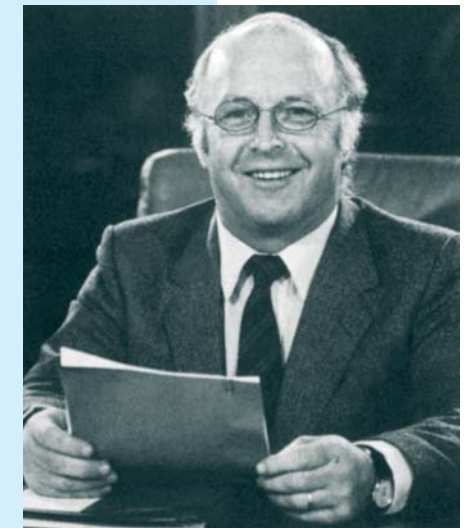
Zu diesem Zweck entwickelten die Innungskrankenkassen und der IKK-Bundesverband nach der Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes die unternehmenspolitische Strategie des »magischen Fünfecks«. Ziel war die kollektive Mitgliedergewinnung durch die Be-

#### Die »fünfte Säule«: Die Pflegeversicherung ergänzt die GKV

Die steigende Lebenserwartung und die sich verändernde Altersstruktur der Gesellschaft trugen dazu bei, dass immer mehr Menschen im Fall von Pflegebedürftigkeit auf Hilfe von außen angewiesen waren, die sie aus eigenen Mitteln nicht finanzieren konnten und aus diesem Grund Sozialhilfe beantragen mussten. Seit Anfang der 1990er Jahre wurde daher über die Absicherung des Pflegerisikos im Rahmen einer eigenständigen Versicherung diskutiert. Bereits im Frühjahr 1991 legte auch der Bundesverband der Innungskrankenkassen ein »Konzept zur Absicherung des Pflegefallrisikos« vor und stellte darin fest: »Vorrangiges Ziel der gesetzlichen Krankenversicherung ist es, im Rahmen der Krankenbehandlung Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zumindest zu lindern (...) sowie Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern. (...) Die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit muss in einer umfassenden Volksversicherung erfolgen. Dies bedeutet die Einführung einer Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung.«<sup>20</sup> Obwohl sich die Akteure in der Gesundheitspolitik in dieser Frage eigentlich weitgehend einig waren, verding sich die gesetzliche Umsetzung der Pflegeversicherung in einem jahrelangen politischen Tauziehen um die Finanzierung. Industrie und Handwerk wehrten sich lange gegen diese Mehrbelastung. Erst zum Januar 1995 trat schließlich das Pflegeversicherungsgesetz in Kraft und errichtete neben der Kranken-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung eine fünfte Säule der Sozialversicherung in Deutschland.

Die Pflegeversicherung ist eine umlagefinanzierte Pflichtversicherung, die das Risiko der Pflegebedürftigkeit von mehr als sechs Monaten Dauer absichert. Ihre Trägerschaft ist zwar unabhängig von den Krankenkassen, die Pflegekassen wurden jedoch bei den Krankenkassen errichtet und auf diese Weise mit dem System der gesetzlichen Krankenversicherung verzahnt. Für die Krankenkassen bedeutete die Einführung der Pflegeversicherung eine Entlastung, für die Versicherten bietet sie eine bessere Absicherung bei altersbedingter Gebrechlichkeit.

seitigung der »weißen Kreise« sowie die individuelle Mitgliedergewinnung. Daneben sollten auch die bisherigen Mitglieder gehalten werden. Vierter Punkt des »Fünfecks« war ein Organisationsentwicklungsprozess, um die Innungskrankenkassen mit Reorganisationen und Umbauten für den Wettbewerb fit zu machen. Schließlich wurde fünftens noch einmal bekräftigt, die eigene Identität durch den Bezug zum Handwerk zu festigen und die Öffnung als Option des neuen Sozialrechts so zu nutzen, dass diese Identität gewahrt bleiben konnte. Zur Umsetzung dieser Strategie wurden entsprechende Marktanalysen erstellt und ein Marketingkonzept einschließlich eines neuen Corporate Design entwickelt. Der Aufbau eines eigenen Außendienstes wurde ebenso vorangetrieben wie die Verbesserung des Service



**Der Architekt der Pflegeversicherung:**

Norbert Blum war von 1982 bis 1998 Bundesminister für Arbeit und Soziales in der Regierung Helmut Kohl.

durch prozessorientierte Branchensachbearbeitung sowie die Verstärkung des Betriebsservice und der Arbeitgeberbetreuung. Nicht zuletzt gewannen auch bildungspolitische Fragen mit der Vernetzung von Aus-, Fort- und Weiterbildung eine herausragende Rolle.

Neben vereinzelt Landkreisen ohne Innungskrankenkassen war der größte weiße Fleck auf der IKK-Landkarte das Saarland, wo das Modell Innungskrankenkasse aus historischen Gründen nach dem Zweiten Weltkrieg nicht mehr Fuß gefasst hatte. Nachdem unter französischer Besatzung bzw. im französisch verwalteten Saargebiet die AOKen als einzige Kasernenart zugelassen waren, kam es auch nach der Wiederangliederung des Saarlandes an die Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1957 nicht zur Neugründung von Innungskrankenkassen. Während nun die Landesverbände die »weißen Kreise« in ihren Zuständigkeitsbereichen erschließen wollten, erteilten die Landesverbandsgeschäftsführer auf einer Klausurtagung im Januar 1993 dem IKK-Bundesverband den Auftrag, eine IKK im Saarland zu gründen – auch wenn einige Geschäftsführer das für eine unlösbare Aufgabe hielten.

**Eröffnungsfeier**  
der IKK Saarland  
in Saarbrücken,  
1. Februar 1995



Der IKK-Bundesverband trat daraufhin offensiv an die saarländische Landespolitik und an die Landesinnungen im Saarland heran und warb mit zahllosen Informationsveranstaltungen im Handwerk für die Vorteile der handwerksnahen Serviceangebote der Innungskrankenkassen. Der Geschäftsführer des IKK-Bundesverbandes, Rolf Stuppardt, hatte zu diesem Zweck eine Projektgruppe aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des IKK-Bundesverbandes zusammengestellt, die von Saarbrücken aus innerhalb weniger Wochen die notwendigen Voraussetzungen zur Gründung einer IKK im Saarland schaffen sollten. Diese IKK sollte dann zugleich als Landeskasse eine Landesverbandsfunktion wahrnehmen.

Ein Geschäftsstellennetz musste eingerichtet werden, Personal eingestellt und die Hauptverwaltung ausgebaut werden. Gleichzeitig mussten die vertraglichen Beziehungen zu den Leistungsanbietern geschaffen, Schulungen und Qualifizierungen abgehalten sowie Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden.

Schon bald konnten die ersten Trägerinnungen gewonnen werden. Vorreiter war hier – wie schon zu Beginn der Geschichte der Innungskrankenkassen am Ende des 19. Jahrhunderts – das Bäcker-Handwerk. 9 von 15 Trägerinnungen, die zum 1. Januar 1995 die Innungskrankenkasse des Saarlands gründeten, kamen aus dem Bäcker- und Konditorhandwerk. Weitere Innungen folgten, sodass das Saarland in Sachen handwerkliche Krankenversicherung innerhalb weniger Monate den Anschluss an die übrige Bundesrepublik fand.<sup>21</sup> Trotz heftigen Widerstandes seitens der AOK wurde die Errichtung der IKK des Saarlandes vom zuständigen saarländischen Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales mit Schreiben vom 20. September 1994 zum 1. Januar 1995 genehmigt. Die Geschäfte der IKK des Saarlandes wurden bis zur Etablierung einer eigenen Führung zunächst kommissarisch durch den Geschäftsführer des IKK-Bundesverbandes geleitet.

Auch die Arbeit der Landesverbände war erfolgreich. Zwischen 1993 und 1996 wurden 98 von vormals 106 »weißen Kreisen« im IKK-System erschlossen. Fast 1.500 neue Innungsan-

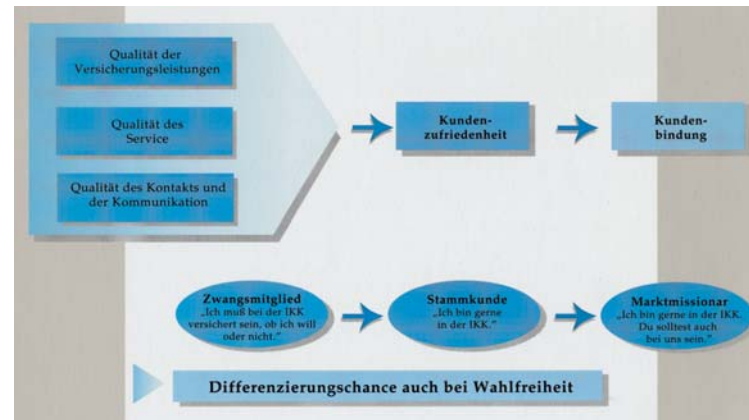
schlüsse konnten verzeichnet werden. Der Mitgliederbestand wuchs in diesen drei Jahren von knapp 4 Millionen auf 4,4 Millionen, was einer Steigerung des Marktanteils um 0,6 Prozentpunkte auf 6,1 Prozent entsprach. Das IKK-System befand sich wieder auf Wachstumskurs.

#### Fit für den Wettbewerb: Expansion, Konzentration und Reorganisation

Mit der Erschließung der weißen Kreise war eines der wichtigsten strategischen Ziele des IKK-Systems im Zuge der Gesundheitsstrukturreform erreicht. Parallel wurden jedoch auch die anderen Ziele vorangebracht. Vor allem die Organisationsentwicklung und Neuordnung des IKK-Systems wurde vorangetrieben. Dabei sollten die Vorzüge des dezentralen IKK-Netzwerks durch eine Zentralisierung übergreifender Aufgaben und größere Verwaltungseinheiten ergänzt werden. 1993 gab es im IKK-System noch 143 Innungskrankenkassen, viele davon mit weniger als 10.000 Mitgliedern. Das war wirtschaftlich nicht sinnvoll. Gleichzeitig war die Zusammenarbeit im IKK-System in den vergangenen zwei Jahrzehnten immer enger geworden, sodass sich in vielen Gebieten eine vielgliedrige, aber doch immerhin einheitliche Unternehmensstruktur herausgebildet hatte. Diese Tendenz musste genutzt und intensiviert werden: »Die handwerkliche Krankenversicherung in der Trägerschaft der Innungen kann nur überleben, wenn wir uns als IKK-Konzern verstehen und danach handeln«, betonte Bundesverbands-Geschäftsführer Rolf Stuppardt 1995 auf einer IKK-Bundestagung in Stuttgart.<sup>22</sup> Er stand mit dieser Überzeugung nicht allein, denn auch in den Landesverbänden unterstützten viele Vorstände die Umgestaltung des IKK-Systems nach unternehmerischen Kriterien. Bereits im Sommer 1994 hatten sich die neun schleswig-holsteinischen Innungskrankenkassen zur IKK Schleswig-Holstein vereinigt. Die früheren Einzelkassen bestanden als Regional- oder Bezirksdirektionen mit ihrem Geschäftsstellennetz fort und bauten vor Ort das Serviceangebot aus. Die Hauptverwaltung übernahm zentrale Verwaltungsaufgaben. 1995 zogen viele andere Regionen nach. Es kam zu einer regelrechten Fusionswelle im IKK-System, die bis ins neue Jahrtausend andauerte. Am vorläufigen Ende standen nur noch 16 Innungskrankenkassen, deren Hauptverwaltungen für die angeschlossenen Regional- und Bezirksdirektionen und ihre Geschäftsstellen zentrale Dienste leisteten. Das verbesserte nicht nur die Wirtschaftlichkeit des IKK-Systems, sondern setzte auch Kapazitäten für den Kundendienst frei.



**Rolf Stuppardt**, seit 1992 Geschäftsführer, seit 1996 Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen



**Kundenbindung durch Qualität:**  
Das IKK-System stellte sich frühzeitig auf die Kassenwahlfreiheit im Gesundheitswesen ein.

hatte die BIG schon über 100.000 Mitglieder. Diesem Konzept folgte auch die Neugründung der IKK-direkt im Jahre 2003 durch die Zahntechniker. Diese Kasse wächst bis heute rapide. Die Innungskrankenkassen konnten sich somit unter den Bedingungen der Kassenwahlfreiheit durchsetzen und ihren Mitgliederbestand ausbauen. Zum Ende des Jahrtausends waren 4,6 Millionen Menschen bei ihnen versichert. Damit hatte das IKK-System seinen Marktanteil auf 6,5 Prozent ausgebaut und sich als wettbewerbsfähig erwiesen.<sup>23</sup>

**Die Innungskrankenkassen im neuen Jahrtausend: Kontinuität und Wandel**

Durch die 1993 eingeleitete Gesundheitsstrukturreform hatte sich die gesundheitspolitische Landschaft mit Einführung der freien Kassenwahl doch nachhaltig verändert. Die Innungskrankenkassen konnten stets ihr Profil wahren und sich den wechselnden Gegebenheiten anpassen.

**ikk.de – Innungskrankenkassen-Alltag in Zeiten des Internets**

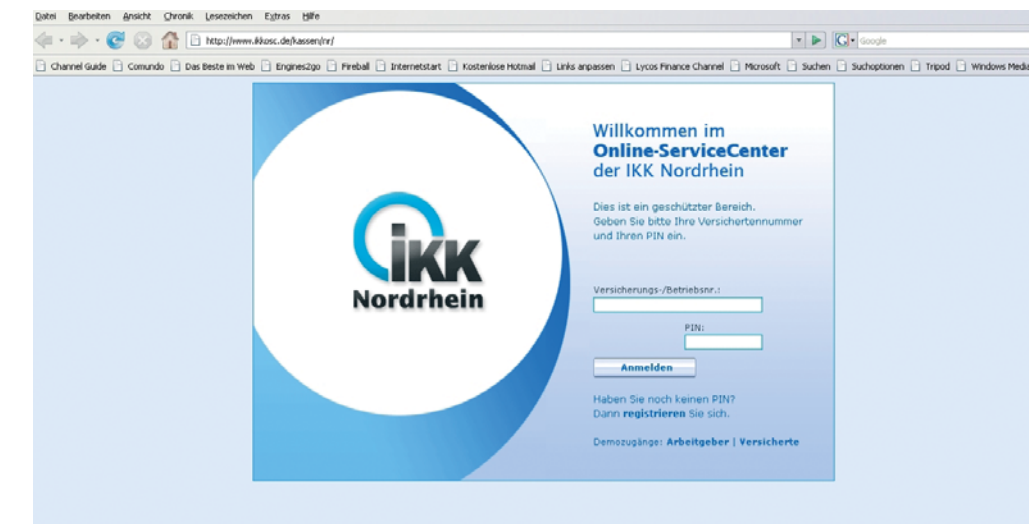
1995 wurde auf der Stuttgarter IKK-Bundestagung in mehreren Vorträgen über die Zukunft der Kommunikationstechnologie im Kundenservice der Krankenkassen referiert. Selbst die innovativsten Referate stellten dabei uneingeschränkt das Telefon und die günstigste Organisationsform von Call-Centern in den Mittelpunkt. Besonders kontrovers wurde ein Vortrag diskutiert, der die neuartigen Möglichkeiten der Datenfernübertragung und Bildübermittlung in das Konzept mit einbezog und das Plenum mit der Vision einer Video-Telefonzentrale erheiterte, die sich durch besondere Interaktivität auszeichnen sollte.<sup>24</sup> Dass neben dem Telefon schon bald der PC zum kommunikationstechnischen Mittelpunkt vieler Versicherter und ihrer Familien werden würde, war damals noch unvorstellbar. Und doch dauerte es gerade mal ein halbes Jahrzehnt, bis auch in Deutschland Begriffe wie »Internet«, »WorldWideWeb« und »Online-Service« so selbstverständlich wurden wie »Call-Center« und »Telefonberatung«. In diesen wenigen Jahren hatten Webseiten im Internet bereits eine rasante Entwicklung er-

lebt. Anfangs waren die Webauftritte vieler Unternehmen kaum mehr als elektronische Visitenkarten. Nach und nach wuchsen sie zu umfassenden Informationsangeboten mit ersten Funktionen auch im Kundendienst. Richtig attraktiv für den Einsatz im Servicebereich wurde das Internet aber erst, als die Webseiten interaktiv wurden und eine echte Kommunikation mit dem Kunden an seinem heimischen PC zuließen. Das eröffnete nicht zuletzt Dienstleistern im Versicherungssektor völlig neue Perspektiven.

Anfang 2001 ging eine neue Internet-Plattform des IKK-Systems online, die allen Mitgliedern die Möglichkeit bot, viele Vorgänge, die früher in Geschäftsstellen abgewickelt wurden, bequem von zu Hause aus zu erledigen. Die Mitglieder konnten über das Internet Änderungsmitteilungen an die IKK schicken, Auslandskrankenscheine herunterladen oder Kontaktformulare nutzen. Die IKK ging allerdings noch weiter: Auf www.ikk.de schaltete das IKK-System seine erste interaktive Internet-Filiale frei und zwei Jahre später, im Februar 2003, wurde mit IKK-Direkt die erste ausschließlich auf das Internet gestützte Innungskrankenkasse gegründet – mit dem Slogan »die internette Krankenkasse«.<sup>25</sup> Innerhalb weniger Jahre hatten die rasanten Entwicklungen in der Kommunikationstechnologie auch die Vertriebs- und Kundendienst-Praktiken revolutioniert. Echte Rundum-Erreichbarkeit war technisch plötzlich möglich, also erwartete der Kunde diesen Service auch von seiner Krankenkasse – telefonisch, per E-Mail und im Internet.



**Das Internetangebot**  
der Innungskrankenkassen ist heute im Kundenservice und im Marketing unverzichtbar geworden.



**Abschied vom Krankenschein: Die Versichertenkarte**

Auch in den Kassenarztpraxen hielt eine neue Technologie Einzug, die mit althergebrachten Gewohnheiten brach: Mitte der 1990er Jahre wurde, mit einigen Mühen und zweijähriger Verspätung, die elektronische Chipkarte eingeführt. Damit wurden die guten alten Krankenscheine überflüssig und die Abrechnungstechniken endgültig auf elektronische Verfahren umgestellt. Traditionsbewusste Ärzte, die nach wie vor lieber ihrer Kundenkartei trauen mochten als einem PC, mussten spätestens jetzt mit der Zeit gehen. Denn die Versichertenkarte speicherte zwar keine medizinischen Daten, aber sie enthielt in kodierter Form die persönlichen Daten des Patienten, die von der Abrechnungsoftware des Arztes mit den erbrachten ärztlichen Leistungen verknüpft wurden. Die Einführung dieses elektronischen Krankenscheins zog sich über einige Jahre hin. Nach dem 1989 beschlossenen Gesundheitsreformgesetz sollte die flächendeckende Einführung bereits Anfang 1992 abgeschlossen sein. Wegen technischer

Schwierigkeiten, datenschutzrechtlicher Bedenken und Auseinandersetzungen um die Finanzierung musste dieser Termin auf Anfang 1995 verschoben werden. Nach erfolgreichen Pilotprojekten in ausgewählten Regionen konnte 1994 endlich mit der flächendeckenden Ausgabe der Versichertenkarten begonnen werden: Bis Anfang 1995 wurden 70 Millionen Plastikkarten in Umlauf gebracht und 200.000 Lesegeräte in den Praxen installiert. Die Krankenkassen mussten dabei eine Investition von über 400 Millionen Mark leisten.<sup>26</sup> Heute haben wir uns so an diese komfortable Methode der Leistungserfassung gewöhnt, dass selbst bei älteren Versicherten die Erinnerung an den guten alten Krankenschein bereits verblasst ist.

Das IKK-System ging beim Aufbau seiner Internetpräsenz strategisch überlegt vor und vereinte alle Innungskassen auf einer gemeinsamen Plattform, über die die individuellen Internet-Portale erreicht werden können. Zentrale Informationsangebote konnten so auch zentral gepflegt und allen Einzelkassen zur Verfügung gestellt werden. Der IKK-Auftritt im Internet wird technisch stets auf dem neuesten Stand gehalten und beständig weiterentwickelt. Das IKK-System beging aber nicht den Fehler, seine traditionsbewusste Klientel mit einer allzu grellen und überfrachteten Website zu irritieren, sondern setzte auf das Internet als Informations- und Kommunikationsmedium, dessen Stärken in das selbstverständlich weiter gepflegte Serviceangebot des IKK-Netztes integriert wurden. Spezielle Informationsdienste für den handwerklichen Betrieb runden das Angebot ab.<sup>27</sup>

Inzwischen findet ein erheblicher Teil des Neukundengeschäfts über das Internet statt. Gerade für junge Versicherte ist der Online-Service im Bereich der Krankenkasse so selbstverständlich wie das Online-Banking.



**1998 beschlossen, 1995 realisiert:** Die Versichertenkarte.

**Von einer Reform zur nächsten: Gesundheitspolitik  
zwischen Strukturreformen und Kostendämpfungspolitik**

Als 1993 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz erstmals grundlegend in das Gesundheitssystem eingegriffen wurde, war allen Beteiligten klar, dass man am Beginn eines langfristigen Prozesses stand und dass noch weitere gesetzliche Schritte notwendig waren, um den eingeschlagenen Weg erfolgreich abzuschließen. In den folgenden Jahren geriet die Gesundheitspolitik aber immer stärker in den Sog der gesamtwirtschaftlichen Schwierigkeiten: Die



**Moderne Geräte-**  
**medizin:** Hoher me-  
dizinischer Standard  
hat seinen Preis. Nicht  
alles Machbare ist auch  
finanzierbar.

schlechte Konjunktur und die hohe Arbeitslosenquote verschärften den Druck auf der Einnahmenseite der Krankenkassen. Die andauernde Forderung nach einer Senkung der Lohnnebenkosten führte dazu, dass Strukturreformen immer wieder hinter die Notwendigkeit der Beitragssatzsicherung zurücktreten mussten. Zwar gab es Bestrebungen, die begonnene Strukturreform durch eine Stärkung des Wettbewerbs und erweiterte Gestaltungsmöglichkeiten für die Kassen fortzusetzen. Vor allem aber betrieb man Kostendämpfungspolitik und versuchte durch Leistungsbeschränkungen, erweiterte Zuzahlungen und schließlich durch die Einführung einer pauschalen Praxisgebühr in Höhe von zehn Euro die Ausgabenentwicklung zu steuern.

Nachdem die Krankenkassen bereits Mitte der 1990er Jahre wieder Defizite erwirtschafteten, versuchte die christlich-liberale Regierungskoalition dieser Entwicklung entgegenzuwirken. Die beiden GKV-Neuordnungsgesetze des Jahres 1997, auch als »Dritte Stufe der Gesundheitsreform« bezeichnet, zielten einerseits auf eine Ausweitung des Wettbewerbs.

So erhielten die Kassen das Recht, in beschränktem Rahmen erweiterte Leistungen anzubieten oder Beitragsrückzahlungen bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen zu gewähren. Auch die Handlungsfreiheit der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern wurde erweitert. Andererseits wurden im Zuge der Kostendämpfungspolitik die Zuzahlungen in vielen Leistungsbereichen erneut deutlich erhöht und der Leistungsumfang begrenzt.<sup>28</sup> Die Ausgliederung des Zahnersatzes für Kinder war eines der populärsten Wahlkampfarumente der Opposition: Nicht zuletzt die bei den Wählern unbeliebte Gesundheitspolitik läutete das Ende der christlich-liberalen Koalition ein.

Nach den Bundestagswahlen im Jahre 1998 machte die rot-grüne Koalition zunächst einige von der Vorgängerregierung beschlossene Maßnahmen (wie z. B. die Ausgliederung des Zahnersatzes für Kinder und Jugendliche) wieder rückgängig. Ihre Gesundheitspolitik zielte in der ersten Legislaturperiode darauf, durch die Modernisierung von Versorgungsstrukturen und Vertragsbeziehungen die Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhöhen und so die Beitragsstabilität zu gewährleisten.<sup>29</sup> Im Gesundheitsreformgesetz 2000, das zum 1. Januar 2000 in Kraft trat, hatte die Beitragssatzstabilität wie in den vorangegangenen Reformen einen hohen Stellenwert. Die Reform der Vergütungsstrukturen wurde fortgesetzt. Hierzu zählt besonders die Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen im Krankenhaus, durch die bis zum 1. Januar 2004 die Tagespflegesätze abgelöst werden sollten. Die hausärztliche Versorgung sollte gestärkt und der Aufbau integrierter Versorgungsformen erleichtert werden. Nicht umgesetzt wurde die im Gesundheitsreformgesetz vorgesehene Positivliste von Arzneimitteln.

Aufgrund der schlechten Konjunkturentwicklung und der damit zusammenhängenden Grundlohnentwicklung konnten jedoch in den Folgejahren die Einnahmen der Krankenkassen mit der Ausgabenentwicklung nicht Schritt halten, so dass der durchschnittliche Beitrag in 2002 auf über 14 Prozent stieg. Das erhöhte schließlich den Druck, die Kosten stärker in den Griff zu bekommen.

Im Jahr 2004 verabschiedeten Regierungskoalition und Unionsparteien gemeinsam das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG). Bei dem in der Öffentlichkeit heftig umstrittenen Gesetz stand die Kostendämpfung erneut im Vordergrund. Neben zahlreichen Steigerungen von Zuzahlungen im Bereich der Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie bei der stationären Behandlung erregte vor allem die Einführung der Praxisgebühr den Unmut der Bevölkerung. Nicht verschreibungspflichtige Medikamente wurden von der Leistungspflicht ausgenommen, Krankengeld und Zahnersatz müssen infolge des GMG allein von den Versicherten finanziert werden. Die positiven Aspekte des Gesetzes wurden darüber oft vergessen. So führte das GMG das Hausarztssystem flächendeckend als Wahloption ein und förderte entschieden die integrierte Versorgung (also die interdisziplinäre Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung). Die Wettbewerbsspielräume der gesetzlichen Krankenkassen, die sich mit individuellen Beitragsrückgewährvereinbarungen oder Bonussystemen voneinander unterscheiden konnten, wurden erweitert.<sup>30</sup>

Auch wenn die gesetzliche Entwicklung seit den 1990er Jahren unausgeglichen wirkte, ziellos war sie keineswegs. Sowohl die rot-grüne Regierungskoalition unter Kanzler Gerhard Schröder als auch die Große Koalitionsregierung unter Kanzlerin Merkel hielten an den

### Strukturreformen auch im Handwerk

Auch im Handwerk fand zu Beginn des neuen Jahrtausends eine bedeutende Strukturreform statt. Die bundesdeutsche Handwerksordnung von 1965 hatte sich jahrzehntelang als tragfähig und effizient erwiesen und ihre Vitalität und Belastbarkeit nicht zuletzt im deutsch-deutschen Vereinigungsprozess unter Beweis gestellt, der die gesamtdeutsche Solidargemeinschaft des Handwerks eindrucksvoll vor Augen führte. Dennoch waren selbst für viele Handwerker unzeitgemäße Überregulierungen in der Handwerksordnung nicht mehr zu übersehen. Ziel des Gesetzes war, die Strukturen des deutschen Handwerks zu modernisieren und an die Gegebenheiten der Europäischen Union anpassen. Hinzu kam der Druck des angespannten Arbeitsmarktes: Die hohe Arbeitslosenquote drängte die Politik zu einer Liberalisierung des Handwerksrechts, um auch Handwerkern ohne Meisterbrief die Existenzgründung zu erleichtern und die handwerklichen Berufe für Jugendliche attraktiver zu machen.

Gegen den Protest des Zentralverbands des Deutschen Handwerks kam es Ende 2003 zu einer umfassenden Neuordnung der Handwerksordnung. Während zahlreiche Änderungen auch vom Zentralverband begrüßt wurden – etwa die Aufhebung des Inhaberprinzips, wodurch neue Gesellschaftsformen im handwerklichen Betrieb möglich wurden –, stießen die freizügigeren Zulassungsbestimmungen auf scharfen Widerstand der Handwerksorganisationen. Für insgesamt

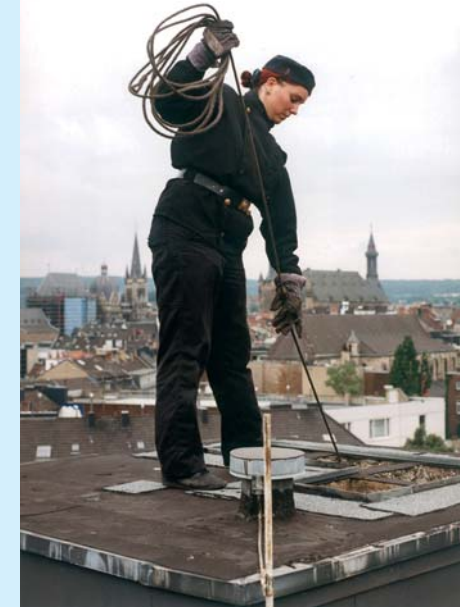
53 Handwerke wurde der Meisterzwang aufgehoben. Die obligatorische Meisterprüfung vor Erteilung der gewerberechtlichen Zulassung blieb nur für 41 »gefahrgefährdete« Handwerksberufe erhalten, aber selbst in diesen Handwerken kann nunmehr unter bestimmten Voraussetzungen auch eine sechsjährige Berufserfahrung an die Stelle der Meisterprüfung treten.

Daneben lehnte das Handwerk auch die weitgehende Freizügigkeit gegenüber so genannten »einfachen handwerklichen Tätigkeiten« ab. Sie betraf Tätigkeiten, die innerhalb von drei Monaten erlernt werden können. Diese Regelung sollte das damals propagierte Existenzgründer-Modell der »Ich-AG« fördern, öffnete allerdings auch vielen weniger qualifizierten Menschen den Weg zur handwerklichen Selbstständigkeit. Die neue Handwerksordnung weitete den handwerklichen Sektor in der Bundesrepublik erheblich aus. Dadurch erweiterte sich auch die Klientel der Innungskrankenkassen.<sup>31</sup>

Grundlinien der 1993 eingeleiteten Strukturreform fest. Trotz der Reformen trat aber immer mehr das Einnahmeproblem der gesetzlichen Krankenkassen in den Vordergrund: Strukturreformen, Kostendämpfungsmaßnahmen und Leistungsausschlüsse konnten die Probleme der stagnierenden Beitragsbasis nicht beheben.

### Die Innungskrankenkassen: Attraktiv im Handwerk und darüber hinaus

In den hitzigen gesundheitspolitischen Debatten hielt das IKK-System unbeirrt an seinem nach 1993 eingeschlagenen Kurs fest. In den 1990er Jahren machten sich die Innungskrankenkassen durch eine gezielte Kundenorientierung für weitere Wettbewerbsöffnungen fit. Diese Bemühungen zahlten sich aus: Nachdem der bis 2000 erreichte Marktanteil von 6,5 Prozent zunächst stagnierte, stieg er ab 2003 wieder an und übersprang 2006 die Marke



**Der Schornsteinfeger** unterliegt auch nach der Novelle der Handwerksordnung dem Meisterzwang.

**Spitzengespräche  
zwischen IKK und  
ZDH**

sind alljährliche Routine. Hier trafen sich am 4. Februar 2004 ZDH-Präsident Dieter Philipp, IKK-Arbeitgebervertreter und alternierender Vorsitzender des IKK-Verwaltungsrates Wilfried Schleaf, ZDH-Generalsekretär Hanns-Eberhard Schleyer, Rolf Stuppardt und Gernot Kiefer vom Vorstand des IKK-Bundesverbandes, ZDH-Geschäftsführer Hans-Jürgen Aberle und Versichertenvertreter und alternierender Vorsitzender des IKK-Verwaltungsrates Hans-Jürgen Müller (v.l.n.r.).



von sieben Prozent. Mehr als fünf Millionen Versicherte hatten sich inzwischen für eine Mitgliedschaft in einer der 16 Innungskrankenkassen entschieden. Ein wesentlicher Grund dafür war sicherlich die verlässliche Beitragsentwicklung der Innungskrankenkassen. Ihr Beitragsatz konnte im Schnitt wieder unter den durchschnittlichen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung gesenkt werden und liegt heute im Durchschnitt bei konkurrenzfähigen 12,9 Prozent.<sup>32</sup>

Vor allem aber war der Erfolg der Innungskrankenkassen ihrer besonderen Kundenorientierung zu verdanken. Auch nach Einführung der allgemeinen Kassenwahlfreiheit versteht sich das IKK-System als handwerkliche Krankenversicherung und richtet sein Leistungs- und Serviceangebot an den Bedürfnissen des Handwerks und handwerksnahen mittelständischen Gewerben und Dienstleistungszweigen aus. Inzwischen haben sich alle Innungskrankenkassen geöffnet, sodass der berufliche Hintergrund keine Barriere für eine Krankenversicherung in einer Innungskrankenkasse mehr darstellt. Einzelne Innungskrankenkassen sind mittlerweile breit aufgestellt und sprechen gezielt wechselinteressierte Versicherte aus der ganzen Bevölkerung an. Die Kernidentität und -kompetenz des IKK-Systems bleibt jedoch das Handwerk mit seinen Beschäftigten.<sup>33</sup> Das zeigt sich im handwerksnahen Service-netz, in den Programmen berufsspezifischer Gesundheitsvorsorge, im Beratungsangebot für Handwerksbetriebe, in den Bonusmodellen für Arbeitgeber und Beschäftigte und vielem mehr. Die IKK bleibt »die Krankenkasse, die ihr Handwerk versteht«.

**Gesundheitsreform 2007: Der Einstieg in den Ausstieg  
aus der gegliederten GKV?**

Im September 2005 übernahm nach den Bundestagswahlen eine Große Koalition aus CDU/CSU und SPD unter der Führung von Bundeskanzlerin Merkel die Regierung. Im Bereich der Gesundheitspolitik – der dringend anstehenden Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung – wurden jedoch von den Koalitionspartnern unterschiedliche Reformkonzepte verfolgt: Während CDU/CSU für die Solidarische Gesundheitsprämie (Prämienmodell mit sozialem Ausgleich) eintrat, bevorzugte die SPD das Modell der Bürgerversicherung. In den Koalitionsverhandlungen vereinbarten die Partner eine Reform der Krankenversicherung, die die Finanzstrukturen des Gesundheitswesens dauerhaft sichern sollte. Wie der Kompromiss zwischen den unterschiedlichen Reformkonzepten aussehen sollte, blieb allerdings noch unklar. Anfang Juli 2006 einigten sich die Koalitionspartner nach zähen Verhandlungen schließlich auf Eckpunkte zur Gesundheitsreform. Das entsprechende Gesetz wurde nach kontroversen Debatten – auch innerhalb der Koalition – im Februar 2007 von Bundestag und Bundesrat verabschiedet. Gegen das Gesetz stimmte nicht nur die Opposition, sondern auch eine ganze Reihe von Abgeordneten der Regierungsparteien.

**»Bürgerversicherung« und »Gesundheitsprämie«**

Bereits vor der Reform der Ausgaben- und Leistungsseite der gesetzlichen Krankenversicherung durch das GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 hatte eine intensive Auseinandersetzung um die Reformoptionen »Bürgerversicherung« und »Gesundheitsprämie« begonnen.

Das Bürgerversicherungsmodell sieht die Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in die GKV vor. Die Versicherungspflichtgrenze soll aufgehoben, die Beitragsbemessungsgrenze angehoben und die Beitragsbemessung auf weitere Einkunftsarten wie z. B. Kapitaleinkünfte ausgedehnt werden. Die private Krankenversicherung könnte nach der Mehrzahl der entsprechenden Reformvorschläge nur noch Zusatzversicherungen anbieten. Befürworter der Bürgerversicherung erwarten von der Ausdehnung der Solidargemeinschaft und der Erweiterung der Beitragsbasis eine Senkung und langfristige Sicherung der Beiträge. Das Modell der »Bürgerversicherung« wurde von der SPD, den Grünen, der Linkspartei/PDS sowie den Gewerkschaften unterstützt.

Das Prämienmodell sieht vor, dass grundsätzlich jeder Versicherte unabhängig von seinem Einkommen eine gleich hohe Prämie zahlt, wobei die Versicherung der Kinder aus Steuermitteln finanziert werden soll. Der Sozialausgleich findet nicht in der Krankenversicherung, sondern über das Steuersystem statt: Geringverdiener, die durch die Prämie überfordert wären, sollen staatliche Zuschüsse erhalten. Ziel des Modells ist es, dass der Krankenversicherungsbeitrag langfristig vom Lohn entkoppelt wird und so die Lohnnebenkosten gesenkt werden können. Befürworter des Prämienmodells sind vor allem die Unionsparteien.<sup>34</sup>

Den Zielen einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung sowie einer wettbewerblichen und freiheitlichen Ausrichtung der Krankenversicherung wurde das Gesetz nicht gerecht. Es bewirkte keine Stabilisierung der Beitragsbasis durch Verbreiterung des gesetzlich versicherten Personenkreises.

Das Gesetz sieht eine grundlegende Umgestaltung der Finanzströme im Gesundheitswesen vor: Während bislang die Beiträge von den Krankenkassen eingezogen und verwaltet wurden, gehen die Beiträge zukünftig an einen Gesundheitsfonds. Dieser Gesundheitsfonds

trägt allerdings nichts zur Problemlösung bei, sondern verursacht vielmehr neue Probleme. Indem zukünftig ein Einheitsbeitragsatz vom zuständigen Ministerium festgelegt wird, wird die Finanzhoheit der Krankenkassen-Selbstverwaltung bei der Beitragsfestsetzung gebrochen. Falls Kassen weniger Geld ausgeben, als sie aus dem Gesundheitsfonds erhalten, können sie ihren Mitgliedern Beiträge erstatten. Die Kassen, die mit den Zuweisungen nicht auskommen, müssen dagegen einen Zusatzbeitrag von den Versicherten erheben. Dieser Zusatzbeitrag darf höchstens ein Prozent des Einkommens betragen und ist im Verhältnis

zum Einkommen oder als Kopfpauschale zu erheben. Durch diese Regelung werden Kassen mit vielen Geringverdienern einen höheren Zusatzbeitrag verlangen müssen als günstiger gestellte Kassen.

Die SPD konnte sich mit ihrem Modell einer Bürgerversicherung bzw. der Einbeziehung der privat Krankenversicherten in den Solidarausgleich nicht durchsetzen. Vom Bürgerversicherungskonzept blieb allein die Einführung einer Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung und eine Rückkehrmöglichkeit für Nichtversicherte in die private Krankenversicherung oder die gesetzliche Krankenversicherung.



**Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und IKK-Bundesverbandsvorstand Rolf Stuppardt** auf einer gemeinsamen Veranstaltung der Spitzenverbände der Krankenkassen in Berlin, Februar 2006

Der Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung soll vor allem durch die Erweiterung der Vertragsfreiheiten der Krankenkassen im Bereich »Integrierte Versorgung« gefördert werden. Die Kassen dürfen hier Rabattverträge mit der Pharmaindustrie oder Sonderverträge mit bestimmten Ärzteguppen abschließen. Die Krankenkassen können darüber hinaus Wahltarife für alle Versichertengruppen anbieten.

Weitreichende Folgen für die Landschaft der gesetzlichen Krankenkassen ergeben sich aus der Erlaubnis kassenartenübergreifender Fusionen. Die bestehenden Bundesverbände (und Verbände der Ersatzkassen) verlieren ihre gesetzlichen Aufgaben sowie ihren Status als öffentlich-rechtliche Körperschaften. Die bisher bei diesen Verbänden liegenden Steuerungskompetenzen werden einem neuen »Spitzenverband Bund« übertragen. Er wird künftig zentral über die Rahmenbedingungen des Wettbewerbs der verschiedenen Kassen entscheiden. Weit über 70 Prozent des Ausgabenvolumens sollen einheitlich für alle Kassen vom Spitzenverband Bund durch entsprechende Rahmenvereinbarungen präjudiziert werden. Möglicherweise findet hier ein ordnungspolitischer Umbruch statt, der den Anfang vom Ende der gegliederten Krankenversicherung markieren könnte und der durch seine Zentralisierungstendenzen auch den Wettbewerb unter den Krankenkassen in Frage stellt.

## Schlusswort

**G**leichzeitig mit dem 125. Geburtstag der sozialen Krankenversicherung im Jahre 2008 beginnt eine ordnungspolitisch neue Phase in der Geschichte der Krankenkassen. Das bedeutet auch für die Innungskrankenkassen, deren Tradition und Geschichte in diesem Buch beleuchtet wurden und die früher und heute mit einer ausgezeichneten Identität sehr erfolgreich waren und sind, neue Herausforderungen.

Geschichte und Entwicklung der Innungskrankenkassen zeigen eindrucksvoll, wie Freiwilligkeit und Solidarität für Schutz- und Vorsorgemaßnahmen natürlicher Ausdruck eines frühen Sozialverständnisses der Menschen sind. Da die Einzelnen die Folgen von Unglücks-, Krankheits- und Schadensfällen nur schwer oder gar nicht tragen können, haben sie zuerst Not- und Unterstützungskassen gebildet. Viel später erst hat der Staat dies als generelles Ordnungsprinzip Norm setzend aufgegriffen.

Zurückzuführen sind die Innungskrankenkassen auf die freiwillige Unterstützung in kleinen, dezentralen und stets lebens- und versichertennahen Solidargemeinschaften auf lokalen Berufs- und Arbeitsebenen im Fall von Krankheit und Not. Inzwischen haben sich die Innungskrankenkassen zu modernen Dienstleistern für die Mitglieder, ihre mitversicherten Angehörigen und die Betriebe – rund um das Thema Gesundheit, Krankheit, Rehabilitation, Prävention und Pflege – entwickelt. Mit derzeit über acht Prozent Marktanteil belegen sie einen gut situierten und wachsenden Platz in der Krankenkassenlandschaft.

Dezentrale Steuerung und Verantwortung, das Kümmern um die Bedürfnisse der Einzelnen war stets ein charakteristischer Ausdruck ihrer Stärke und strukturellen Ausrichtung. Auch in Zeiten, in denen politisch-ideologische Visionen und Leitbilder auf übergreifende Konzentration oder gar auf Vereinheitlichung der gegliederten Krankenversicherung gerichtet waren, haben die Innungskrankenkassen mit dem Handwerk erfolgreich dagegen gestanden. Dies war sowohl Ende der 1920er Jahre als auch zu Beginn der nationalsozialistischen Herrschaft der Fall. Ausgestattet mit Kompetenz und Finanzhoheit in Selbstverwaltung haben sie in der Verkörperung von Tradition und Fortschritt zugleich entscheidend mit dazu beigetragen, dass Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Krankenversicherung in Deutschland trotz aller Probleme im internationalen Vergleich ein beachtliches und beneidetes Niveau aufweisen. Insbesondere nach den beiden Weltkriegen und beim Aufbau eines geeinten Deutschland ist dies tatkräftig unter Beweis gestellt worden.

Was wird nun die Zukunft bringen?

Sicherlich erfolgt mit der in diesem Jahr in Kraft getretenen Gesundheitsreform mit dem GKV-Wettbewerbs-Stärkungsgesetz eine gewisse ordnungspolitische Zäsur, die mangels empirisch ausgereifter Analysen so etwas wie einen offenen Versuch der Wende darstellt. Die Kernelemente der Selbstbestimmung, die Finanzhoheit der solidarischen Selbstverwaltung werden spürbar zurückgefahren. Ohne plausible Begründung wird die wettbewerbliche Gliederung der Krankenversicherung als strukturell überholt klassifiziert. Es werden politische Wunschvorstellungen nach Größe und Anzahl von Krankenkassen postuliert und publiziert, die Effektivitäts- und Effizienzhypothesen vermissen lassen. Der zentralstaatliche Einfluss wird bei stärkerer Ausrichtung auf Umverteilung und einem erheblich größeren Anteil an Umsetzungsvorgaben in zeitlicher, organisatorischer und inhaltlicher Hinsicht vergrößert. Ohne eine fundierte Bilanzierung und inhaltlich neue Anforderungen wird das verkörperschaftete Verbandswesen mit seinen beiden Ordnungsfunktionen der Koordination und des Wettbewerbs abgeschafft, obwohl Vielschichtigkeit und Interessenunterschiede natürlich bestehen bleiben.

Vor dem Hintergrund der ausgesprochen qualitativ ausgeprägten wechselseitigen Abhängigkeiten im Gesundheitswesen, die in ihren Wirkungen auf die Menschen stets umfassender sind als in anderen sozialpolitischen Regelungsfeldern, wird sich in den nächsten Jahren zeigen, ob diese Wende greifen wird oder ob – anknüpfend an die lange Tradition von Freiwilligkeit in der gelebten Entwicklungsgeschichte der Krankenkassen und insbesondere der Innungskrankenkassen - eine neue Form der Selbstbestimmung den politisch gewollten Trend zu Zentralisation und Vereinheitlichung wie historisch gehabt verhindern wird.

**Rolf Stuppardt**

Vorstandsvorsitzender IKK Bundesverband