

Vom Eintarif- zum Mehrtarif-anbieter

Die neuen Wahltarifmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen

Das GKV-WSG erlaubt den Kassen unterschiedliche Wahltarife anzubieten. Das in anderen Versicherungssparten übliche Instrumentarium stand bisher in der GKV nur im Rahmen von Modellvorhaben oder mit Bindung an die Kostenerstattung bestimmten freiwillig Versicherten offen. Möglich sind nun Tarife mit Selbstbehalt, Beitragsrückerstattung und für besondere Versorgungsformen. Erstmals vorgesehen ist auch eine Höherversicherung für privatärztliche Behandlung. Die Kassen können sich zukünftig als Mehrtarifanbieter positionieren und ihren Kunden passend zur jeweiligen Bedürfnis- und Lebenslage unterschiedliche Angebote unterbreiten. Der Beitrag beschreibt die Möglichkeiten zur Tariffdifferenzierung und geht auf die Chancen ein, die sich für innovative Kassen bei einer Neuausrichtung ihres Produktportfolios ergeben.

■ Claudia Pütz

1. Neue Regelungen nach dem GKV-WSG

Mit dem seit 1.4.2007 in Kraft getretenen Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) besteht erstmals in der Geschichte der GKV für die Kassen die Möglichkeit, ihren Versicherten mehrere Tarife zur Auswahl anzubieten. Eine Situation wie sie bisher nur in der PKV bekannt war und in anderen Versicherungsbranchen nicht wegzudenken ist, etwa in der Teilkasko-, der Hausrat- und der Feuerversicherung.

Möglich sind Wahltarife mit unterschiedlichen Selbstbehaltstufen, Beitragsrückerstattungsmodelle und Tarife für besondere Versorgungsformen. Letztere erlauben Beitragsnachlässe bei der Teilnahme an Hausarztmodellen, Integrationsverträgen, Disease-Management-Programmen und Modellvorhaben. Als Höherversicherung gegen Mehrbeitrag sind Kostenerstattungstarife möglich, die bei privatärztlicher Behandlung einen höheren Erstattungssatz als den „einfachen“ Kassensatz vorsehen.

Bereits 2004 wurden mit dem Gesundheits-Modernisierungsgesetz (GMG) in der GKV Selbstbehalttarife und die Beitragsrückerstattung eingeführt. Allerdings waren sie nur für freiwillig Versicherte zugelassen und die Selbstbehalttarife setzten zwingend voraus, dass die Teilnehmer sich für die private Behandlung über das Kosten-erstattungsverfahren verpflichteten.

Für die Krankenversicherungen war die Offerte von

Dr. Claudia Pütz, Manager Health & Life Science der Managementberatung Accenture, Kronberg im Taunus

Selbstbehalttarifen wenig attraktiv. Denn das Kostenerstattungsverfahren führt für die Versicherten zu Zusatzkosten, da die Ärzte ihnen höhere Abrechnungssätze liquidieren können, als die Kassen erstatten dürfen. Selbstbehalttarife konnten damit nur den Interessenten vermittelt werden, die bereit waren, die Zusatzkosten entweder aus eigener Tasche oder durch eine bereits abgeschlossene private Zusatzversicherung zu finanzieren. Entsprechend gering war die Akzeptanz bei den Kunden.

Nun stehen Wahltarife neben den freiwilligen auch allen pflichtigen Mitgliedern offen und sie können unter Beibehaltung des für die GKV üblichen und für die Versicherten zusatzkostenfreien Sachleistungsprinzips durchgeführt werden.

Mit den aktuellen Neuerungen geht die langjährige Diskussion um die grundsätzliche Vereinbarkeit von Wahltarifen mit dem Solidarprinzip der GKV zu Ende. Verurteilte die rot-grüne Bundesregierung 1999 Selbstbehalt noch pauschal als klassisches PKV-Instrumente und untersagte eine Zulassung für die GKV, so nutzen seit April letzten Jahres gut ein Drittel aller Krankenkassen die neuen Tarifinstrumente zu ihren Gunsten.

Sie wandeln sich damit zum Mehrproduktanbieter. Das fast ein Jahrhundert gültige Einproduktgebot ist aufgebrochen, der gesetzliche Krankenversicherungsschutz nun individueller gestaltbar. Insbesondere können erstmalig besondere Leistungs- und Versorgungsangebote mit Beitragszu- oder -abschlägen gekoppelt und als Gesamtpaket angeboten werden.

Damit werden die Krankenkassen auch ihre traditio-

nelle Betriebsorganisation in Beitrags-, Leistungs- und Vertragsabteilung aufgeben müssen, um sie – wie andere Industrien und Versicherungssparten – an den Erfordernissen der Produktentwicklungs- und Produktmanagementprozesse neu auszurichten.

Die aktuellen Rahmenbedingungen führen zu einer Reihe wettbewerblich neuer Herausforderungen. Zur Beurteilung ihrer Chancen und Risiken sind folgende Kernfragen zu beantworten:

- Welche Möglichkeiten zur Tariffdifferenzierung bietet das WSG den Kassen?
- Wie ist das Angebotsportfolio zukünftig auszurichten?
- Wie werden sich die Tarife auf die Wettbewerbssituation innerhalb der GKV und an der Grenze zur PKV auswirken?
- Wie kann eine Kasse sich erfolgreich zum Mehrproduktanbieter wandeln?

Der Beitrag beantwortet die Fragen.

2. Möglichkeiten für Wahltarife nach dem WSG

Die am Solidarprinzip orientierte GKV sah bisher unterschiedliche Tarifformen mit Beitragsab- oder -zuschlägen nicht vor. Traditionell möglich war nur eine Abstufung des Beitragssatzes nach Art des Krankengeldanspruches für bestimmte Gruppen von Selbstständigen (erhöhter und ermäßigter Beitragssatz).

Satzungsleistungen und Serviceangebote erlaubten auch in der Vergangenheit eine Differenzierung gegenüber der Konkurrenz, sie waren aber im Gegensatz zu den Wahlтарifen weder fakultativ wählbar noch führten sie zu einer Variation des individuellen Beitrags.

Mit dem GMG wurde 2004 erstmals die Vermittlung von privaten Zusatzversicherungen durch die Krankenkassen zugelassen. Dieses Instrument nutzen heute alle Kassen zum Ausbau ihrer Versicherungspalette um Höherversicherungsangebote aller Art: ambulante und stationäre Zusatzversicherungen, Zusatzleistungen bei Zahnersatz und Brillen, Versicherungsschutz für alternative Heilmethoden und Sterbegeldversicherungen. Dabei reichen die Kooperationsvarianten zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den privaten Krankenversicherungsunternehmen von der Gründung von Eigenmarken (Envivas und Techniker Krankenkasse) über die Exklusivkooperation mit einem etablierten Markenanbieter (z.B. Barmer und HUK-Coburg) bis hin zur Positionierung der Krankenkasse als Vermittler bzw. Makler, der für seine Versichertenklientel den jeweils „besten“ Zusatzversicherungstarif aus der Angebotspalette der PKV vorselektiert hat (z.B. Siemens Betriebskrankenkasse).

Das GKV-WSG erweitert die bisherigen Differenzierungsmöglichkeiten um die Wahlтарife nach § 53 SGB V. Sie lassen sich in zwei grundlegende Arten unterscheiden: Tarife mit und Tarife ohne Versorgungskomponente.

2.1 Tarife ohne Versorgungskomponente

Hierunter fallen Selbstbehalt, Beitragsrückzahlung, Höherversicherung bei Kostenerstattung und Tarife mit vorzogenem Krankengeldanspruch¹.

Selbstbehalt (§ 53 Abs. 1)

Möglich sind so genannte einkommensabhängige Selbstbehalte. Mitglieder, die einen Selbstbehalt mit ihrer Kasse vereinbaren, erhalten einen entsprechenden Beitragsnachlass. Selbstbehalt und Beitragsnachlass beziehen jeweils auf ein Kalenderjahr. Die Kassen können mehrere Selbstbehaltstufen zu Auswahl anbieten. Die gewährten Beitragsreduktionen dürfen 20% der vom Mitglied gezahlten Beiträge nicht übersteigen. Der maximal mögliche Beitragsrabatt liegt bei 600 Euro pro Jahr. Wahlberechtigt sind alle Mitglieder, soweit sie eigene Beiträge zahlen.

Selbstbehaltтарife mit mehreren Selbstbehaltstufen haben fast alle Kassen im Programm. Die meisten von ihnen bieten jeweils ein bis zwei niedrige, mittlere und hohe Selbstbehalte an. Obwohl auch Selbstbehalte in Form von direkten Einkommensprozenten zulässig sind, offerieren fast alle Kassen Wahlfranchisen, d.h. fixe jährliche Selbstbehaltbeträge, die von den Mitgliedern in bestimmten Einkommensintervallen gewählt werden können.

Zum Beispiel bietet die DAK in ihrem Tarif „proGarantie“ vier nach Einkommen gestaffelte Selbstbehaltstufen von 120, 240, 360 und 550 Euro pro Jahr. Die zugehörigen Beitragsnachlässe liegen bei 60, 108, 156 und 216 Euro. Im Tarif „proAktiv“ erhält der Versicherte bei der Entscheidung für einen Selbstbehalt keine Barauszahlung des Bonus sondern eine Extraleistung (z.B. Zahnreinigung) von höherem finanziellem Gegenwert.

Beitragsrückzahlung (§ 53 Abs. 2)

Die Kassen können ihren Mitgliedern maximal einen Monatsbeitrag am Jahresende zurückzahlen, wenn das Mitglied und seine mitversicherten volljährigen Familienangehörigen keine Leistungen beansprucht haben. Vorsorgeuntersuchungen und Maßnahmen zur Krankheitsverhütung sowie die Behandlung von Kindern unter 18 Jahren bleiben für die Beitragsrückzahlung unberücksichtigt.

Beitragsrückzahlungsmodelle gehören mittlerweile zum Standardangebot der Kassen. Die Versicherten schätzen an den Tarifen die risikolose Einsparmöglichkeit ohne weitere Verpflichtungen. Um den von der Beitragsrückzahlung gesetzten Anreiz, keine Leistungen zu Lasten der Kasse in Anspruch zu nehmen, zu steigern, bieten einige Kassen Stufenmodelle mit wachsenden Rückzahlungsbeträgen an. So erhält man z.B. bei der BIG Die Direktkasse im ersten Jahr der Leistungsfreiheit einen halben Monatsbeitrag, im zweiten Jahr einen vollen und im darauf folgenden dritten und jedem weiteren leistungsfreien Jahr 1,5 Monatsbeiträge zurück.

Höherversicherung bei Kostenerstattung (§ 53 Abs. 4)

Für privatärztliche Behandlung auf Kostenerstattungsbasis können Tarife angeboten werden, die vorsehen, dass die Versicherten bei Einreichung der Rechnung nach GoÄ/GoZ einen höheren Abrechnungssatz erstattet bekommen als den „einfachen“ gesetzlichen Satz, den die Kassen regulär bezahlen dürfen. Möglich sind Tarifmodelle mit wählbarer Höhe des Erstattungssatzes (z.B. 2,3 oder 3,5-fach GoÄ/GoZ). Für diese Mehrleistung wird eine Zusatzprämie fällig.

Die Tarifoption erlaubt es den Kassen, in das bisher ausschließlich von der PKV besetzte Segment der Zusatzversicherung einzusteigen. Neben der Vermittlung von privaten Zusatzverträgen sind nun auch Höherversicherungen „auf eigene Rechnung“ möglich, bei denen die Zusatzprämie nach der gewählten Erstattungsstufe und dem Alter der Versicherten variieren kann. Das erfordert abweichend vom Umlageprinzip eine prospektive Tarifkalkulation nach aktuarischen Grundsätzen, um die langfristige Selbstfinanzierung des Tarifs sicherzustellen.

Die Krankenkassen bieten die Höherversicherung sehr zurückhaltend an. Das mag zum einen an der Neuartigkeit der Tarifoption für die GKV liegen, zum anderen ist die potenzielle Zielgruppe eher klein. In Frage kommen nur Versicherte, die sowohl Mitglied der GKV bleiben möchten als auch die Behandlung als Privatpatient derart schätzen, dass sie bereit sind, dafür eine erhöhte Prämie zu zahlen.

Als eine der ersten ging die Techniker Krankenkasse mit einem Zusatztarif auf dem Markt. Sie erstattet den Teilnehmern von der eingereichten ärztlichen Privatrechnung 90% des Rechnungsbetrags bis maximal zum 3,5-fachen GoÄ-Satz. Als Zusatzbeitrag fällt eine altersgestaffelte Prämie an, die zwischen 17,90 und 99,90 Euro pro Monat liegt.

Für alle Tarife ohne Versorgungskomponente gilt eine Bindungsfrist von mindestens 3 Jahren, während der die Kassenmitgliedschaft nicht gekündigt werden darf. Vorzusehen ist aber ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen. Das verhindert missbräuchliche Wechsel zwischen den Tarifen je nach erwarteter Leistungsanspruchnahme (Tarifhopping) oder die Verschiebung planbarer medizinischer Behandlungen in Zeiten ohne Tarifbindung.

Die Tarife müssen sich finanziell selbst tragen, d.h. eine Quersubventionierung durch Beiträge von Versicherten, die nicht am jeweiligen Wahltarif teilnehmen, ist ausgeschlossen. Das erfordert abweichend vom bisherigen Umlageprinzip der GKV differenzierte Einzelkalkulationen, die für jedes Tarifkollektiv in einer Mehrperiodenrechnung die Aufwendungen für den Tarif den Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen gegenüberstellen.²

2.2 Tarife mit Versorgungskomponente (§ 53 Abs. 3)

Zu dieser Gruppe zählen alle Tarifformen, die ein von der Regelversorgung abweichendes medizinisches Behandlungsangebot mit einer Prämienvariation kombinieren. Das geht bei der Teilnahme an Modellvorhaben, Hausarztmodellen, Integrationsverträgen oder Disease-Management-Programmen.³ Neu ist mit dem WSG, dass neben Zuzahlungsermäßigungen nun auch direkte Beitragsnachlässe erlaubt sind.

Hausarzttarife (§ 73 b)

Diese Tarifform muss jede Kasse laut Gesetz anbieten, wobei es ihr freisteht, die Prämie der Versicherten zu erhöhen oder zu vermindern. So sind technisch zwei Angebotsrichtungen möglich. In der einschränkenden Variante („Hausarzt-Basis“) schränkt der Teilnehmer seine freie Arztwahl ein und verpflichtet sich im Krankheitsfall zuerst den Hausarzt aufzusuchen und Fachärzte erst nach einer Überweisung zu konsultieren. Dafür erhält er einen entsprechenden Prämiennachlass. In der erweiterten Variante („Hausarzt-Plus“) verpflichtet der Versicherte sich zwar weiterhin zur Erstbehandlung durch den Hausarzt, ihm werden aber spezifizierte Lotsenfunktionen im Behandlungspfad garantiert und Zusatzleistungen (Ernährungsberatung, Vereinbarung von Gesundheitszielen) und sonstige Services (längere Öffnungszeiten, Termingarantien, und elektronische Patientenakten) zugesichert. Hierfür kann ein Zusatzbeitrag gerechtfertigt sein.

Die Einführungsverpflichtung eines Hausarzttarifs führt für jede Einzelkasse zu der Überlegung, wie sie die Muss-Leistung zu einem Tarifpaket wandeln kann, dass nicht nur unterschiedliche Kundenbedürfnisse in der Art der hausärztlichen Behandlung adressiert, sondern auch eine wettbewerbliche Differenzierung gegenüber den Mitbewerbern garantiert. Denn aufgrund der notwendigen finanziellen Investitionen reicht es nicht aus, den Hausarzttarif nur im Programm zu führen um der gesetzlichen Auflage zu genügen, ohne dass er einen Mehrwert im Neugeschäft und in der Haltearbeit der Krankenkasse liefert.

Modellvorhaben (§ 63)

Krankenkassen können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen. Mit dem WSG ist neu, dass die Teilnahme an einem Modellvorhaben mit einer Prämienvariation kombiniert werden kann. Damit eröffnet sich ein Weg, neue Versicherungstarife in der GKV zu testen. Denkbar sind hier Tarife bei Nutzung bestimmter Servicekanäle (Internet, Telefon), Tarife mit Beschränkung auf bestimmte Leistungserbringer (Partnerärzte, Partnerapotheken), Gruppenversicherungen für Arbeitgeber in Kombination mit bestimmten Präventions- und Gesundheitsleistungen und anderes mehr. Sicherergestellt werden muss

allerdings der Erprobungscharakter der neuen Tarifförm. Ein Mehraufwand liegt in der Genehmigungspflicht durch die Aufsichtsbehörden, die Beschränkung der Laufzeit auf maximal 8 Jahre und die Pflicht zur wissenschaftlichen Begleitung durch unabhängige Experten.

Alle Tarife mit Versorgungskomponente erlauben neben der Prämienzahlung auch die Zuzahlungsermäßigung. Sie besitzen keine mehrjährige Mindestbindungsfrist, die eine Kündigung der Mitgliedschaft ausschließt. Trotzdem dürften sie eine implizite Bindungswirkung an die Kasse entfalten, da die Versicherten sich aktiv für den Tarif entscheiden und sich selbst einschreiben müssen.

Zum Aufsetzen der Tarife hat die Krankenkasse nicht nur die Tarifparameter im engeren Sinn wie Teilnahmekriterien, Spezifikation des Leistungsanspruches und der Prämienvariation festzulegen, sie muss auch mit den Leistungserbringern separate Verträge schließen, die die vom Standard abweichende Art der Versorgung konkretisieren. Nötig sind also zwei Vertragsrichtungen: Tarifverträge mit den Versicherten und Versorgungsverträge mit den Behandlern.

2.3 Kombinationsmöglichkeiten

Die einzelnen Wahltarife sind zwar grundsätzlich nebeneinander wählbar, doch schränkt das Gesetz die maximal zulässigen Prämienzahlungen (Beitragsnachlass oder Mehrbeitrag) ein. Bei Einschreibung in nur einen Wahltarif darf die Prämienzahlung höchstens 20% des Jahresbeitrags betragen, jedoch nicht mehr als 600 Euro. Bei Einschreibung in mehrere Wahltarife gelten 30% des Jahresbeitrags und maximal 900 Euro als Höchstgrenze.

Inhaltlich machen diejenigen Kombinationen Sinn, deren Einzelbausteine identische Zielgruppen ansprechen. Das gilt z.B. für die Verbindung von Selbstbehalt und Beitragsrückzahlung, die beide auf den preisbewussten Kunden, der keine oder nur geringe Gesundheitskosten in der Zukunft erwartet, abzielen. Für die gleichzeitige Einschreibung in einen Hausarzt- und einen DMP-Tarif werden sich bestimmte Gruppen chronisch erkrankter Versicherter interessieren. Fast immer kombinierbar sind Wahltarife mit privaten Zusatzversicherungen oder anderen Offerten der Kassen, wie z. B. Bonusprogrammen für gesundheitsbewusstes Verhalten, speziellen Versorgungsangeboten auf Basis von Modellvorhaben, Satzungsleistungen und anderem mehr.

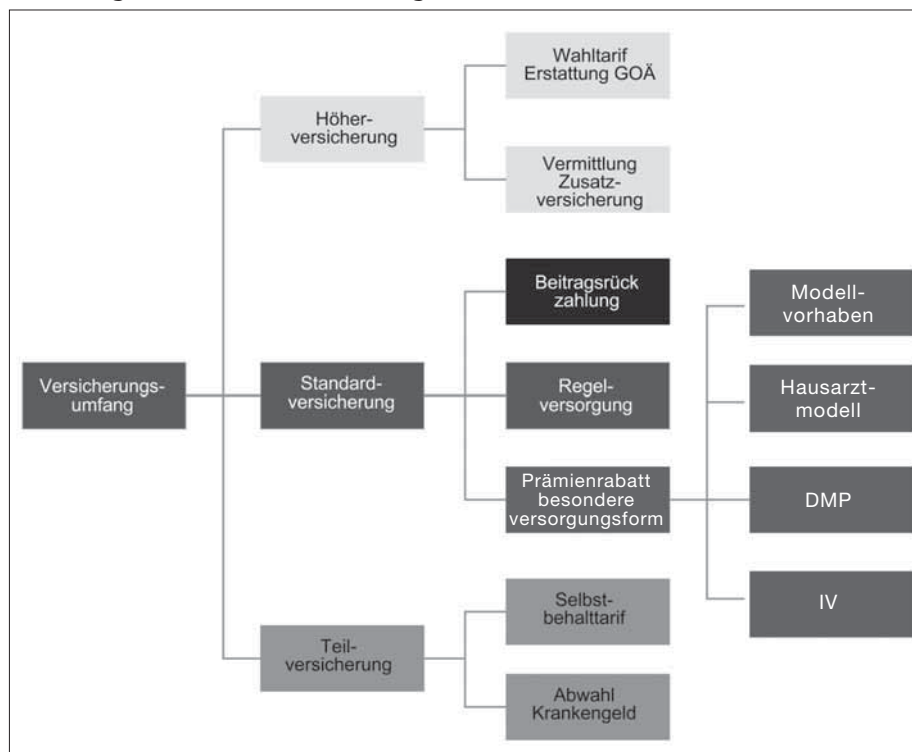
Für die Kassen liegt es nun auf der Hand, ihr gesamtes Angebotsportfolio neu zu sortieren und in zielgruppenspezifische, passgenaue Produktbündel „umzupacken“. Darauf geht Abschnitt 3.2 ein.

3. Positionierung als Mehrtarifanbieter

3.1 Neuausrichtung und Bündelung des Angebotsportfolios

Die durch das WSG geschaffenen Regelungen ermöglichen es den Kassen, unterschiedliche Niveaus in der Versicherungsdeckung anzubieten. Möglich werden neben der Standardversicherung auch Teilversicherungen (geringerer Leistungsumfang gegen geringeren Beitrag) und Höherversicherungen (Mehrleistungen gegen Mehrbeitrag).

Abbildung 1: Arten von Versicherungsschutz



Quelle: eigene Darstellung

Die gesetzlichen Versicherer können damit zur PKV aufschließen und für ihre unterschiedlichen Kundengruppen unterschiedliche Angebote entwickeln. Damit lassen sich die individuellen Präferenzen der Kunden und ihre Zahlungsbereitschaft und Risikoaffinität zielgenauer treffen.

Als erfolgsversprechender Ansatz zur Neuausrichtung des Angebotsportfolios gilt das Bündeln ausgewählter Tarife, Zusatzleistungen und Services zu einem Paket (Bundling).

Denkbar sind „Sparpakete“ für preisbewusste Kunden, die Selbstbehalt, Beitragsrückzahlung und Boni bei der

Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen oder Fitnessangeboten kombinieren. Pakete für „Freiberufler“ fassen den wählbaren Krankengeldanspruch der Kasse mit einer privaten Krankengeldhöherversicherung zusammen und beinhalten speziell auf die Bedürfnisse des Kundensegments abgestimmte Gesundheitscheck-ups und Servicezeiten. „Familien-Pakete“ fassen alle für eine Familie sinnvollen Angebote zusammen, wie Eltern-/Kind-Kuren, Kindervorsorgeuntersuchungen, spezielle Kinder-Zusatzversicherungen, Gesundheitsreisen und Service-Hotlines für Familien.

Bei richtiger Umsetzung macht dieses Prinzip die Versicherungsangebote für die Kunden transparenter. Die Versicherungspakete sind gegenüber den Angeboten der Konkurrenz besser abgrenzbar, der spezifische Mehrwert für den Kunden bei Entscheidung für ein Angebotspaket kann stärker herausgestellt werden. Er kann schneller und besser erkennen, ob die Offerte zu seinem individuellen Absicherungsbedürfnis und seiner Preisvorstellung passt.

Für die Vertriebsmitarbeiter hat das Bundling den Vorteil, dass für eine Anzahl bestimmter Beratungssituationen die passenden Produktbündel bereits vorgegeben sind. Sie können sich an den Lebensphasen der Versicherten (Geburt, Ausbildung, Berufstätigkeit, Ruhestand) orientieren, deren Berufsgruppe (Führungskräfte, Beschäftigung bei einem bestimmten Arbeitgeber) oder Krankheitssituation zum Bezug haben oder den persönlichen Sicherungsbedarf (Sparfuchs, Premium) aufgreifen.

Zielgruppenorientiertes Bundling ist mehr, als das einfache Zusammenschnüren einzelner Angebotsbausteine. Die in einem Paket zusammengefassten Module sind, soweit möglich, sowohl in ein einheitliches Produktdesign zu gießen als auch abwicklungstechnisch miteinander zu verbinden.

Kombiniert ein „Sparpaket“ beispielsweise einen Tarif mit hoher Selbstbehaltstufe mit der Beitragsrückzahlung und dem Bonusprogramm, so ist es sinnvoll, wenn der Versicherte sich nur einmal einschreiben muss, Anfragen zu Inanspruchnahme von Leistungen nur einmal an ihn geschickt werden und die Auswahl der Leistungen, die nicht auf den Selbstbehalt bzw. die Beitragsrückzahlung angerechnet werden, aufeinander abgestimmt sind.

Bei Abschluss eines „Familienpakets“ mit inkludierten privaten Zusatzversicherungen sollten z.B. die Versicherten die privaten Arztrechnungen auch bei ihrer Krankenkasse, die ihnen den Tarif vermittelt hat, einreichen können. Die Krankenkasse nimmt auch die Kostenerstattung vor und rechnet intern mit dem kooperierenden privaten Versicherungsunternehmen ab.

3.2 Neue Handlungsmöglichkeiten für Kundenbindung und Neukundengewinnung

Die Wahltarife verbessern die Handlungsparameter der Kassen zur Kundenbindung und Neukundengewinnung.

In den letzten 10 Jahren wechselte rund die Hälfte aller Mitglieder ihre Krankenkasse mindestens einmal. Da das Versicherungsangebot im Kern einheitlich war, genügte der reine Preisvergleich. Kassenwechsel waren bei Beachtung der Mindestbindungszeit von 18 Monaten ziemlich einfach, die Transaktionskosten sanken, auch weil zahlreiche Verbraucherzeitschriften und Internetseiten regelmäßig Listen der beitragsatzgünstigsten Kassen veröffentlichten. Hatte ein Kunde sich entschieden, seine bisherige Kasse zu verlassen, so konnte sie ihm meistens nichts entgegensetzen. Die Spielräume, dem Wechselbereiten individuelle Angebote zu unterbreiten um ihn eventuell in der Versicherung zu halten, waren gering.

Das ändert sich mit den Wahlтарifen in zweierlei Hinsicht. Erstens können sie bei der direkten Kündigungsabwehr eingesetzt werden, indem man z.B. einem zur PKV wechselwilligen Kündiger auf die Beitragseinsparungsmöglichkeiten durch Selbstbehalttarife und Prämienrückzahlungsprogramme aufmerksam macht. Zweitens steigern sie die Bindungswirkung an die Kasse, da für Wahlтарifversicherte die Kündigung ihrer Mitgliedschaft für die Mindestbindungsfrist an den Tarif ausgeschlossen ist.

Auch zum Aufbau einer langfristigen Kundenbeziehung sind die Wahlтарife geeignet. Sie helfen, den Versicherten mit dem jeweils passenden Tarifangebot durch seine unterschiedlichen Lebensphasen zu begleiten.

Mit den Wahlтарifen wird es auch für heute eher teure Kassen möglich, günstige Beitragsätze bzw. Prämien anzubieten um damit Fokuskunden an die Kasse zu binden.

Tarife mit Versorgungskomponente sind für Kassen mit hohen regionalen Marktanteilen von Vorteil, denn sie können ihre lokale Marktstärke und Verhandlungsmacht gegenüber den Leistungserbringern dazu einsetzen, besonders attraktive Hausarztmodelle, Integrationsverträge oder Modellvorhaben aufzulegen und so unverwechselbare Tarifangebote gestalten. Kassen wie die AOKen aber auch große regional starke Betriebskrankenkassen werden sich damit neue Kundenpotenziale erschließen können.

4. Wirkungen der neuen Tarifmöglichkeiten auf den Wettbewerb

Die neuen Tarifmöglichkeiten verändern sowohl den Wettbewerb innerhalb der GKV als auch der Wettbewerb zwischen GKV und PKV.

4.1 Innerhalb der GKV

Seit Einführung der freien Kassenwahl im Jahr 1996 wird der Wettbewerb um Neumitglieder in erster Linie über die Höhe des Beitragsatzes ausgetragen. Der Preis ist deshalb auch bei jeder Kundenbefragung einer der am häufigsten genannten Kündigungs- und Wechselgründe.

Das GMG brach 2004 die Preisfokussierung in ersten Ansätzen auf. Vorreiterkassen machten sich die Beitragsrückzahlung und Bonusprogramme zu Nutze, um ihre

Kunden mit individualisierten Angeboten anzusprechen. Die Techniker Krankenkasse zeigte mit ihrem Modellvorhaben „Selbstbehaltbehaltsvertrag“, dass derartige Offerten Kündigungen vermeiden und eine steuernde Wirkung auf die Inanspruchnahme von Leistungen erzielen.⁴

Der ab 2009 geplante Gesundheitsfonds sieht einen GKV-weiten Einheitsbeitragsatz vor. Preisunterschiede zwischen den Kassen sollen nur noch über die Zusatzprämie möglich sein. Das wird zu einer gänzlich anderen Art von Preiswettbewerb in der GKV führen:

- Die Preisabstände werden nicht mehr als Lohnprozente in Form rechnerischer Beitragssätze sichtbar, sondern als monatlich zu zahlende Euro-Beträge. Das steigert die direkte Preisvergleichbarkeit für die Kunden.
- Die Einsparmöglichkeiten bei einem Kassenwechsel sind zukünftig von der Einkommenshöhe unabhängig. Für Geringverdiener steigt damit der Wechselanreiz, während er für Gutverdiener sinkt. Das verändert sowohl die sozio-demografische als auch die Morbiditätsstruktur der Kassenwechsler.
- Überdurchschnittlich günstige Kassen werden Prämien ausschütten können. Das zieht Versicherte der untersten Einkommensklassen besonders an, da für sie der Anschein entsteht, mit einem Kassenwechsel „Geld verdienen“ zu können. In diesem Segment sind zusätzliche Wechselbewegungen zu erwarten.

Insgesamt werden die Preisabstände sich in einem engeren Korridor als heute bewegen. Um die Tendenz zur Preisvereinheitlichung zu umgehen, werden innovative Kassen ihren Versicherten differenzierte Angebotspakete unterbreiten, die sich sowohl hinsichtlich des Versicherungsumfangs, der Zusatzleistungen, Services als auch der zu zahlenden Prämie unterscheiden. Der Wettbewerb in der GKV wird damit zunehmend über ein echtes Preis-/Leistungsverhältnis ausgetragen.

4.1 Zwischen GKV und PKV

Mit den Instrumenten Selbstbehalt und Beitragsrückzahlung kann die GKV nicht nur in großen Teilen mit der PKV gleichziehen und wie sie unterschiedliche Tarife zur Auswahl anbieten, der Kostenerstattungstarif bei privatärztlicher Behandlung erlaubt ihr sogar, ein bisher ausschließlich von der PKV besetztes Feld zu betreten.

Gesetzliche und private Versicherungen konkurrieren damit zukünftig nicht nur im Bereich der Vollversicherung um die gleichen Kunden, sie treffen auch im Zusatzversicherungssegment aufeinander. Dessen Umsatzvolumen ist noch von untergeordneter Bedeutung, sein Wachstumspotenzial aber dynamisch, sodass sich die Frage stellt, welche Auswirkungen die neue Konkurrenzsituation auf die langfristige Perspektive der Kooperationen nach § 194 SGB V hat.

5. Produktentwicklungsprozess der Zukunft

Der optimale Umgang mit den Wahlтарifen setzt mehr voraus als nur die Möglichkeiten von § 53 SGB V operativ umzusetzen und interessierten Versicherten die Vertragsunterzeichnung zu ermöglichen.

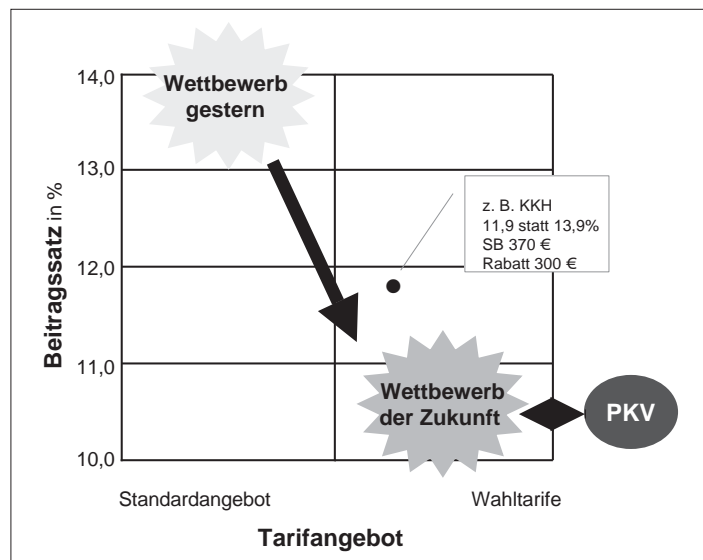
Grundvoraussetzung ist vielmehr eine datenbasierte Zielgruppensegmentierung, eine klare Zielkundendefinition, eine Markteinführungsstrategie und eine umfassende Marketingkonzeption. Hinzu gehört auch ein Vertriebskonzept, das die Mitarbeiter der Kasse befähigt, den Kunden in Vertriebs- und Beratungsgesprächen das jeweils passende Angebot zu unterbreiten. Den Finanz- und Absatzstatus der Tarife muss ein ergänzendes Controlling beobachten, um die gesetzlich verlangte Selbstfinanzierung der Tarife sicherzustellen.

Technisch sind die neuen Aufgaben durch eine Bestandsführungs- und Vertriebssoftware zu unterstützen, die eine einheitliche Sicht auf den Kunden sicher stellt, sein Bedürfnis nach Versicherungsschutz anhand vordefinierter Kundenmerkmale identifiziert und den Kassenmitarbeitern anlassbezogene Up- und Cross-selling-Potenziale proaktiv aufzeigt.

Damit kommt eine neue unternehmerische Querschnittsfunktion auf die Kassen zu: das Produktmanagement. Dazu zählen die Generierung von Produktideen, die Produktentwicklung, die Markteinführung, der Produktbetrieb das Produktportfolio-Management.

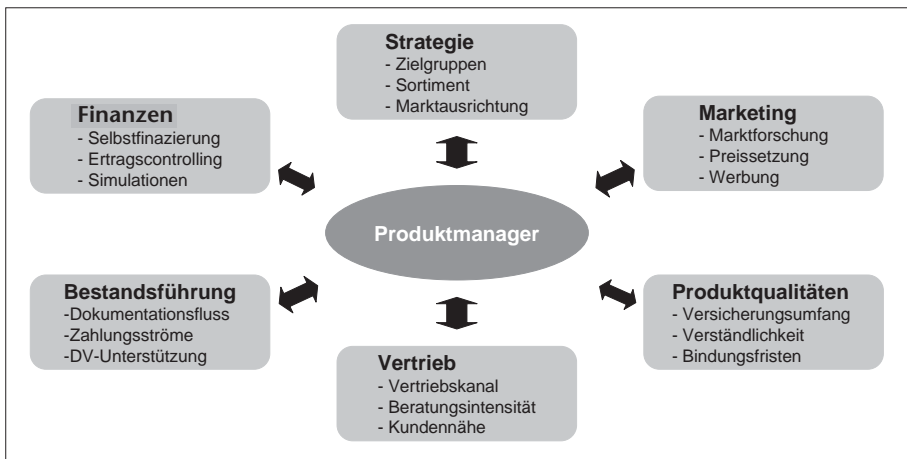
Die Bündelung und Koordination der notwendigen Aktivitäten innerhalb des Produktmanagements ermöglicht den notwendigen Kompetenzaufbau und die schnelle und kundenwirksame Umsetzung von Tarif- und Angebotsideen auf dem Markt. Das Produktmanagement bezieht nahezu alle Organisationseinheiten der Kasse mit ein. Hauptsächlich sind davon betroffen Marketing und

Abbildung 2: Wettbewerb heute und in Zukunft



Quelle: eigene Darstellung

Abbildung 3: Produktmanager interagieren mit zahlreichen Gestaltungsfeldern



Quelle: eigene Darstellung

Vertrieb, Finanzwesen, Leistungs- und Beitragswesen und wegen der Versorgungskomponente der Tarife auch die Vertragsabteilungen. Modernes Produktmanagement wird als wird als Geschäftsprozess organisiert. Dabei ergänzen horizontale Projektstrukturen und Teams die die klassischen vertikalen Linienfunktionen.

Um den neuen Anforderungen gerecht zu werden, benötigen die gesetzlichen Versicherer auch Produktmanager. Diese begleiten ein Produkt von der Entwicklung über die Markteinführung bis zur Reife- und Sättigungsphase. Sie sind für die abteilungsübergreifenden Abstimmungsprozesse zuständig, tragen aber auch Absatz- und Budgetverantwortung. Sie kontrollieren neben die Verkaufszahlen auch die Leistungsfälle und Kosteneinsparungen der einzelnen Produkte und Angebotsbausteine. In der Reifephase eines Produkts stoßen sie notwendige Produktanpassungen an. Ihre Aufgabe ist es auch, den Beginn der Sättigungsphase frühzeitig zu erkennen und die notwendigen Schritte einzuleiten, um Produkte gegebenenfalls vom Markt zu nehmen.

Als Produktmanager geeignet sind Persönlichkeiten, die sich durch hohe Eigeninitiative, Überzeugungskraft und Kontaktfähigkeit auszeichnen. Diese Art Schlüsselfaktoren sind in der eher sozialversicherungsrechtlich ausgebildeten Stammmannschaft einer Krankenkasse mit einer hohen Abteilungsspezialisierung weniger vorhan-

den. Vorausschauende Kassen werden diese Lücke mit erfahrenen Produktmanagern aus anderen Dienstleistungsbranchen (Versicherungswirtschaft, Finanzdienstleistungssektor) schließen um für die Herausforderungen der Zukunft frühzeitig gerüstet zu sein.

6. Ausblick

Auch wenn heute fast alle Kassen Wahltarife gestartet haben, wird das Marktbearbeitungspotenzial, das in ihnen steckt, bei weitem nicht ausgeschöpft. Auf dem Markt sind viele Nachahmerprodukte, die unter hohem Zeitdruck entwickelt wurden.

Das geht zu Lasten der langfristigen Verkaufbarkeit und der Optimierung der Kundenbindungswirkung. Auch sind einmal von der Selbstverwaltung und der Aufsicht genehmigte Tarife schwer abzuändern.

Nach Überwindung der Anlaufschwierigkeiten werden in der Ausbaustufe die Versicherungen ausgeklügelte Versorgungstarife und Produktbündel zur Verfügung stellen. Die Fähigkeit, Produkte für den sich wandelnden Markt der GKV schnell, zielgruppengerecht und erfolgswirksam zu entwickeln und zu managen, zählt zukünftig zu den wohl wichtigsten und damit strategischen Kernkompetenzen einer Krankenversicherung.

Fußnoten

- 1 Die Krankengeldtarife nach § 53 Abs. 6 SGB V treten zusammen mit dem Gesundheitsfonds erst zum 1.1.2009 in Kraft und werden deshalb hier nicht weiter behandelt.
- 2 Zu den Tarifierungsgrundsätzen von Wahl-tarifen in der GKV siehe Pütz, C. (2001): Selbstbehalttarife für die gesetzliche Krankenversicherung, Baden-Baden, S. 185-187.
- 3 Näher behandelt werden nur Hausarzttarife und Tarifkonstruktionen, die Modellvorhaben inkludieren. Disease-Management-Programme laufen zum 1.1.2009 aus und Integrationsverträge sind im Regelfall regional und/oder indikationsspezifisch eng begrenzt.
- 4 Siehe Felder, S./Werblow, A. (2005): Steuerungswirkung von Selbstbehalttarifen. Das Selbstbehaltmodell der Techniker Krankenkasse, Baden-Baden.