

Entwicklungen des gesetzlichen Krankenversicherungsmarktes in Deutschland: Ergebnisse einer empirischen Erhebung

Viele Stimmen äußern sich regelmäßig mit Einschätzungen wie die Zukunft des deutschen Krankenversicherungsmarktes sein sollte oder gar werden wird. Sicher haben alle Beteiligten eine persönliche Einschätzung über zukünftige Kooperationsmöglichkeiten und Fusionen, jüngste Beispiele wie die Verbindung der IKK Direkt mit der Techniker Krankenkasse zeigen die hohe Brisanz des Themas. Verstärkend wird der kommende Gesundheitsfonds ab 2009 eine trendsetzende Rolle einnehmen, die in der Dynamik heute noch nicht abzuschätzen ist. Mit der vorliegenden Befragung wird weiter und tiefer gehend ein Schlaglicht auf interne Abläufe in Krankenkassen geworfen, das dieses Thema der Konzentration im Krankenversicherungssektor von einer Seite beleuchten lässt, die in der Breite bis dato noch nicht vorlag.

■ Simone Krummaker¹, Dr. Thomas Mittendorf¹, Holger Stürmann²,
Prof. Dr. J.-Matthias Graf von der Schulenburg

1 Einleitung

Gesetzliche wie private Krankenversicherungen agieren in einem sich ständig wandelnden Umfeld und sind in besonderem Maße von externen Einflüssen abhängig. Vor allem sozialpolitische Eingriffe führen zu Veränderungen, die Verhaltensänderungen und geänderte Bedürfnisse bei Kunden hervorrufen, aber auch zu Systemanpassungen führen. Für das Management von Krankenversicherungen bedeutet dies, die Handlungsfähigkeit des eigenen Hauses vor dem Hintergrund vieler möglicher Szenarien aufrecht zu erhalten, indem Unternehmensstrategien, Prozesse und Mitarbeiter pro-aktiv und flexibel ausgerichtet werden. Es stellt sich daher die Frage, inwieweit diese Rahmenbe-

dingungen einer aktiven Gestaltung zugänglich gemacht werden können oder ob Krankenkassenmanagement hauptsächlich reaktiv auf einen Wandel des Umfelds hin erfolgt – beides mit dem Ziel, den gesellschaftlichen Auftrag zur Versorgung der Bevölkerung effektiv und effizient zu erfüllen.

Durch die Gesundheitsreform sind zahlreiche neue Handlungselemente in das Gesundheitssystem eingeführt worden, die einen Anpassungs- und Änderungsdruck bei den gesetzlichen wie auch den privaten Krankenversicherungsunternehmen entstehen lassen. Um einen tieferen Einblick in diese Prozesse zu bekommen, wurden bei der vorliegenden Studie Manager gesetzlicher und privater Krankenversicherungen um eine Beurteilung der Impulse aus der Gesundheitsreform wie auch weiterer Trends im Gesundheitswesen in Deutschland gebeten, um einen kleinen empirischen Einblick für die aktuelle Diskussion zu bekommen.

¹ Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover, Institut für Versicherungsbetriebslehre, Hannover, Deutschland

² PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Hannover

2 Ziele der Befragung und Studiendesign

Um der Frage nachgehen zu können, wie sich die Struktur des gesetzlichen und privaten Krankenversicherungsmarktes in Zukunft entwickeln wird, wurden Entscheidungsträger anhand einer empirischen Erhebung einerseits zu Aspekten der jüngsten Gesundheitsreform befragt und andererseits um Aussagen zu zukünftigen Strategien und Handlungsfeldern ihrer Unternehmen gebeten. Zusätzlich wurden ausgewählte Topmanager in Interviews um eine persönliche Einschätzung gebeten. Der empirischen Erhebung lagen dabei folgende Thesen zugrunde:

- Der zukünftige Wettbewerb in der GKV wird sich auch durch das GKV-WSG verschärfen.
- Die Wahltarife stellen in der GKV ein eher systemfremdes und kontrovers diskutiertes Instrument dar, worüber privatversicherungsähnliche Elemente im gesetzlichen System eingeführt werden.
- Die Möglichkeiten der Direktverträge zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern erhöhen die Marktmacht großer Kassen und ziehen das Erfordernis des Aufbaus von Marktmacht auch bei kleineren Kassen nach sich.
- Infolge des zunehmenden Wettbewerbs wird der Konzentrations- und Konsolidierungsprozess auf Kassen- wie auf Leistungserbringerseite zunehmen.

Studiendesign

Kern der Studie ist eine quantitative empirische Befragung der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland anhand eines Fragebogens, der neben statistischen Angaben über die teilnehmenden Unternehmen Fragen zu den Kategorien „Marktwirtschaftliche Entwicklungen im Gesundheitswesen“, „Qualität und Finanzierung bei Krankenkassen“, „Kooperationen und Fusionen im Krankenkassensektor“, „Krankenkassen als Dienstleister“ und „Unternehmenssteuerung“ beinhaltet. Die Beantwortung dieser Fragen konnte anhand Ankreuzens einer fünfstufigen Likertskala bzw. auch teilweise mit frei formulierten Antworten erfolgen. Die Analyse der Daten für die vorliegende Studie erfolgte vorrangig mittels deskriptiver Statistik. An einigen Stellen wurden diese Ergebnisse um explorative und analytische statistische Verfahren ergänzt. Die Erfassung und Analyse erfolgte mittels der Statistiksoftware SPSS 14.

Darüber hinaus wurden Vorstände von Krankenkassen und privaten Versicherungsunternehmen über ein qualitatives Interview befragt. Die Befragung erfolgte als Leitfaden-Interview mit offenen Fragen (vgl. Lamnek (2005), S. 728).

Beschreibung der Stichprobe

Es wurden im März 2007 insgesamt 226 gesetzliche Krankenkassen in Deutschland angeschrieben, von denen 66

einen vollständig ausgefüllten Fragebogen zurück sendeten (29,2%). Alle Fragebögen konnten in die Analyse einbezogen werden.

Die Mehrheit der befragten Krankenkassen ist bundesweit geöffnet (44%), wobei 38% regional begrenzt wirken und nur eine Minderheit auf ein Unternehmen beschränkt ist (18%). Dementsprechend lässt sich die Verteilung der Mitglieder beschreiben. 22,7% der Kassen können keine besondere Konzentration, 63,3% eine eher regionale Konzentration ihrer Mitglieder feststellen, der Rest weist einen branchenbezogenen bzw. regionalen Schwerpunkt auf. Mehr als die Hälfte der Unternehmen hat weniger als 100 Mitarbeiter und eine Versichertenanzahl von unter 50.000.

Insgesamt repräsentieren die an der Studie teilnehmenden Krankenkassen mehr als 25 Mio. Versicherte. Bei rund 70 Mio. Versicherten in der GKV entspricht dies mehr als 30% aller Versicherten, so dass festgehalten werden kann, dass die Stichprobe den gesetzlichen Krankenversicherungsmarkt in Deutschland gut repräsentiert.

3 Ergebnisse der empirischen Erhebung

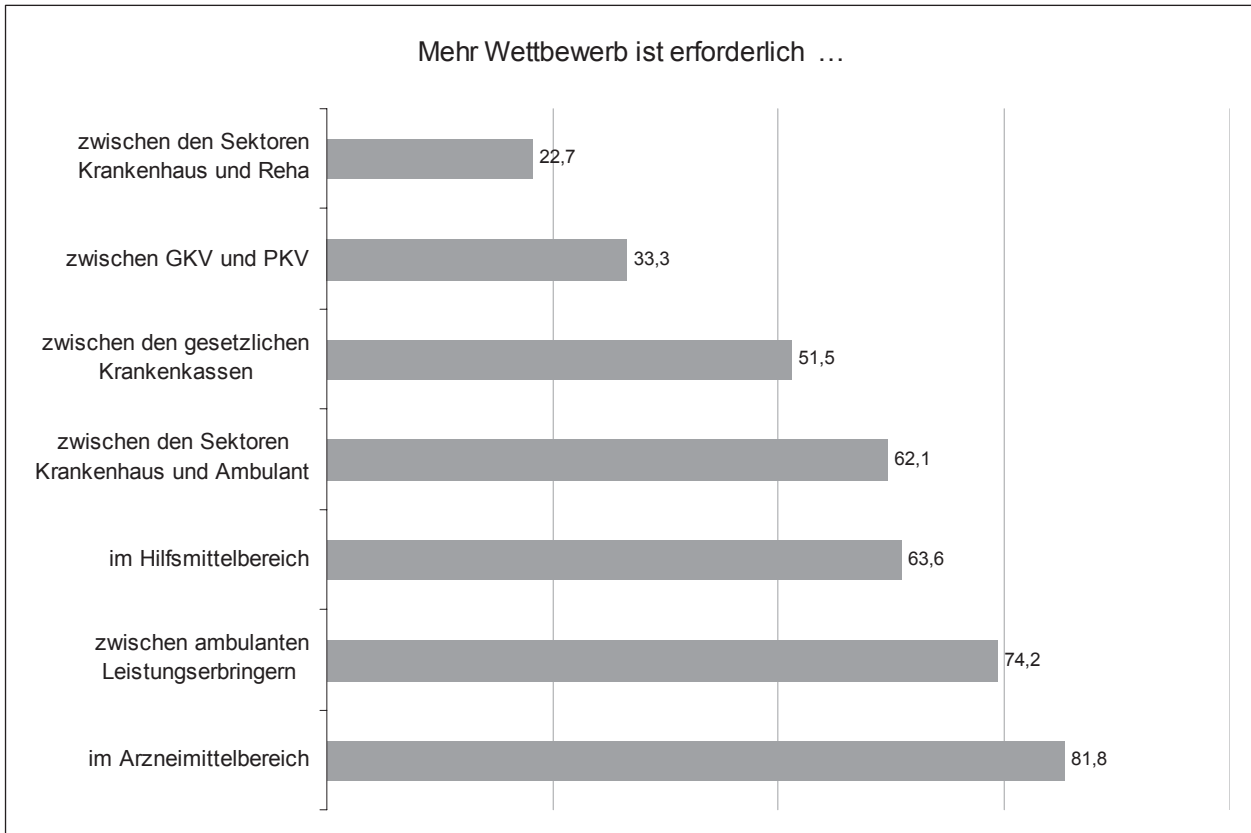
3.1 Marktwirtschaftliche Entwicklungen im Gesundheitswesen

Theoretisch lassen sich auch für soziale und solidarische öffentliche Aufgaben marktwirtschaftliche Steuerungsmechanismen zur Allokation der begrenzten Ressourcen einsetzen. Allerdings ist kein Sektor in Deutschland so stark reguliert wie das Gesundheitswesen, mit der Folge, dass Allokationsentscheidungen hauptsächlich durch Institutionen und nicht durch den Markt getroffen werden. Die Reformen im Gesundheitswesen der letzten Jahre haben sukzessive an einigen Stellen versucht, wettbewerbliche Elemente zu integrieren und das System an bestimmten Bereichen marktwirtschaftlichem Handeln zu öffnen. Auch die jüngste Gesundheitsreform verschreibt sich diesem Ziel.

Aus diesem Grund wurden die Befragten um ihre Einschätzung von marktwirtschaftlichen Elementen im Gesundheitswesen gebeten. Die große Mehrheit (83%) befürwortet weitere marktwirtschaftliche Entwicklungen im Gesundheitswesen, nur 4,5% sind dagegen. Darüber hinaus erwarten 48,5%, dass der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen durch die Änderungen des GKV-WSG weiter verstärkt wird, wohingegen 38% der Befragten keinen stärkeren Wettbewerb erwarten. Immerhin 35% gehen davon aus, dass es zu einem intensiveren Wettbewerb zwischen privaten Krankenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen kommt.

Insgesamt spricht sich die Mehrheit der Befragten für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen aus. Vor allem für die Bereiche Arzneimittel, zwischen ambulanten Leistungserbringern, Hilfsmittel und zwischen dem ambulanten und stationären Bereich wird mehr Wettbewerb gefordert (Abb.1).

Abbildung 1: Wettbewerb im Gesundheitswesen



Quelle: Eigene Berechnungen

Zusätzlich wird auch ein verstärkter Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen für erforderlich erachtet. Zur Ausgestaltung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen wurden folgende Anregungen genannt:

- Erweiterung der Möglichkeiten und Freiheiten für das Vertragsmanagement auch auf individueller Ebene und die Möglichkeit selektiven Kontrahierens,
- stärkere Transparenz der Qualität von Leistungserbringern,
- Abbau der Redundanzen bei Fachärzten im ambulanten und stationären Bereich,
- Möglichkeit differierender Vergütungen im ambulanten Sektor sowie
- Abbau des gesetzlichen Einflusses auf den Wettbewerb der Leistungserbringer.

Das Veränderungspotenzial in der PKV durch den Basisarbitar wird von der Mehrheit der Befragten eher indifferent beurteilt, 47% gehen davon aus, dass sich für die im Basisarbitar befindlichen Versicherten die ambulante Versorgungssituation zwischen PKV und GKV angleicht, über eine Verschlechterung der Patientenversorgung insgesamt sind aber nur 24% der Befragten besorgt.

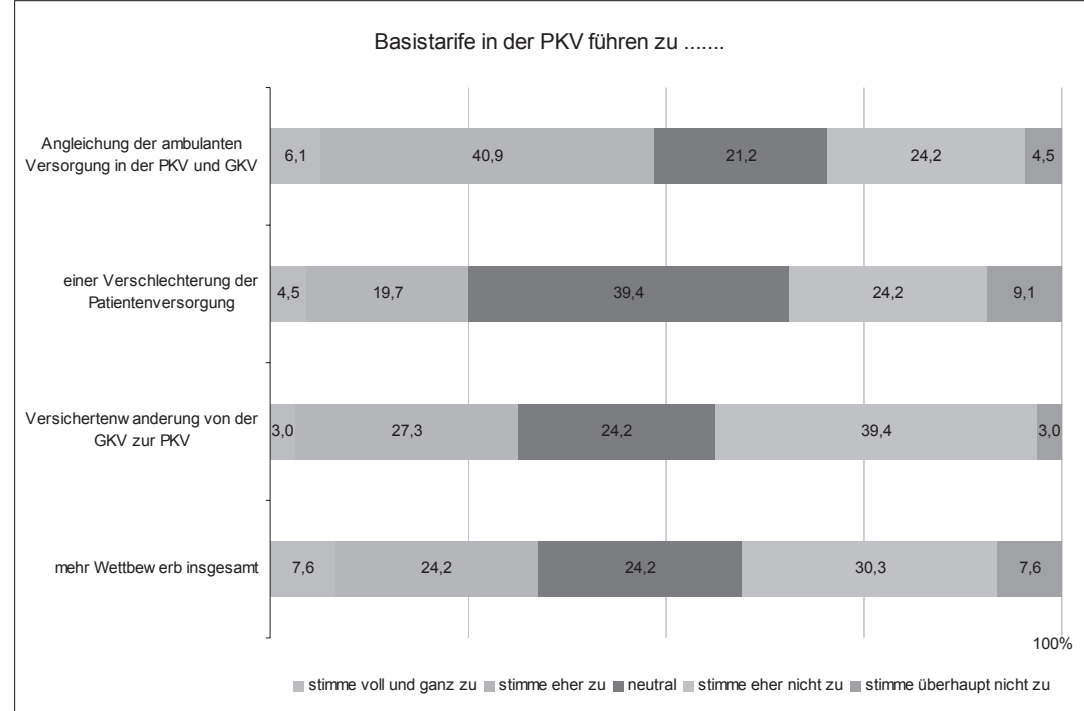
Ein solches Bild der Antworten könnte auf Unsicherheit hinsichtlich der Marktwirkungen der Maßnahmen hindeuten. Diese Fragen werden mittelfristig durch das reale Verhalten der Versicherten im Markt geklärt werden. Die private Versicherungswirtschaft meldet bisher eine eher zurückhaltende Nachfrage von Wiederkehrern in die Versicherungspflicht. Dennoch steht sie diesem insgesamt ablehnend und als Eingriff in die private Vertragsautonomie gegenüber die zu einer Verfassungsklage geführt hat, die im Juli 2008 vom Bundesverfassungsgericht angenommen wurde (vgl. Schlingensiepen, I. (2008), Fromme, H./ Krägenow, T. (2008)).

Insgesamt betrachtet, stehen die Teilnehmer der Studie einem mehr an Freiheit und daraus folgend mehr Wettbewerb positiv gegenüber. Kritisch wird angemerkt, dass teilweise die Folgen von mehr Wettbewerb nicht erwünscht oder nicht abgesehen werden, wie z. B. die Folgen möglicher Krankenkassenkonkurse.

3.2 Qualität und Bürokratie bei Krankenkassen

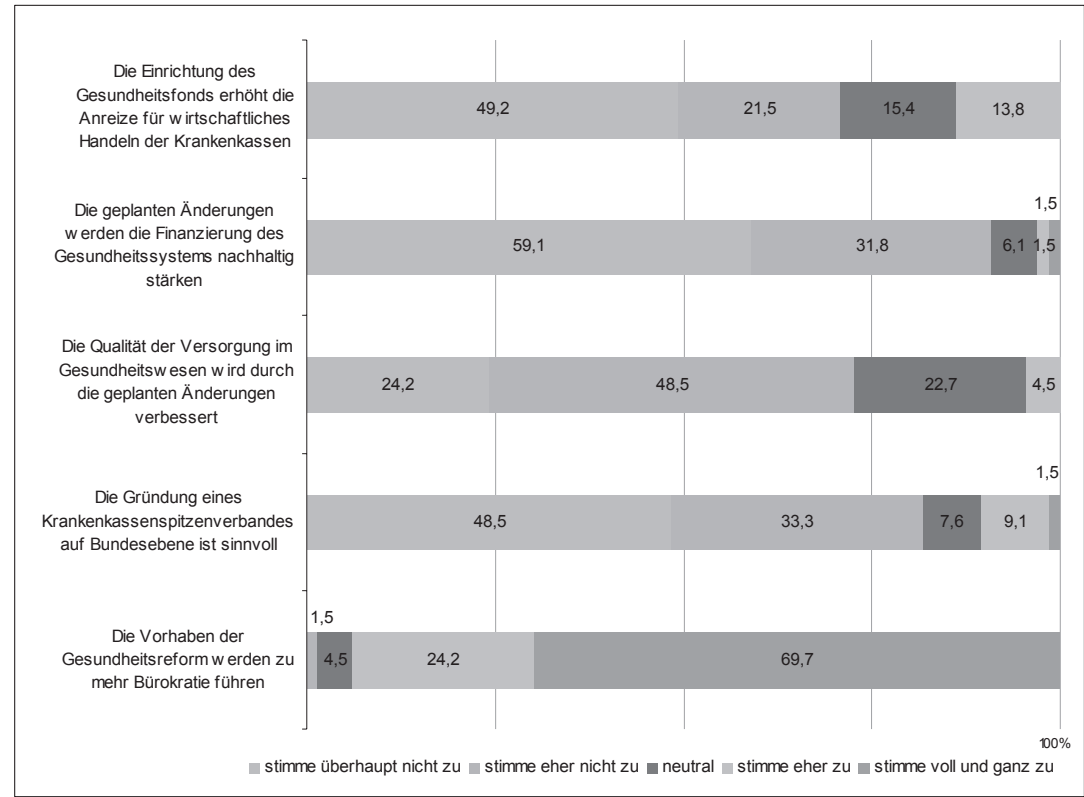
Die Beurteilung von Qualität hängt von den Erwartungen des Kunden ab. Die Qualität von Gesundheitsgütern und Gesundheits(dienst)leistungen, wie die Qualität der ärztlichen Leistung, des Krankenhauses oder eines Medika-

Abbildung 2: Auswirkungen der Einführung des Basistarifs in der PKV



Quelle: Eigene Berechnungen

Abbildung 3: Qualität im Gesundheitswesen



Quelle: Eigene Berechnungen

ments, sind für Patienten aufgrund fehlender Fachkenntnisse allerdings schwer messbar. Daher ist es schwierig, für Gesundheitsgüter und Gesundheits(dienst)leistungen einheitliche Standards und Kriterien festzulegen. Die Qualität der Leistungen im Gesundheitswesen kommt durch das Zusammenspiel von Leistungserbringer (Arzt, Krankenhaus, Reha-Einrichtung etc.), eingesetzter Technologie (Röntgen, Akupunktur, Hilfs- und Heilmittel etc.) und Finanzierung (GKV, PKV, Zuzahlung, IGeL etc.) zustande (vgl. Busse (2006), S. 13ff.). Die Diskussion um Qualität im Gesundheitswesen beschäftigt sich dabei aktuell vor allem eher mit eingeschränkter Transparenz von Kosten und Leistungen im gesetzlichen Krankenkassensystem.

Durch verschiedene gesetzliche Programme ist auf die Qualität im Gesundheitswesen stets direkt oder indirekt Einfluss auf die Leistungserstellung und damit auch auf deren Qualität ausgeübt worden (z. B. Modellprogramme zur Förderung der medizinischen Qualitätssicherung, Disease-Management - Programme, Integrierte Versorgung oder Behandlungsleitlinien sowie die Gründung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)). Die meisten dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen fokussieren auf Strukturen und Prozesse sowie die Erhebung damit zusammenhängender Kennzahlen (vgl. Busse (2006), S. 17ff.).

Die Mehrheit der befragten Führungskräfte in der Studie glaubt nicht an eine Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen durch die Umsetzung der im WSG gesetzgeberisch verankerten Maßnahmen. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass die begleitende Bürokratie zunimmt und insgesamt trotzdem keine nachhaltige Stärkung der Finanzierung des Gesundheitssystems erreicht wird. Zudem wird dem geplanten Gesundheitsfonds abgesprochen,

Anreize zum wirtschaftlichen Handeln für Krankenkassen zu erhöhen (Abb. 3).

3.3 Finanzierung und Beitragssätze

Die Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 stellt für das Finanzierungssystem einen Paradigmenwechsel dar. Zukünftig wird der Beitrag durch den Gesundheitsfonds eingezogen und an die Krankenkassen weitergeleitet. Liegt jedoch deren Bedarf höher als dieser einheitliche Beitrag, können die Kassen eine Nacherhebung bei Ihren Mitgliedern einfordern (bis zur 1%igen Überforderungsgrenze) oder im umgekehrten Fall eine Rückerstattung vornehmen.

Die Studienteilnehmer erwarteten mit großer Mehrheit (80%), dass bis zur Einführung des Gesundheitsfonds die Beitragssätze bei den Krankenkassen steigen werden. Diese Einschätzung wird durch ergänzende Aussagen der Krankenkassenmanager noch unterstützt. Sie gehen davon aus, dass viele Krankenkassen bis 2009 noch Schulden abbauen und evtl. Reserven aufbauen, um zumindest im ersten Jahr des Gesundheitsfonds auf die Erhebung eines Zusatzbetrags verzichten zu können. Das wird aus wettbewerblichen Gründen für immens wichtig erachtet. Die einhelligen Aussagen der Krankenkassenvorstände lassen vermuten, dass bis 2009 weitere erhebliche Einsparungsanstrengungen vor allem bei den Verwaltungskosten und zusätzlich bei den Leistungsausgaben zu erwarten sind. Mittlerweile konnte in der Praxis beobachtet werden, dass es in 2008 zu zahlreichen Beitragssteigerungen bei Krankenkassen gekommen ist, die einerseits auf gestiegene Kosten im Gesundheitswesen, aber andererseits auch auf die Schaffung günstiger Ausgangspositionen für den Gesundheitsfonds zurückzuführen sind (vgl. o.V. (2008b)).

Auch nach Einführung des Gesundheitsfonds gehen mehr als zwei Drittel der Befragten davon aus, dass auch zukünftig weitere Beitragssatzsteigerungen durch das BMG vorgenommen werden müssen (Abb. 4).

Im Rahmen der Studie wurden die Krankenkassen weiter nach möglichen Maßnahmen zum Ausgleich eines möglichen Fehlbetrags gefragt, falls der Einheitsbeitrag nicht zur Deckung der Kosten und Leistungen ausreichte (Abb. 5 und 6).

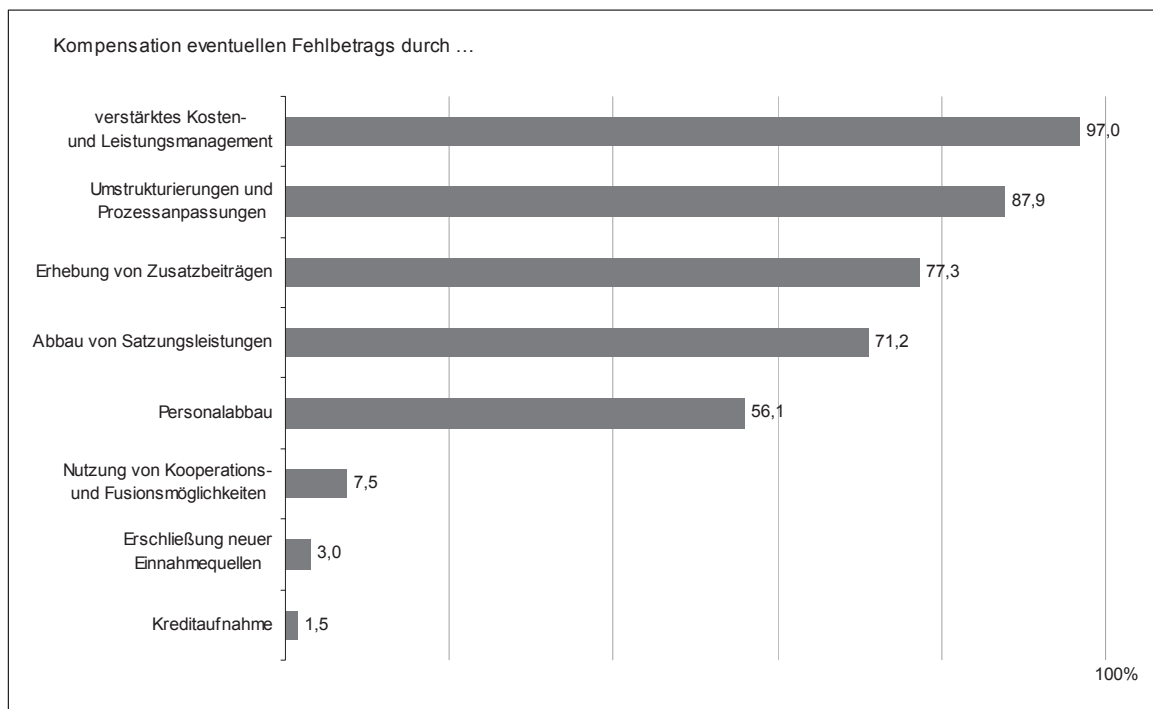
Drei Viertel der Kassen würden den Zusatzbeitrag erheben und diese Maßnahmen zusätzlich mit intensivierten Kosten- und Leistungsmanagement, Abbau von Satzungsleistungen sowie Anpassungen bei Organisation, Prozesse und Personal begleiten. Über 92% der befragten Kassen planen, eine Rückerstattung an ihre Versicherten vorzunehmen, falls der Einheitsbeitrag höher

Abbildung 4: Erwartete Entwicklung des Beitragssatzes



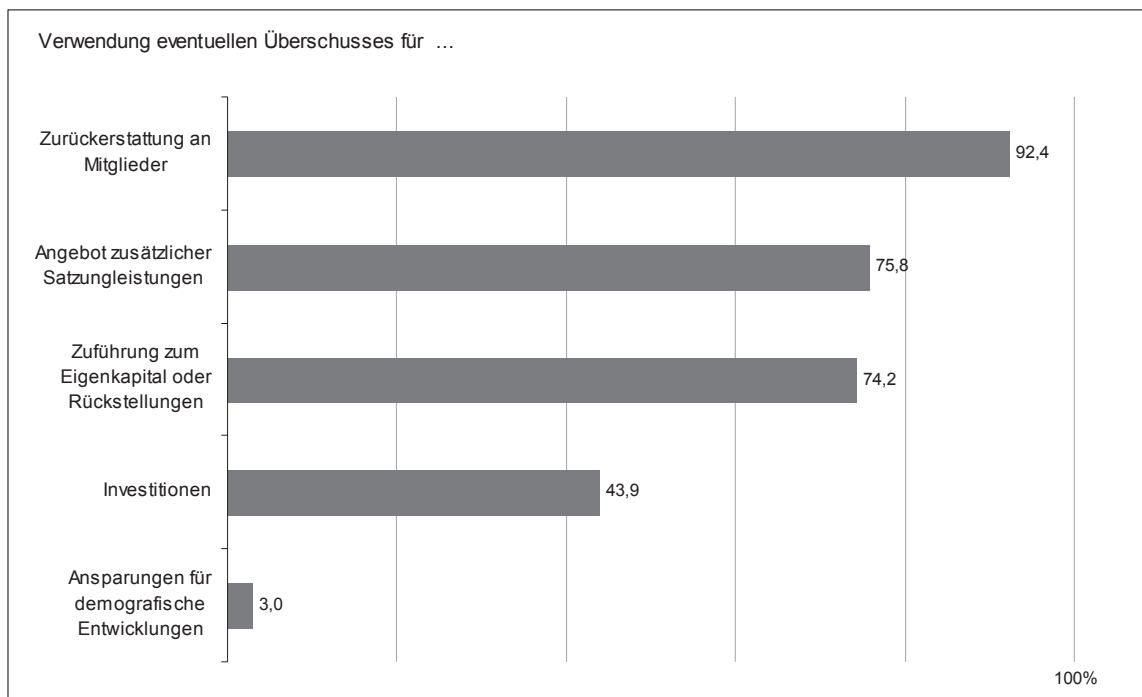
Quelle: Eigene Berechnungen

Abbildung 5: Maßnahmen zur Kompensation von Fehlbeträgen



Quelle: Eigene Berechnungen

Abbildung 6: Verwendung von Überschüssen



Quelle: Eigene Berechnungen

ausfällt, als dies zur Deckung der Kosten und Leistungen erforderlich ist. Zusätzlich würde das Eigenkapital gestärkt und das Satzungsleistungsangebot erweitert. Ein statistischer Unterschied ist bei allen geplanten Maßnahmen weder zwischen großen und kleinen Kassen noch zwischen RSA-Einzahlern und -Empfängern festzustellen.

Die meisten Krankenkassenmanager halten die Einrichtung des Gesundheitsfonds für kritisch. Einerseits werden lt. der Angaben hiermit Schritte in Richtung eines staatlichen Einheitssystems befürchtet, andererseits wird geäußert, dass kommende Finanzierungssystem sei nicht in der Lage, den Markt und damit die Innovationskraft zu fördern, sondern eher den Weg zu breiter Rationierung und abnehmender Risikobereitschaft zu bereiten. Aus Sicht der Krankenkassen ist die Möglichkeit zur Beitragssatzdifferenzierung im Gesundheitsfonds über Rückerstattungen oder Zusatzbeiträge deutlich geringer als über heute vorhandene Optionen zur „individuellen“ Beitragssatzgestaltung. Nur ein Manager in der Befragung befürwortete den Gesundheitsfonds als das richtige wettbewerbsorientierte Mittel.

3.4 Kooperationen und Fusionen im Krankenkassensektor

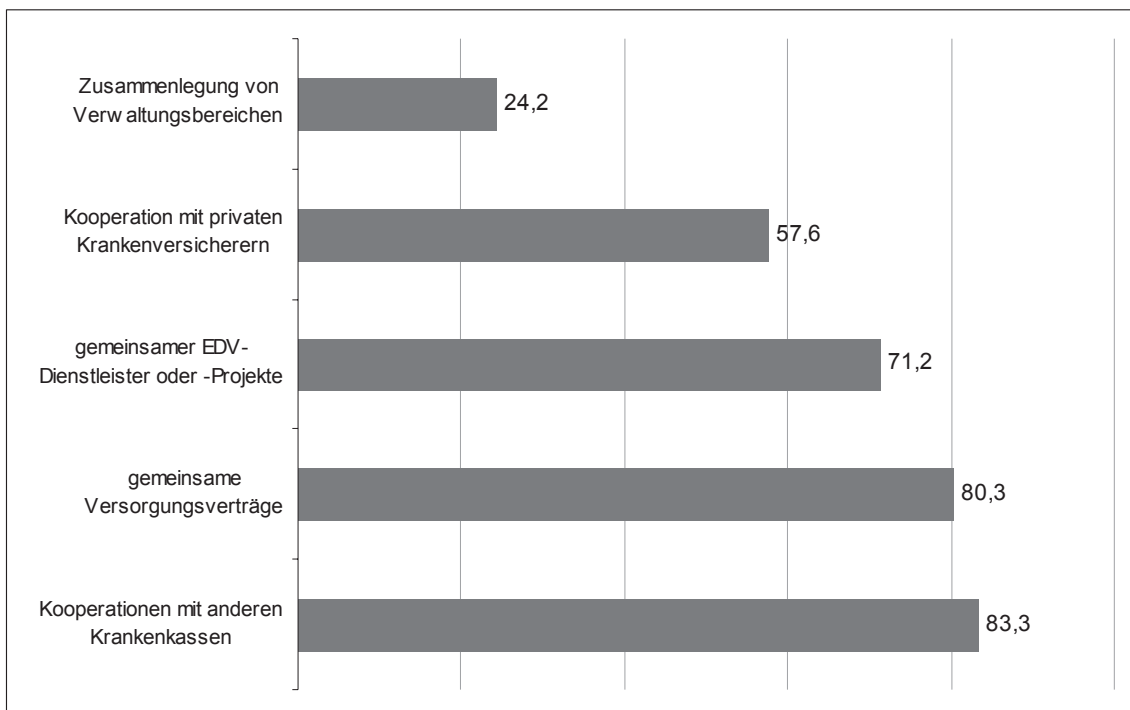
Kooperationen im Unternehmensbereich stellen eine Möglichkeit dar, das Angebot an Dienstleistungen und Produkten auszuweiten und dabei Kosten zu sparen. Je nach Art der Kooperation geben die beteiligten Unterneh-

men einen Teil ihrer wirtschaftlichen Selbstständigkeit auf. Krankenkassen kooperieren auf unterschiedliche Weise miteinander (vgl. hierzu vertiefend auch Schreyögg, G. (2003), S. 376 und Schreyögg, J./Busse (2006), S. 37). Häufig wird dabei argumentiert, dass eine Ausnutzung der durch das GKV-WSG geschaffenen Spielräume, z. B. ein effizientes Vertragsmanagement, eine Frage der Kassengröße sei, da eine gewisse Marktabdeckung erforderlich sein dürfte. Die meisten Kassenmanager gehen in der Studie davon aus, dass kleinere Kassen durch Kooperationen bundesweite Größe „simulieren“ könnten. Entsprechend beantworteten die Teilnehmer der Studie die Frage nach zukünftigen Kooperationen mit großer Zustimmung. 84% planen in Zukunft stärker mit anderen Unternehmen zu kooperieren, nur 3,2% verneinen dies, der Rest steht der Frage neutral gegenüber.

Über 80% der befragten Unternehmen fokussieren dabei auf die Kooperation mit anderen Krankenkassen und gemeinsame Versorgungsverträge, was die Argumentation der Vorstände unterstützt. Zusätzlich spielt die Zusammenlegung oder Kooperation von Verwaltungsbereichen eine wichtige Rolle. Auf diese Weise können Vorteile ausgenutzt werden, ohne dass etablierte Unternehmen und Marken durch einen Unternehmenszusammenschluss verschwinden.

Auch die Kooperation mit Anbietern der PKV wird nach Meinung der Teilnehmer von rund 58% der befragten Krankenkassen weiter ausgebaut werden. Die gesetzlichen Krankenkassen nutzen dies zur Kundenbindung, da den

Abbildung 7: Kooperationen



Quelle: Eigene Berechnungen

Versicherungsnehmern eine Komplett-Gesundheitsversorgung angeboten werden kann. Darüber hinaus kann so auch ein spezifischer Know-how-Transfer initiiert werden. Die Vermutung, dass kleinere Kassen stärkerem Kooperationsdruck ausgesetzt sein könnten, kann nach Analyse der Fragebögen nicht aufrechterhalten werden, da es keinen statistischen Unterschied zwischen großen und kleinen Kassen gibt.

Ursächlich durch die Einführung des freien Kassenwahlrechts im Jahr 1996 hat ergänzt um weitere Einflussfaktoren bereits in den letzten Jahren die Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen stark abgenommen, wovon überwiegend Betriebskrankenkassen betroffen waren. Nachdem sich diese Entwicklung vor allem innerhalb der Kassenarten vollzog, sind nun durch Änderungen des GKV-WSG auch kassenartenübergreifende Fusionen möglich. Hiermit ist beabsichtigt, den Konsolidierungstrend weiter voranschreiten und so die Anzahl der Kassen weiter sinken zu lassen, was zu einer qualitativ verbesserten Gesundheitsversorgung führen soll. Dies sehen die befragten Krankenkassenvorstände kritisch, sie bevorzugen eher eine Konsolidierung über Marktmechanismen. Die befragten Unternehmen erwarten, dass sich die Zahl der Krankenkassen auf durchschnittlich 120 Kassen (Standardabweichung 34) bis 2010 verringert. Für die Zukunft ist weiterhin mit einer Konsolidierung der Anzahl der Krankenkassen zu rechnen, da rund 40% der befragten Kassen Unternehmenszusammenschlüsse planen. Mit der gerade verkündeten Fusion der Techniker Krankenkasse mit der IKK-Direkt gelangt aktuell die bisher größte kassenartenübergreifende Fusion in den Fokus der Aufmerksamkeit. Hiermit beabsichtigen die beiden Unternehmen vor allem, eine Stärkung ihrer Position im Rahmen des einzuführenden Gesundheitsfonds, um die Erhebung eines Zusatzbeitrages zu verhindern (vgl. Techniker Krankenkasse (2008) und o.V. (2008a)).

60% der befragten Unternehmen haben in der Vergangenheit bereits Fusionen vollzogen und 20% waren dabei an gescheiterten Fusionen beteiligt. Die Gründe für ein Scheitern geplanter Fusionen lassen sich hauptsächlich auf vier Bereiche zurückführen.

- *Unternehmenspolitische Gründe:* fehlende Zustimmung des Verwaltungsrats, Klärung der Vorstands- und Verwaltungsratsposten wurde nicht erreicht, unzureichende Vorbereitung von Entscheidungsträgern, Versuch der feindlichen Übernahme
- *Finanzen:* finanzielle Situation des potenziellen Partners, negative Due Diligence-Ergebnisse
- *Unternehmensstrategie:* zu unterschiedliche Strategien und Philosophien
- *Gesetzliche Rahmenbedingungen:* Ordnungspolitischer Rahmen, politische Kompromisse

Die meisten Versicherer (60,7%) sehen sich zukünftig weiterhin als eigenständige Unternehmen, 42,4% sehen sich aber auch als gleichberechtigter Partner in möglichen Fusionsüberlegungen. Die Bewertung möglicher Fusions-

partner findet dabei vor allem nach folgenden Kriterien statt:

- *finanzielle Situation:* Vermögen, Schulden, Beitragssatz, RSA
- *Marktausrichtung:* regionale Ausrichtung, Zielgruppen und Mitgliederstruktur, Marktstrategie
- *unternehmenspolitische Rahmenbedingungen:* Unternehmensstrategie und -kultur, Geschäftsmodell
- *Organisation:* Niederlassungen, Organisationsstruktur, Personal

3.5 Krankenkassen als Dienstleister

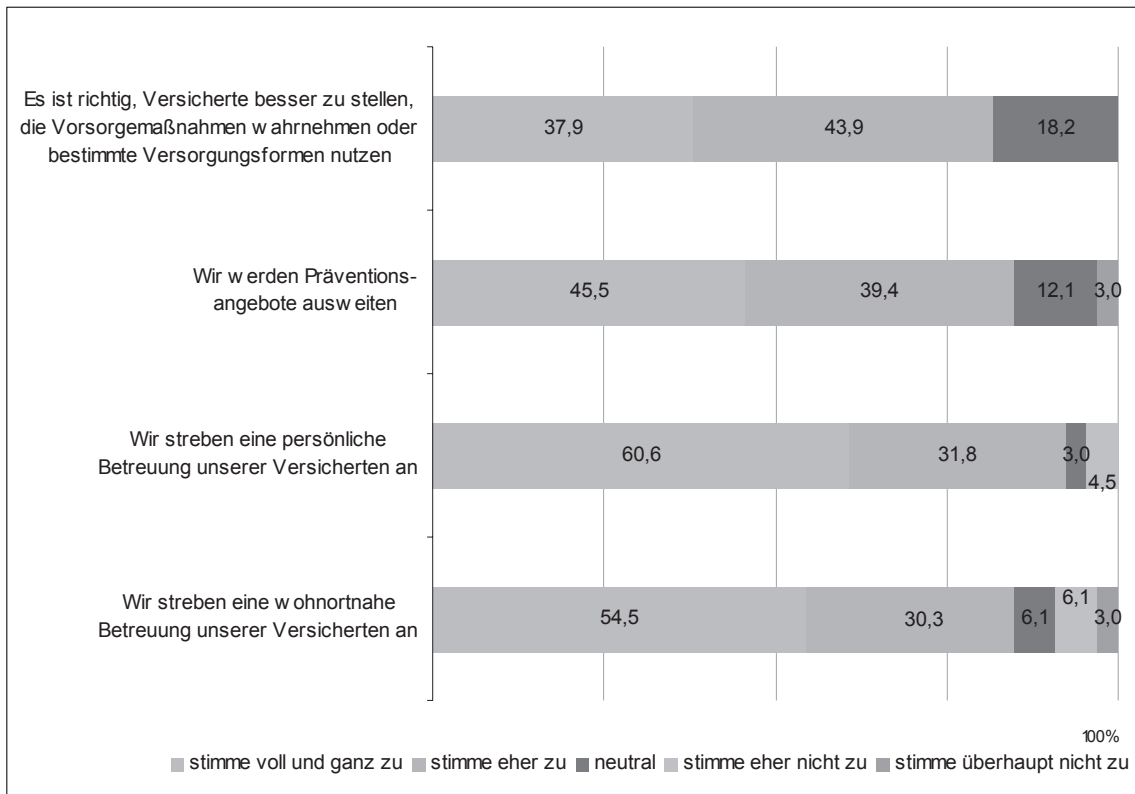
Versorgungs- und Leistungsmanagement sind wichtige Differenzierungskriterien für gesetzliche Krankenkassen. Setzt das Leistungsmanagement an einer effektiven und effizienten Gestaltung während und nach der Leistungserbringung an, zielt das Versorgungsmanagement auf die Gestaltung der Versorgungsprozesse ab, bevor die Leistungserbringung erfolgt. Hierbei können zum Beispiel die hausarztzentrierte Versorgung, Disease Management - Programme und die Integrierte Versorgung genannt werden, mit denen einerseits auf die Leistungsträger Einfluss genommen und andererseits das Verhalten der Kunden beeinflusst werden kann.

Kundenbindung wird ein zunehmend wichtiges Thema für Krankenkassen, da spätestens nach Etablierung des Gesundheitsfonds von den Studienteilnehmern erwartet wird, dass die Intensität der Kundenbewegungen abnimmt. Ein Kassenvorstand äußerte, dass die Spannbreite des Einheitsbeitrags mit Zusatzbeitrag oder Rückerstattung und die damit zusammenhängenden Anreize nicht mehr so stark wirken werden wie die weit differenzierten Beitragssätze heute. Neben dem Beitragssatz sei ein gezieltes Serviceangebot daher das wichtigste Differenzierungskriterium von Krankenkassen und damit Entscheidungskriterium für Kunden. Daher wurde in der Erhebung auch nach der Rolle der Krankenkasse als Dienstleister sowohl für Versicherte als auch für Leistungserbringer gefragt.

Die größte Zustimmung erhielten positive Aussagen zu einer wohnortnahen und persönlichen Betreuung der Versicherten. Wird eine wohnortnahe Betreuung eher über den Betrieb von Geschäftsstellen und Servicecentern geleistet, kann eine persönliche Betreuung nach Meinung der Teilnehmer zusätzlich auch über das Telefon oder internetbasierte Medien erfolgen. In der geeigneten Ansprache und Kommunikation mit unterschiedlichen Kundengruppen sehen die Krankenkassenmanager zukünftig noch Potenzial, welches sich auch in einer verbesserten Kundenbindung zeigen soll (Abb. 8).

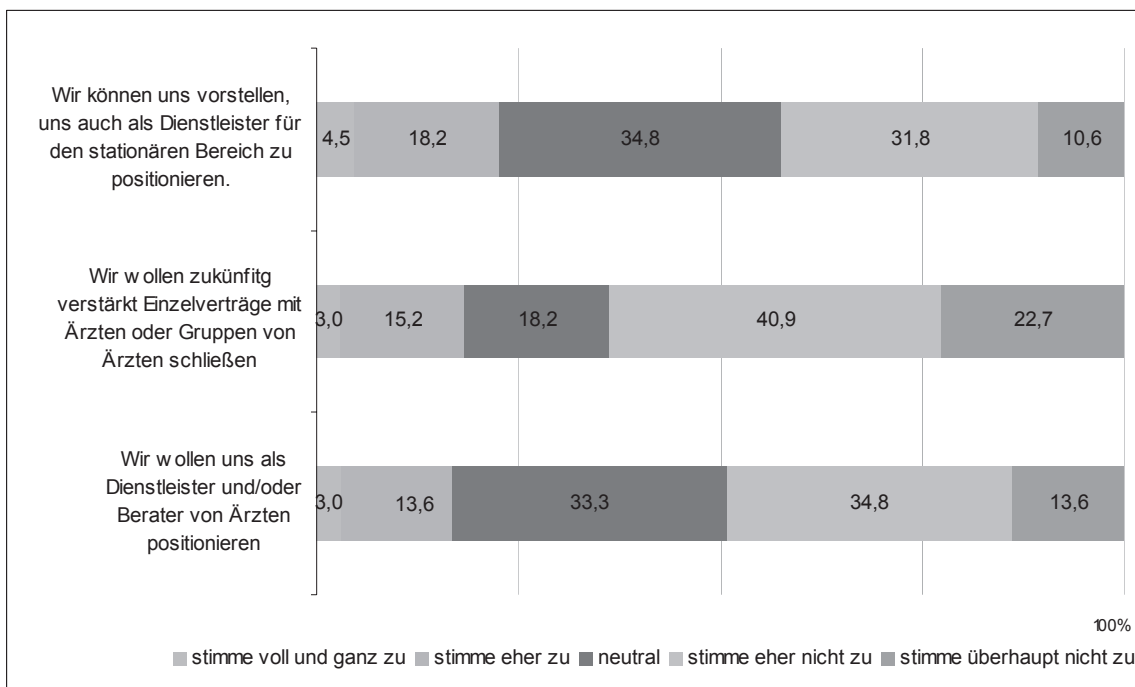
Die Potenziale einer intensivierten und umfassenden hausarztzentrierten Versorgung werden von den Krankenkassen differenziert beurteilt. Die Meinungen des Potenzials dieser „Gatekeeper-Modelle“ in Bezug auf Kosteneinsparungen sind eher negativ, wohingegen einer

Abbildung 8: Krankenkassen als Dienstleister für Versicherte



Quelle: Eigene Berechnungen

Abbildung 9: Krankenkassen als Dienstleister für Leistungserbringer



Quelle: Eigene Berechnungen

Complianceverbesserung von Patienten durchaus Chancen eingeräumt werden. Die Aussagen zu möglichen Qualitätsverbesserungen sind sehr heterogen.

Neben einer Fokussierung von Dienstleistungsangeboten auf die Versicherten mit dem Ziel der Kundenbindung sind auch Angebote an Erbringer von Gesundheitsleistungen vorstellbar. Diese werden durch das GKV-WSG insbesondere durch weitere Möglichkeiten bei direkten Verträgen zwischen Kassen, Apotheken, Pharmaherstellern, Krankenhäusern und Ärzten eingeräumt. Direkte Verträge mit Ärzten stehen aber bei den befragten Unternehmen zunächst nicht im Vordergrund, eher werden beratende Funktionen für Ärzte und stationäre Einrichtungen positiv gesehen (Abb. 9).

In Bezug auf die ambulante Versorgung wird somit die kollektive Vertragsschließung zunächst weiterhin bevorzugt, was angesichts der Vielzahl der Anbieter im ambulanten Sektor durchaus rational erscheint, da die Transaktionskosten mit zunehmender Anzahl von Einzelvertragsverhandlungen steigen, wie ein Kassenmanager anmerkt. Alle Kassen müssten zudem entsprechendes Know-how aufbauen. Ein Engagement als Dienstleister für Leistungserbringer wird von 86% der Befragten daran geknüpft, dass Leistungsqualität und Kosten beeinflusst werden können sowie ein besserer Service für die eigenen Kunden erreicht werden kann. Eine Studie hat zudem aktuell gezeigt, dass Kunden sich mehr Differenzierung, Individualität und Prävention von ihrem Krankenversicherer wünschen (vgl. Kartte, J./Neumann, K. (2008)). Hier liegen also Chancen sowohl für die privaten als auch die gesetzlichen Krankenversicherer.

3.6 Unternehmenssteuerung bei Krankenkassen

Es lässt sich zunehmend beobachten, dass in Krankenkassen Instrumente zum Prozess- und Leistungscontrolling eingesetzt werden und darüber hinaus versucht wird, interne Prozesse sowie die Aufbauorganisation effektiv und effizient zu gestalten. Viele Unternehmen haben Kostensenkungsprogramme eingesetzt, um Einfluss auf die Höhe des Beitragssatzes zu nehmen. Ein Schlüssel zum Erfolg solcher Maßnahmen liegt jedoch nicht in der alleinigen Senkung, sondern in der prospektiv gerichteten aktiven Steuerung der Ressourcen.

Die Teilnehmer der Studie wurden daher um Angaben zu bei ihnen eingesetzten Instrumenten und Maßnahmen gebeten (Abb. 10).

Die häufigste Nennung entfällt auf Kooperationen mit privaten Krankenversicherungen, danach folgen Bonusprogramme und eine gezielte Kundengruppenansprache. Diese Reihenfolge verdeutlicht die Wichtigkeit von Serviceangeboten für die Attraktivität als Anbieter. Erst danach folgen beispielsweise mit Controlling im Leistungsbereich nach innen gerichtete Instrumente. Zwar können Krankenkassen die Leistungsausgaben nur begrenzt beeinflussen, die Steuerung des Leistungsprozesses und insbesondere die Schaffung von Transparenz führt jedoch

zu möglichen Handlungsfeldern. Gemeinsam mit den genannten Feldern der Vertragsvereinbarungen mit Heil-/Hilfsmittelanbietern, dem Reha-Bereich, Krankenhäusern sowie Apotheken, der Einzelfallsteuerung im Krankenhaus, integrierter Versorgung und der Einzelfallsteuerung bestimmter Krankheiten verdeutlicht dies die immense Bedeutung der aktiven Steuerung im Leistungsbereich. Vor allem kann potenziell, z.B. durch Vertragsvereinbarungen und Prozessmanagement im Krankenhaus oder dem Reha-Bereich, noch vor der Entstehung von Kosten Einfluss genommen werden. Auch die Krankenkassenmanager unterstützen diese Erkenntnisse, indem geäußert wird, dass schon vor der Einführung des GKV-WSG weitreichende Möglichkeiten zur Schließung von Versorgungsverträgen bestanden.

Dass Kundenbindung über die Neukundengewinnung hinaus an Bedeutung gewinnt, wird in den Interviews auch von verschiedenen Kassenmanagern geäußert, vor allem vor dem Hintergrund des geplanten Einheitsbeitrags sind neue Differenzierungsstrategien erforderlich. Einige Vorstände erwarten, dass die Kundenbewegungen nach einer anfänglichen Zunahme im Zusammenhang mit der Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 langfristig abnehmen werden, so dass Kundenbindung und -kommunikation entscheidende Erfolgsfaktoren darstellen werden.

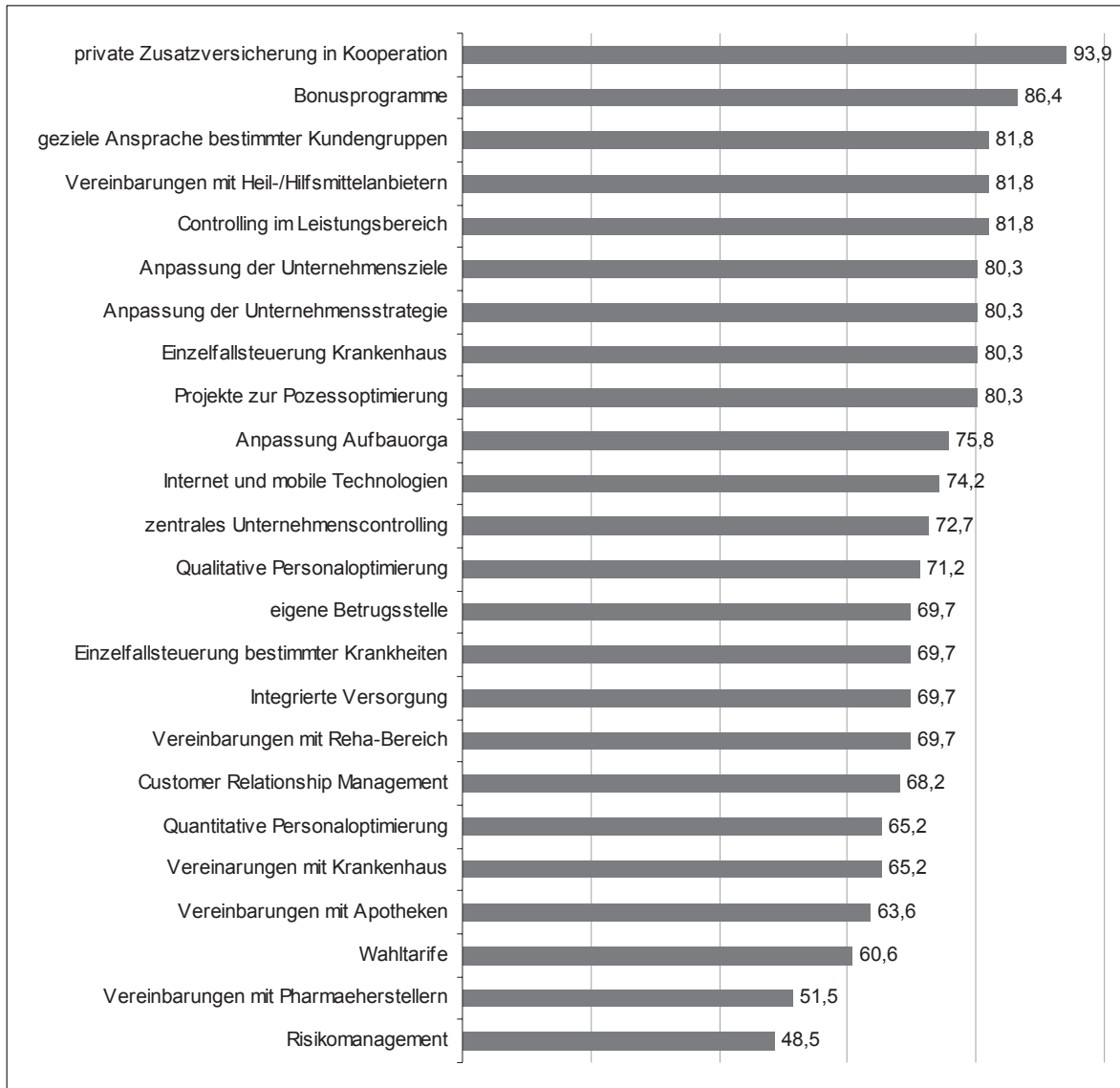
Ein weiterer Schwerpunkt wird durch die Bereiche Unternehmensstrategie und Prozesse gebildet. Insbesondere die Personalentwicklung wurde durch die Experten in den Interviews hervorgehoben. Die Krankenkassen erhielten und werden durch den Gesetzgeber im Bereich Vertragsgestaltung und Wahltarifoptionen weiter Gestaltungsspielraum erhalten, der bisher nicht vorhandenes Wissen in Stabsabteilungen erfordert.

4 Diskussion und Fazit: Einheitsbeitrag und Kooperation in der gesetzlichen Krankenversicherung

Im Rahmen dieser Studie wurde erhoben und analysiert, welche Auswirkungen zum einen die Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen auf den gesetzlichen wie privaten Krankenversicherungsmarkt haben und zum anderen, welche adaptiven und auch proaktiven Strategien Manager von Krankenversicherungsunternehmen entwickeln oder bereits entwickelt haben. Hierfür wurde eine empirische Erhebung bei allen gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland initiiert und zusätzlich ausgewählte Krankenkassen- und Krankenversicherungsvorstände befragt.

Die Strukturen des gesetzlichen Gesundheitswesens in Deutschland sind in den letzten Jahren etwas gelockert worden und es wurde versucht, teilweise marktwirtschaftliche Mechanismen einzuführen. Die Befragten dieser Studie sind sich jedoch weitgehend einig in einer sehr kritischen Beurteilung des GKV-WSG und seinen Auswirkungen. Zwei Punkte treten dabei besonders hervor:

Abbildung 10: Eingesetzte Management- und Steuerungsinstrumente



Quelle: Eigene Berechnungen

Zunächst wird in Frage gestellt, ob die vom Gesetzgeber implizit beabsichtigte Schrumpfung der Zahl der Krankenkassen tatsächlich zu einer ansteigenden Effizienz der Gesundheitsversorgung führt oder ob nicht auch Vielfalt für die Versicherten einen Nutzen darstellt. Die Krankenkassenmanager stimmen überwiegend überein, dass Wettbewerb und Markt dies regeln sollten.

Die deutlichste Kritik erfährt allerdings die politisch motivierte Verschiebung der Grenzen zwischen PKV und GKV. In der GKV werden per Gesetz Elemente der privaten Versicherung eingeführt, welche durch das solidarische System und den Risikostrukturausgleich subventioniert werden und zugleich nicht denselben Solvabilitäts- und Sicherheitsvorschriften wie in der PKV unterliegen. Darüber hinaus zwingt der Gesetzgeber die private Kranken-

versicherung zur Einführung von solidarischen und dem System der staatlichen Fürsorge zugehörigen Elementen, die auch Auswirkungen auf die bereits Versicherten haben wird. In beiden Systemen werden demnach systemfremde Elemente eingeführt, obwohl es dafür jeweils auf der anderen Seite ein weitgehend funktionierendes System gibt. In beiden Fällen müssen hierfür Know-how, Prozesse und Instrumente aufgebaut werden, was zu erheblichen Transaktionskosten führt.

Die Mehrheit der Befragten befürwortet ein Mehr an Wettbewerb, insbesondere auf Seiten der Leistungserbringer und Arzneimittelhersteller. Dem WSG wird allerdings abgesprochen, dass es für mehr Qualität und vor allem eine nachhaltige Finanzierung im Gesundheitswesen sorgen kann. Dem Gesundheitsfonds mit seiner Einheitsprämie

wird zudem vielfach unterstellt, ein erster Schritt in Richtung einer staatlichen Einheitskasse zu sein. Hier wird auch eine zunehmende Kundenorientierung und gezieltere Kommunikation mit den Kunden als notwendig erachtet, da durch den Einheitsbeitrag ein wichtiges Differenzierungskriterium entfällt.

Das am meisten diskutierte Thema dieser Studie sind Kooperationen. Diesen sprechen die meisten Befragten das größte Potenzial zu, um künftige Herausforderungen bewältigen zu können, insbesondere um nach Einführung des Gesundheitsfonds Zusatzprämien zu verhindern. Kleinere Krankenkassen können so gemeinsam mit anderen Partnern eine gewisse Nachfragemacht erzeugen, aber auch Kooperationen mit Unternehmen der PKV sollen weiter ausgebaut werden. Dies stellt vor allem ein Mittel zur Kundenbindung und zum Know-how-Transfer dar.

Die Möglichkeit kassenartenübergreifender Fusionen wurde zum Zeitpunkt der Befragung noch als wenig relevant erachtet, da vor allem Hindernisse bei Satzungsfragen oder Rückstellungen vielen kassenartenübergreifenden Fusionen entgegenstehen würden. Allerdings wurde nicht ausgeschlossen, dass diese Probleme schneller gelöst werden könnten, sollte ein sehr attraktiver Fusionspartner zur Diskussion stehen. Dies zeigen auch die aktuellen Beispiele der Fusionen der Techniker Krankenkasse mit der IKK-Direkt und die Fusion der BKK Mobil Oil mit der KEH Ersatzkasse.

Maßnahmen, die für die zukünftige Unternehmensausrichtung von Bedeutung sind, wie die Unternehmensstrategie, interne Prozesse und die Organisation, werden als äußerst wichtig und erfolgskritisch erachtet. Controlling, Kooperationen und Vertragsgestaltungen sind Bereiche, in denen die Krankenkassen ihr Engagement stärken wollen. Insbesondere für die neuen Möglichkeiten bei der Vertragsgestaltung, der Kalkulation von Wahlтарifen und dem Angebot von Zusatzversicherungen sowie dem Risikomanagement muss die Kompetenz noch aufgebaut oder sogar beschafft werden.

Insgesamt lässt sich also eine zunehmende Marktorientierung der gesetzlichen Krankenkassen beobachten, was sich auch auf die Gestaltung der internen Strukturen und Prozesse sowie der Strategien und einer fokussierten Managementausrichtung auswirkt.

Auch auf die privaten Krankenversicherer kommt durch die Gesundheitsreform hohes Veränderungspotenzial zu. Zusammen mit zahlreichen weiteren umzusetzenden Gesetzen, wie der Reform des VVG, Einführung MaRisk, EU-Gesetzgebung mit Solvency II, den Anpassungen internationaler Rechnungslegungsvorschriften usw., entsteht hier ein historisch bisher nicht da gewesener Veränderungsdruck und der Zwang, sich mit systemfremden Elementen zu beschäftigen. Die letzte Gesundheitsreform räumt den gesetzlichen Krankenkassen Möglichkeiten ein, die bisher originär in den Bereich der privaten Versicherungen fielen, und hebt damit einige der jeweils systemimmanenten Grenzen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung auf.

Die über Interviews befragten Topmanager sind sich einig darüber, dass jeweils der Ursprungszweck und die Intention der GKV als auch der PKV im Auge behalten werden sollte, um einerseits die Aufgaben effizient erledigen zu können und um andererseits sozialstaatliche Ziele zu erfüllen. Dabei müssen auch die Bedürfnisse der Versicherten beachtet werden, die an einer weitgehend freien Arztwahl aber auch an angemessenen Kosten der Gesundheitsversorgung, gesetzlich wie privat, interessiert sind. So wird es im Sinne einer breiten gesamten Angebotspalette weitgehend auch positiv gesehen, wenn es im privaten Versicherungsmarkt auch Angebote für besondere oder besonders kostenintensive Behandlungsformen gibt.

Insgesamt ist zu erwarten, dass sich im gesetzlichen Krankenversicherungssektor eine Vielzahl an Kooperationen, auch über bisherige Kassenarten hinweg, ergeben wird. Darüber hinaus ist eine weitere Abnahme der Kassenzahlen zu erwarten, kassenartenübergreifende Fusionen werden dabei erst mittelfristig eine größere Rolle spielen. Innerhalb der Unternehmen werden mehr betriebswirtschaftliche Managementausrichtungen zu finden sein, wobei vorhandene Instrumente an die Besonderheiten der gesetzlichen Gesundheitsversorgung angepasst werden. Inwieweit die Grenzen zwischen GKV und PKV so bestehen bleiben oder sich weiter verschieben, kann kaum prognostiziert werden, da dies vor allem eine Frage der politischen Akzentuierung ist.

Literatur

- Busse, R. (2006). Leistungsmanagement im Gesundheitswesen – Einführung und methodische Grundlagen; in: Busse, R./ Schreyögg, J./ Gericke, C. (Hrsg.) (2006), Management im Gesundheitswesen, Heidelberg, S. 11-23
- Fromme, H./Krägenow, T. (2008). Karlsruhe prüft Gesundheitsreform, Financial Times Deutschland, 02.07.2008, S. 1
- Kartte, J./Neumann, K. (2008). Der Gesundheitsmarkt, Roland Berger Strategy Consultants
- Lamnek, S. (2005). Qualitative Sozialforschung, 4., vollständig überarbeitete Auflage, Weinheim, Basel
- o.V. (2008a). Reaktion auf Gesundheitsfonds. Techniker Krankenkasse und IKK-Direkt bauen Versicherungsprimus; <http://www.ftd.de/unternehmen/versicherungen/Reaktion-auf-Gesundheitsfonds-Techniker-Krankenkasse-und-IKK-Direkt-bauen-Versicherungsprimus/415037.html> [Stand 17.09.2008]
- o.V. (2008b). Fast hundert gesetzliche Krankenkassen erhöhten 2008 ihren Beitragssatz, <http://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/leistungsschwerpunkte-gesetzliche-krankenkassen/beitragssatz-erhoehungen/2008/>, [Stand 18.08.2008]
- Schlingensiepen, I. (2008). Privatversicherer klagen gegen Gesundheitsreform, Financial Times Deutschland, 25.03.2008, S. 12
- Schreyögg, G. (2003). Organisation, 4. vollständig überarb. und erw. Aufl. Wiesbaden
- Schreyögg, J./Busse, R. (2006). Leistungsmanagement von Krankenversicherungen; in: Busse, R./Schreyögg, J./Gericke, C. (Hrsg.) (2006), Management im Gesundheitswesen, Heidelberg, S.23-54
- Techniker Krankenkasse (2008). TK und IKK-Direkt bereiten Fusion vor; http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/s01_aktuell/99_kurzfristige_inhalte/fusion/fusion.html [Stand 17.09.2008]