

Quo Vadis GKV?

Zukünftige Entwicklungen des gesetzlichen
Krankenversicherungsmarktes in Deutschland



Quo Vadis GKV?

Zukünftige Entwicklungen des gesetzlichen Krankenversicherungsmarktes in Deutschland

Herausgegeben vom Institut für Versicherungsbetriebslehre der Leibniz Universität Hannover und
PricewaterhouseCoopers AG WPG

Von
Simone Krummacker, Thomas Mittendorf, J.-Matthias Graf von der Schulenburg (Institut für Versicherungsbetriebslehre der
Leibniz Universität Hannover), Lutz Müller, Holger Stürmann (PricewaterhouseCoopers)

Quo Vadis GKV?
Zukünftige Entwicklungen des gesetzlichen Krankenversicherungsmarktes in Deutschland

Herausgegeben von
Institut für Versicherungsbetriebslehre der Leibniz Universität Hannover und
PricewaterhouseCoopers AG, Frankfurt am Main

Von
Simone Krummacker, Thomas Mittendorf, J.-Matthias Graf von der Schulenburg (Institut für
Versicherungsbetriebslehre der Leibniz Universität Hannover), Lutz Müller, Holger Stürmann
(PricewaterhouseCoopers)

November 2007, 48 Seiten, 18 Abbildungen

© 2007 PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Alle Rechte vorbehalten. Vervielfältigungen, Mikroverfilmung, die Einspeicherung und Verarbeitung
in elektronischen Medien sind ohne Zustimmung des Verlags nicht gestattet.

Druck
Fritz Schmitz Druck, Krefeld

PricewaterhouseCoopers bezeichnet die PricewaterhouseCoopers AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und die anderen selbstständigen und rechtlich unabhängigen
Mitgliedsfirmen der PricewaterhouseCoopers International Limited.

Printed in Germany

Vorwort

„...der demographische Wandel stellt unsere sozialen Sicherungssysteme vor schwierige Aufgaben.“ So oder ähnlich liest man es in Boulevard- wie Fachpresse und hört es von Politikern und Experten. Obwohl die Fakten weitgehend bekannt und analysiert sind, tut sich der Gesetzgeber schwer, wirkungsvolle Maßnahmen zu ergreifen. Am ehesten ist noch die Reform in der Rentenversicherung gediehen, um dieses Teilsystem der sozialen Sicherung demographiefest zu machen.

Für das Gesundheitswesen steht trotz der Verabschiedung des letzten Reformpaketes mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und dem Vertragsarztänderungsgesetz die große Finanzierungsreform eindeutig noch bevor. Weder Gesundheitsfonds noch Miniprämie tragen dem demographischen Wandel Rechnung. Die jüngste Reform kann wie ihre Vorgänger bestenfalls eine Stabilisierung des Beitragssatzniveaus in Anspruch nehmen. Ob sie das System wirtschaftlicher machen wird, bleibt abzuwarten, da wettbewerbliche Konzepte nur halbherzig adaptiert wurden und erst die Praxis zeigen wird, ob zum Beispiel Nutzen-Kosten-Analysen und integrierte Versorgungsprogramme wirklich zu einer effizienteren Versorgung führen. Auch bleibt abzuwarten, ob die gesetzlichen Krankenkassen eine höhere unternehmerische Freiheit bekommen und sich Fusions- und Vertragsphantasien zum Wohle der Versicherten realisieren lassen.

„...nach der Reform ist vor der Reform...“ Aber wie soll die nächste Reform aussehen? Was muss an der letzten Reform korrigiert werden? Welche Lösungskonzepte sind durchdacht, welche Chancen und Risiken bietet ihre Umsetzung?

Um Antworten zu bekommen, haben wir das System der Gesetzlichen Krankenversicherung einer erneuten grundlegenden Analyse unterworfen, Entscheider um Ihre Meinung gebeten und das Gespräch mit Vorständen von gesetzlichen und privaten Krankenversicherern gesucht. Wir haben sie nach ihrer Analyse, ihren strategischen Vorstellungen und ihren Einschätzungen des *Quo vadis* in der GKV befragt. Manche Antworten sind bekannt und dennoch interessant, andere überraschen und stimulieren.

Prof. Dr. J.-Matthias Graf von der Schulenburg
Leibniz Universität Hannover

Holger Stürmann
PricewaterhouseCoopers AG

Hannover, November 2007

Executive Summary: Quo Vadis GKV?

Das Umfeld von gesetzlichen Krankenkassen unterliegt einem ständigen Wandel, häufig getrieben durch sozialpolitische Überlegungen. Das Management von Krankenkassen ist daher gefordert, die Unternehmensstrategien, Prozesse und Mitarbeiter proaktiv so auszurichten, dass eine Handlungsfähigkeit unter vielen möglichen Szenarien gegeben ist. Die aktuelle Gesundheitsreform (GKV-WSG) hat eine Vielzahl von tiefgreifenden Veränderungen für die deutschen Krankenkassen initiiert und dabei auch eine Verschiebung der Grenzen zwischen GKV und PKV vorgenommen. Im Rahmen dieser Studie des Instituts für Versicherungsbetriebslehre der Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover und der PricewaterhouseCoopers AG WPG wurden Entscheider deutscher Krankenkassen mittels einer empirischen Befragung zu den Aspekten der Gesundheitsreform und den zukünftigen Strategien der Krankenkassen befragt. Darüber hinaus wurden ausgewählte Topmanager deutscher Krankenkassen und privater Krankenversicherer um ihre Einschätzungen gebeten. Im Folgenden sind ausgewählte Ergebnisse im Überblick dargestellt.

- Die Ziele und Auswirkungen des GKV-WSG werden weitgehend kritisch beurteilt. Obwohl explizit eine wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens beabsichtigt ist, wird einigen Aspekten zwar eine Wettbewerbsförderung zugesprochen, anderen Sachverhalten wiederum wird eine entgegen gesetzte Wirkung unterstellt.
- Am deutlichsten wird die Verschiebung der Grenzen zwischen PKV und GKV durch die Einführung von an sich systemfremden Elementen auf beiden Seiten kritisiert, weil dies in beiden Teilen des Gesundheitswesens zu Effizienzverlusten führen werde.
- Dem GKV-WSG wird abgesprochen, für mehr Qualität und eine nachhaltige Finanzierung im Gesundheitswesen sorgen zu können. Die Einführung des Gesundheitsfonds und der Einheitsprämie wird als erster Schritt in eine staatliche Einheitskasse angesehen.
- Kooperationen werden das beherrschende Thema der Zukunft im Krankenversicherungsmarkt sein. Vor allem ein Know-how-Transfer und die potenzielle Kundenbindung stehen dabei im Fokus.
- Kassenartenübergreifende Fusionen werden derzeit als wenig relevant gesehen, da vor allem formale Hindernisse mittelfristig bestehen bleiben.
- Als zukünftige Erfolgsfaktoren für Krankenkassen werden eine gezielte Kundenorientierung und eine speziell fokussierte Kundenkommunikation erachtet.
- Für die zukünftige Unternehmensausrichtung werden vor allem die richtige Unternehmensstrategie, die Ausrichtung der internen Prozesse und die Organisation genannt. Ein besonderes Engagement wird in den Bereichen Controlling, Kooperationen und Vertragsgestaltung geplant. In vielen Bereichen muss spezifisches Know-how aufgebaut oder beschafft werden, dabei soll einerseits auf brancheninterne Lösungen zurückgegriffen als auch externe Beratung eingekauft werden.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
Executive Summary: Quo Vadis GKV?.....	4
Inhaltsverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis	6
A Quo Vadis GKV – Wohin führt der Weg der deutschen Krankenversicherung?	7
1 Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung – Ein Spannungsfeld zwischen Aktion und Reaktion.....	7
2 Ziele der Studie	9
B Grundzüge der Gesundheitsreform 2007	10
C Quo Vadis GKV? Die Ergebnisse der Studie „Zukünftige Entwicklungen der gesetzlichen Krankenkassen“	12
1 Marktwirtschaftliche Entwicklungen im Gesundheitswesen.....	12
2 Qualität und Finanzierung bei Krankenkassen	15
3 Kooperationen im Krankenkassensektor	20
4 Krankenkassen als Dienstleister	26
5 Unternehmenssteuerung und Management-Instrumente bei Krankenkassen	29
D Zusammenfassung und Ausblick: Quo Vadis GKV? Einheitsbeitrag und Kooperation	34
Anhang: Beschreibung der Daten und Studiendesign	36
Interviewpartner	38
Literaturverzeichnis	39
Autorenverzeichnis.....	40
Ansprechpartner.....	42

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Auswirkungen der Einführung des Basistarifs in der PKV.....	13
Abb. 2	Wettbewerb.....	14
Abb. 3	Qualität im Gesundheitswesen.....	16
Abb. 4	Erwartete Entwicklung des Beitragssatzes (relative Häufigkeit in Prozent)	17
Abb. 5	Maßnahmen zur Kompensation eines Fehlbetrags bei Einheitsbeitrag (relative Häufigkeit in Prozent, Mehrfachnennungen möglich).....	18
Abb. 6	Maßnahmen zur Verwendung eines Überschusses bei Einheitsbeitrag (relative Häufigkeit in Prozent, Mehrfachnennungen möglich).....	19
Abb. 7	Kooperationsformen	20
Abb. 8	Wir werden zukünftig stärker mit anderen Unternehmen kooperieren (relative Häufigkeit in Prozent)	21
Abb. 9	In welcher Weise streben Sie Kooperationen an? (relative Häufigkeit in Prozent, Mehrfachantworten möglich).....	22
Abb. 10	Hauptgründe für gescheiterte Fusionen	23
Abb. 11	Wir planen, Fusionen in der Zukunft einzugehen (relative Häufigkeit in Prozent)	24
Abb. 12	Fusionsabsichten von Krankenkassen	24
Abb. 13	Krankenkassen als Dienstleister für Versicherte	26
Abb. 14	Hausarztzentrierte Versorgung.....	27
Abb. 15	Krankenkassen als Dienstleister für Leistungserbringer	27
Abb. 16	Aktuelle und geplante Maßnahmen.....	30
Abb. 17	Geschäftsgebiete der befragten Krankenkassen	36
Abb. 18	Versicherte und Mitglieder bei den befragten Krankenkassen.....	36

A Quo Vadis GKV – Wohin führt der Weg der deutschen Krankenversicherung?

1 Rahmenbedingungen der gesetzlichen Kranken- versicherung – Ein Spannungsfeld zwischen Aktion und Reaktion

Gesetzliche Krankenkassen sind als Unternehmen in besonderem Maße von externen Rahmenbedingungen abhängig und weitgehend Gegenstand politischer Überlegungen. Es stellt sich daher die Frage, inwieweit diese Rahmenbedingungen einer aktiven Gestaltung zugänglich gemacht werden können oder ob Krankenkassenmanagement hauptsächlich reaktiv auf Wandel des Umfelds erfolgt. Grundsätzlich haben Krankenkassen einen gesellschaftlichen Auftrag zur Versorgung der Bevölkerung mit einem Basis-Krankenversicherungsschutz, welcher dem unangepassten Einsatz betriebswirtschaftlicher Strategien und Maßnahmen zusätzlich Grenzen setzt. Dennoch ist es erklärtes Ziel der meisten gesetzlichen Krankenkassen, ihre Aufgaben mittels entsprechend gestalteter Prozesse und Strukturen effektiv und effizient zu erfüllen.

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahrzehnten eine Reihe von Reformen des Gesundheitswesens durchgesetzt, deren Ziele in der Regel nicht direkt auf das Handeln der Krankenkassen fokussierten, sondern die Einnahmen und insbesondere die Ausgaben für Gesundheitsleistungen im Fokus hatten. Die Motivation lag dabei selten in einer Verbesserung der Krankenversorgung der Versicherten als vielmehr der Beitragsstabilität, die es zur Stabilisierung - besser noch der Senkung - der Lohnnebenkosten zu erreichen gilt. Solche Anpassungen haben jedoch stets direkten Einfluss auf das Handeln in und von Krankenkassen. Insbesondere das Gesundheitsstrukturgesetz aus dem Jahr 1992 und seine Fortführungen mit den Neuordnungsgesetzen 1996 und 1997 führten einige neue Spielregeln im hoch regulierten gesetzlichen Krankenversicherungssystem, insbesondere die Einführung der Kassenwahlfreiheit, ein. Dies geschah in der Absicht, eine Steigerung der Effizienz innerhalb der Leistungserbringung und Verwaltung, der Versorgungsqualität sowie der Kundenorientierung mittels des genannten Wettbewerbsinstrumentariums zu bewirken (vgl. BMGS, Begründung, www.bmgs.bund.de/download/gesetze/~gkv/rsa/~gesetzrsabegrueundung.pdf, S. 1 ff.). Die Etablierung des 1994 zunächst als Übergangslösung geschaffenen Risikostrukturausgleichs sollte die Wettbewerbsnachteile durch unterschiedliche Versichertenstrukturen ausgleichen und eine Selektion günstiger Versichertenrisiken vermindern.

Die in diesem Jahr in Kraft getretene Gesundheitsreform verschreibt sich namentlich der Förderung eines Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Das Wettbewerbstärkungsgesetz (GKV-WSG) zielt dabei nicht nur auf Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen selbst, sondern auch zu den privaten Krankenversicherern und unter den Leistungserbringern ab.

In der Summe führen nicht nur die externen Einflüsse durch Vorhaben des Gesetzgebers zu Anpassungsbedarf bei den gesetzlichen Krankenkassen. Durch eine effektive interne Organisation, effiziente Prozesse in der Leistungsabwicklung und ein möglichst frühzeitiges Eingreifen in den Ablauf der Leistungsbereitstellung ist es möglich, Ressourcen zu sparen, was neben dem eigenen Unternehmen auch dem Gesamtsystem zu gute kommt. Darüber hinaus können die gesetzlichen Krankenkassen sich hierüber zusätzlich Potenziale zur Senkung des Beitragssatzes sowie Raum für Serviceangebote und Satzungsleistungen schaffen, die als Differenzierungskriterium für den Kunden am Krankenkassenmarkt wahrgenommen werden können. Ziel ist dabei die Sicherung einer langfristigen finanziellen Stabilität der Kasse, wobei die Einnahmeseite einer weitreichenderen Regulierung unterliegt. Weniger reguliert, aber umso kritischer ist die Optimierung der Ausgabenseite zum Beispiel durch ein abgestimmtes Risikomanagement, gezielte Personalentwicklung und -bedarfsermittlung sowie überlegter Kooperationen an verschiedenen Stellen der Wertschöpfungskette.

Die gesetzlichen Krankenkassen, aber auch die private Krankenversicherungswirtschaft ist von den jüngsten gesetzlichen Änderungen der sozialen Sicherungssysteme betroffen. Die aktuelle Gesundheitsreform räumt den gesetzlichen Krankenkassen vermehrt 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. Dieses hat insbesondere für die privaten Krankenversicherungen weitreichenden Folgen, die im Folgenden näher beleuchtet werden.

Für Krankenkassen stellt sich somit die Frage, wie sie unter den derzeitigen und zukünftigen Rahmenbedingungen handlungsfähig und wettbewerbsfähig bleiben. Welche Instrumente können dazu beitragen, interne Prozesse effizient zu gestalten und Kernkompetenzen in den Fokus zu stellen? Wie kann die Ausgabenseite aktiv gestaltet werden? Sollen sich Krankenkassen vom Kostenträger im eigentlichen Wortsinn zu modernen, betriebswirtschaftlich geführten Dienstleistern entwickeln? Oder sollen sie sich in einem weiterhin hoch regulierten Umfeld auf ihre Kernkompetenz als möglichst effizienter Kostenträger entwickeln? Sollen weitergehende Dienstleistungen über private Märkte erfüllt werden? Welche Rolle sollen die privaten Krankenversicherungen zukünftig wahrnehmen?

2 Ziele der Studie

Um sich der Thematik strukturiert zu nähern, ist ein detaillierter Einblick in den derzeitigen Stand bei Krankenversicherern notwendig, um darauf aufbauend Lösungswege skizzieren zu können. Im Rahmen einer gemeinsamen Studie des Instituts für Versicherungs-
betriebslehre der Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover und der
PricewaterhouseCoopers AG WPG wurde daher der Frage nachgegangen, wie sich die
Struktur des gesetzlichen und privaten Krankenversicherungsmarktes unter den
derzeitigen Rahmenbedingungen in Zukunft entwickeln wird und welche betriebs-
wirtschaftlichen Instrumente dabei von kritischer Relevanz für ein erfolgreiches Bestehen
einer Krankenkasse sein werden.

Die empirische Erhebung wurde durch folgende Thesen geleitet:

- Der zukünftige Wettbewerb in der GKV wird sich auch durch das GKV-WSG verschärfen.
- Die Wahltarife stellen in der GKV ein systemfremdes und volkswirtschaftlich kontrovers diskutiertes Instrument dar, womit zusätzlich privatversicherungsähnliche Elemente im öffentlichen 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.

Hierfür wurden neben einer umfangreichen quantitativen Befragung von deutschen Krankenkassen auch gezielt einige Krankenkassenmanager in Einzelgesprächen zu ihren Marktbeobachtungen befragt. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studie fokussiert dargestellt. Dafür wird zunächst ein kurzer Überblick über die aktuelle Gesundheitsreform gegeben. Darauf aufbauen werden die Ergebnisse der Befragung in den Kategorien „Marktwirtschaftliche Entwicklungen im Gesundheitswesen“, „Qualität und Finanzierung bei Krankenkassen“, „Kooperationen und Fusionen im Krankenkassensektor“, Krankenkassen als Dienstleister“ sowie „Unternehmenssteuerung und Management-Instrumente bei Krankenkassen“ dargestellt. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse zusammengefasst und ein Ausblick auf zu erwartende Anpassungsreaktionen im Krankenkassenmarkt diskutiert.

B Grundzüge der Gesundheitsreform 2007

Der Wandel auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt in den letzten Jahrzehnten ist vornehmlich durch gesetzliche Initiativen entstanden. Reagierten die Krankenkassen bisher eher auf externe Änderungen, finden sich mittlerweile jedoch auch Versuche proaktiver Ausrichtung des eigenen Unternehmens. So sind nicht alle Marktveränderungen und Trends auf Gesetzesinitiativen zurückzuführen; auch das Verhalten der Kunden und Versicherten hat sich in den letzten Jahren verändert und stellt neue Anforderungen an die Kommunikation der Krankenkassen. Dennoch haben die Gesundheitsreformen der letzten Jahre, wie auch das aktuelle GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sowie der Wandel des Kundenverhaltens die weitreichendsten Anstöße gegeben. Um die Ergebnisse der empirischen Erhebung vor diesem Hintergrund einordnen zu können, folgt nun ein kurzer Abriss der wichtigsten gesetzlichen Änderungen und damit der Impulse für sich daraus ergebende Marktgegebenheiten.

Die Gesundheitsreform 2007, genauer das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), wurde am 16. Februar 2007 vom Bundesrat verabschiedet und ist in wesentlichen Teilen am 1. April 2007 in Kraft getreten. Ziel der Bundesregierung ist es, die Qualität der Versorgung durch Strukturreformen zu verbessern, die Wirtschaftlichkeit durch einen intensiveren Wettbewerb und mehr Transparenz zu erhöhen sowie die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten auszuweiten. Aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen lassen sich die Kernelemente dieser jüngsten Reform wie im Folgenden dargestellt zusammenfassen.

Die lohnabhängigen Beiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber werden neben Steuermitteln aus dem Bundeshaushalt ab dem 1.1.2009 in den neu zu schaffenden Gesundheitsfonds, eines der zentralen Reformelemente, fließen. Arbeitgeber und Arbeitnehmer zahlen ihre Beiträge dann über einen durch die Bundesregierung erstmalig bis zum 1. November 2008 mit Wirkung zum 1. Januar 2009 per Rechtsverordnung festzusetzenden allgemeinen Beitragssatz in den Fonds ein. Die Beitragshöhe wird damit, anders als bisher, nicht mehr individuell von den Krankenkassen bestimmt, sondern einheitlich für alle Kassen durch das Bundesministerium für Gesundheit festgelegt.

Die Zuweisungen der finanziellen Mittel aus dem Gesundheitsfonds an die gesetzlichen Krankenkassen erfolgt über einen Grundbetrag nebst eines alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- oder Abschlags je Versicherten und bildet damit gleichzeitig den neuen Risikostrukturausgleich ab. Sollte der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Fonds nicht gedeckt werden oder wird ein Überschuss erzielt, kann sie ab dem 1. Januar 2009 einen Zusatzbeitrag direkt von ihren Mitgliedern fordern bzw. Beiträge z.B. in Form von Prämien zurückerstatten.

Seit April 2007 haben alle Orts-, Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen sowie die See-Krankenkasse die Möglichkeit, sich auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte kassenartenübergreifend zu vereinigen. Hintergrund ist die Angleichung der Wettbewerbsebenen der unterschiedlichen Krankenkassen und damit die Bildung dauerhaft wettbewerbs- und leistungsfähiger Krankenversicherungseinheiten. Kassenartenübergreifende Fusionen auf dem Krankenversicherungsmarkt sollen den anhaltenden Konsolidierungstrend in der gesetzlichen Krankenversicherung vorantreiben und damit schneller zu einer verstärkt wettbewerbs- und damit auch qualitätsorientierten Versorgung der Bevölkerung führen. Ebenso sollen sich alle Krankenkassen zum 1. Januar 2009 für den Wettbewerb öffnen. Ein Bestandsschutz gilt für geschlossene Betriebs- oder Innungskrankenkassen.

Den Versicherten wird mit dem GKV-WSG mehr Wahlfreiheit eingeräumt. Künftig können die Kassen allen Mitgliedern Selbstbehalttarife oder anderweitige Wahltarife anbieten und Prämienzahlungen vorsehen. Damit werden aus der privaten Krankenversicherung bekannte Elemente auch bei den gesetzlichen Krankenkassen eingeführt. Mittels Vertragsgestaltung der gesetzlichen Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, einzelnen Ärzten oder Gruppen von Ärzten wird künftig ein Ausscheren vom Kollektivvertrag ermöglicht. Ferner können durch Rabattverträge mit pharmazeutischen

Unternehmen Anreize für die Berücksichtigung eben derer Arzneimittel geschaffen werden, indem die Zuzahlung für Versicherte verringert oder gestrichen wird.

Im Rahmen der Selbstverwaltung der GKV werden die Aufgaben der bestehenden sieben Spitzenverbände ab 2008 auf den jüngst gegründeten Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen. Dieser wird die Belange der GKV in der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene vertreten.

Die Gesundheitsreform betrifft jedoch nicht nur die gesetzlichen Krankenkassen. Auch das System der privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV) steht vor maßgeblichen strukturellen Veränderungen. Ab 2009 ist die PKV verpflichtet, einen Basistarif anzubieten, dessen Leistungsumfang mit dem der GKV vergleichbar ist. Für die Versicherungsunternehmen herrscht in diesem Tarif Kontrahierungszwang; d.h. eine Aufnahme des Versicherten aus dem gesetzlich definierten Personenkreis darf weder abgelehnt noch dürfen Risikozuschläge erhoben werden. Ergänzt durch die Portabilität der Altersrückstellungen im Umfang des Basistarifs wird der Wechsel zwischen privaten Versicherungsunternehmen zudem insgesamt erleichtert. Ergänzend haben alle Nichtversicherten bereits seit dem 1. Juli 2007 den Zugang zu einem Standardtarif in der PKV, für den grundsätzlich die Voraussetzungen des Basistarifs gelten. Gleichzeitig ist der Versicherungswechsel von der GKV in die PKV an strengere Auflagen geknüpft. Ein Wechsel ist nur dann möglich, wenn das Jahresarbeitsentgelt in drei aufeinander folgenden Jahren und zu Beginn des nächsten Kalenderjahres die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet.

So gesehen entstehen zahlreiche neue Elemente im Gesundheitswesen, die Anpassungs- und Änderungsdruck bei den gesetzlichen Krankenkassen wie auch den privaten Krankenversicherungsunternehmen erzeugen. Die Beurteilung der Impulse aus der Gesundheitsreform wie auch weiterer Trends im Gesundheitswesen in Deutschland wird in den folgenden Kapiteln anhand der Ergebnisse der empirischen Erhebungen dargestellt.

C Quo Vadis GKV? Die Ergebnisse der Studie „Zukünftige Entwicklungen der gesetzlichen Krankenkassen“

1 Marktwirtschaftliche Entwicklungen im Gesundheitswesen

Die Ausgaben für das Gesundheitswesen belaufen sich in Deutschland auf rund elf Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Dies und die Tatsache, dass die Versicherten einen erheblichen Anteil ihres Einkommens für die Gesundheitsvorsorge ausgeben, sind starke Argumente dafür, das Gesundheitswesen so effizient wie möglich zu organisieren. Auch die Sichtweise, dass es sich um eine soziale und solidarische öffentliche Aufgabe handelt, spricht nicht dagegen, marktwirtschaftliche Steuerungsmechanismen zur Allokation der begrenzten Ressourcen einzusetzen. Die für 90 Prozent der Bevölkerung bestehende Versicherungspflicht spricht zusätzlich dafür, dass ein sparsamer und verantwortungsvoller Umgang mit diesen Mitteln zu erwarten ist. Kein Sektor in Deutschland ist so stark reguliert wie das Gesundheitswesen, mit der Folge, dass Allokationsentscheidungen hauptsächlich durch Institutionen und nicht durch den Markt getroffen werden (vgl. Schulenburg/ Greiner (2007), S. 19f. und 171f.).

Ein Merkmal des Marktes für Gesundheitsgüter und -dienstleistungen ist die asymmetrische Informationsverteilung. Dies führt dazu, dass die Nachfrager die Qualität der Dienstleistungen und Güter gar nicht oder sehr schwer beurteilen können und somit ein hohes Maß an Unsicherheit verbleibt, was Vertrauen in die Leistungserbringer erfordert. Diese Informationsasymmetrien führen im Gesundheitsmarkt zu Intransparenz, zu hohen Transaktionskosten und letztlich zu einer Einschränkung bei der Verteilung von Gütern und Dienstleistungen. Diese Ineffizienzen sollten jedoch nicht ausschließlich durch staatliches Handeln behoben werden, vielmehr sollten auch andere Formen des kollektiven Handelns eine wichtige Rolle spielen (vgl. Schulenburg/Greiner (2007), S. 8ff. und 106ff.).

Trotz aller Besonderheiten des Gutes Gesundheit und des hohen Stellenwerts von Gesundheit für jeden Einzelnen kann nicht automatisch geschlussfolgert werden, dass sich das Gesundheitswesen einer ökonomischen Betrachtung entzieht. Die Ökonomie beschäftigt sich vielmehr mit der Verteilung knapper Ressourcen zur planvollen Deckung aller menschlichen Bedürfnisse. Das Streben nach Gesundheit kann durchaus mit anderen Bedürfnissen von Menschen verglichen werden (vgl. Schulenburg/Greiner (2007), S. 106 ff. und 153ff.).

Durch ein Mehr an Marktwirtschaft im Gesundheitswesen können vor allem die Folgen von Handlungen und Entscheidungen transparent gemacht 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.

Prof. Dr. Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der DAK:

„Im Vergleich zu anderen Gesundheitssystemen, gibt es kaum ein System, das so viele Freiheitsgrade bietet wie unseres. Wir können jeden Vertrag schließen, den wir wollen, wenn wir die entsprechenden Partner finden.“

Diese Gedanken im Geiste, wurden die Befragten um ihre Einschätzung von marktwirtschaftlichen Elementen im Gesundheitswesen gebeten. 83 Prozent befürworten dies, nur 4,5 Prozent sind gegen weitere marktwirtschaftliche Entwicklungen im Gesundheitswesen. Darüber hinaus erwarten 48,5 Prozent, dass der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen durch die Änderungen des GKV-WSG weiter verstärkt wird, wohingegen 38 Prozent der Befragten keinen stärkeren Wettbewerb erwarten. Immerhin

35 Prozent gehen aber davon aus, dass es zu einem intensiveren Wettbewerb zwischen privaten Krankenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen kommt, 45,5 Prozent stimmen dem nicht zu.

Ralf Sjuts, Vorstandsvorsitzender der Deutschen BKK:

„Das Wettbewerbsstärkungsgesetz hat seinen Namen wirklich verdient, weil es tatsächlich den Wettbewerb stärken wird.“

Prof. Dr. Norbert Klusen, Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse:

„Es wurde versäumt, weiter in Richtung eines wettbewerbliehen Systems zu gehen; es wurden mehr Zeichen gegen Markt und gegen Wettbewerb gesetzt. Das ganze Finanzierungskonstrukt mit Gesundheitsfonds, Einheitsprämie und ihrer Deckelung ist keineswegs auf die Marktförderung ausgelegt, sondern eher auf Rationierung, weniger Innovationen, weniger Bereitschaft etwas zu riskieren. Insgesamt ist zu befürchten, dass sich das System so in Richtung eines Staatssystems entwickelt.“

Die Äußerungen der befragten Vorstände von privaten Krankenversicherern wie auch der gesetzlichen Krankenkassen lassen erkennen, dass es durch das GKV-WSG zu Verschiebungen zwischen den beiden Bereichen der sozialen und privaten Gesundheitsversorgung kommt, die zugunsten der GKV ausfallen. Neben den Beschränkungen bei der Pflichtversicherungsgrenze, die die Neukundenrate beeinflusst, ist es den gesetzlichen Kassen nun möglich Angebote für ihre Versicherten zu tarifieren, die bisher der PKV vorbehalten waren. Zusammen mit weiteren elementaren gesetzlichen Veränderungen im privaten Versicherungswesen ergeben sich für die privaten Krankenversicherer in den nächsten Jahren tief greifende Veränderungen, die den Wettbewerb innerhalb der PKV und mit der GKV mit ihren erweiterten Möglichkeiten verstärken. Andererseits werden mit dem Basistarif und Kontrahierungszwang ohne Risikoprüfung wesensfremde Elemente qua Gesetzgebung in den Privatversicherungsbereich eingeführt, ohne dass diese Unternehmen wie die GKV in den Genuss weiterer gesetzliche Maßnahmen, wie den Risikostrukturausgleich, kommen.

Entsprechend erwarten 47 Prozent, dass sich für die im Basistarif befindlichen Versicherten die ambulante Versorgungssituation zwischen PKV und GKV angleicht, über eine Verschlechterung der Patientenversorgung insgesamt sind aber nur 24 Prozent der Befragten besorgt. Die Mehrheit geht eher von keinen Veränderungen aus. Aus dieser Einschätzung lässt sich ableiten, dass die recht unterschiedlichen Versorgungsniveaus zwischen privat und gesetzlich Versicherten entweder nicht wahrgenommen oder aber als statisch hingenommen werden.

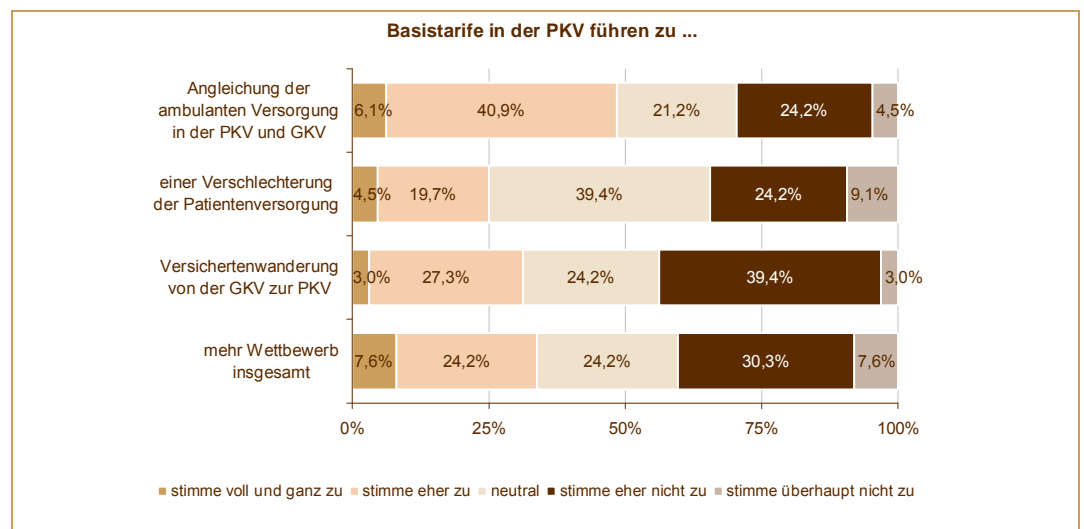


Abb. 1 Auswirkungen der Einführung des Basistarifs in der PKV

Auch Fragen nach Versichertenwanderungen und zunehmendem Wettbewerb zwischen GKV und PKV werden eher indifferent beantwortet. Ein solch geteiltes Bild kann in einer Deutung auch mit einer großen Unsicherheit bzgl. dieser Thematik interpretiert werden.

Die sich daraus evtl. ergebenden Marktwirkungen sind hingegen nicht zu unterschätzen. Diese Fragen werden sicher mittelfristig durch das reale Verhalten der Versicherten im Markt geklärt. Die private Versicherungswirtschaft meldet aktuell noch eine zurückhaltende Nachfrage von Wiederkehrern in die Versicherungspflicht. Dennoch steht sie diesem insgesamt ablehnend und als Eingriff durch den Gesetzgeber in die private Vertragsautonomie gegenüber und bereitet dem Vernehmen nach eine Verfassungsklage vor.

Thomas Michels, Mitglied des Vorstandes der AXA Krankenversicherung:

„Die Einführung eines Standardtarifs für Nichtversicherte und des Basistarifs – für sich betrachtet – bedroht die PKV nicht, kostet aber Geld. Die Fallzahlen sind relativ klein. Wir nehmen die gesellschaftliche Verantwortung an, ehemalige Versicherte wieder mit Versicherungsschutz zu versorgen. Aber gemeinsam mit weiteren Regelungen, bspw. aus der Reform des Versicherungsvertragsgesetzes, die Portabilität der Alterungsrückstellungen usw., ergibt sich nun eine neue Gesamtlage für die PKV. Eine der Auswirkungen dessen ist, dass die klassischen PKV-Tarife ab 2009 im Durchschnitt um mindestens 10 Prozent teurer werden.“

Insgesamt spricht sich die Mehrheit der Befragten für mehr Wettbewerb im System der Gesundheitsversorgung aus. Insbesondere im Arzneimittelbereich, zwischen ambulanten Leistungserbringern, im Hilfsmittelbereich und zwischen dem ambulanten und stationären Bereich wird eindeutig mehr Wettbewerb gefordert.

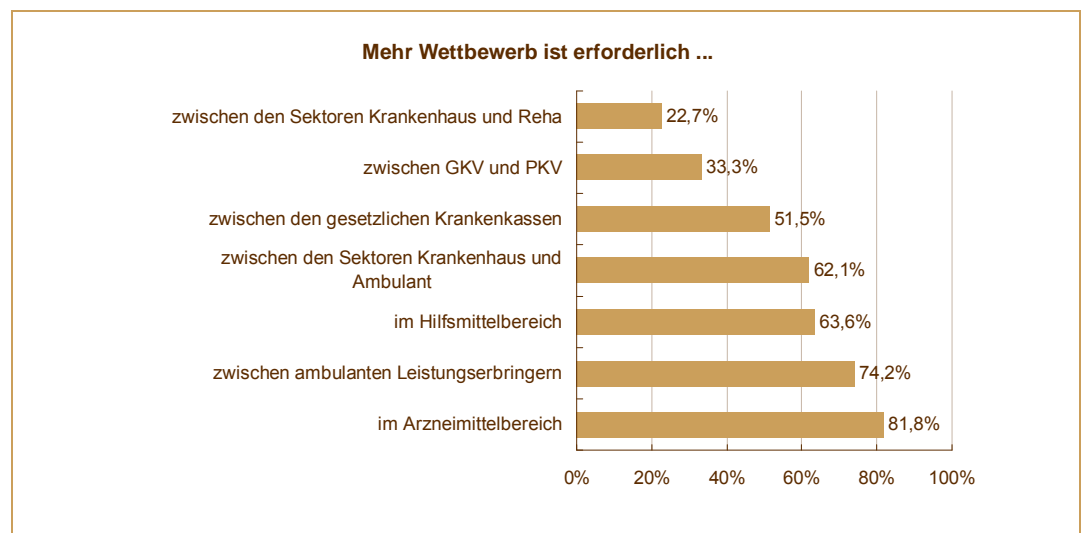


Abb. 2 Wettbewerb

Ergänzend hält mehr als die Hälfte verstärkten Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen für erforderlich. Als Elemente zur Ausgestaltung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen wurden folgende Bereiche angeregt:

- 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.

Insgesamt wird mehr Freiheit und daraus folgend mehr Wettbewerb im gesetzlichen Gesundheitswesen befürwortet. Kritisch wird angemerkt, dass aber teilweise die Folgen von mehr Wettbewerb nicht erwünscht oder nicht abgesehen werden, wie z. B. die Folgen von möglichen Krankenkassenkonkursen.

2 Qualität und Finanzierung bei Krankenkassen

Qualität und Bürokratie

Mit Qualität werden im Allgemeinen die Beschaffenheit und die Eigenschaften von Gütern und Dienstleistungen „(...) nach ihren Unterscheidungsmerkmalen gegenüber anderen Waren oder Dienstleistungen, nach ihren Vorzügen oder Mängeln“ (Brockhaus Enzyklopädie (1997), S. 662f.) bezeichnet. Da die Beurteilung von Qualität auch von den Erwartungen des Kunden abhängt, ist es schwierig, für Gesundheitsgüter und Gesundheits-(dienst-)leistungen einheitliche Standards und Kriterien festzulegen. Vielfach handelt es sich zudem um Leistungen mit schwer messbaren Qualitäten.

Dennoch findet in Deutschland seit einiger Zeit eine Diskussion um Qualität im Gesundheitswesen statt, die sich in weiten Teilen um die eingeschränkte Transparenz von Kosten und Leistungen im gesetzlichen Krankenkassensystem dreht. Darüber hinaus ist es für den Patienten aufgrund fehlender Fachkenntnisse sehr schwer, die Qualität des behandelnden Arztes, eines Krankenhauses oder der verschriebenen Medikamente zu beurteilen.

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 Gesetzgebung im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen nimmt stets direkt und indirekt Einfluss auf die Leistungserstellung und die Qualität dieser Leistungen und hat sukzessive die Anforderungen an die Qualität und die Qualitätssicherung erhöht. So besteht z. B. seit 1991 ein Modellprogramm zur Förderung der medizinischen Qualitätssicherung beim BMG, dessen Schwerpunkt auf der Durchführung von Modellprojekten zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität liegt (vgl. BMG (2007)). Weitere Initiativen und Vorhaben zur Steigerung der Qualität beziehen sich z.B. auf Chroniker- und Disease-Management-Programme (DMP), die Förderung der Integrierten Versorgung (IV) oder die Einführung von Behandlungsleitlinien im Sinne einer evidenz-basierten Medizin. Darüber hinaus werden Kosten, Wirksamkeit und Sicherheit unter ökonomischen, medizinischen sowie sozialen Perspektiven im Rahmen sogenannter Health Technology Assessments (HTA) erhoben. Diese Intention verfolgt auch das im Jahr 2004 auf Initiative des BMG gegründete Institut 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.).

Wie wird die Thematik der Qualität, die je nach Interessenlage in Deutschland breit medial aufgearbeitet wird, von den Entscheidungsträgern gesehen? Bei der Befragung wurden die Führungskräfte der Krankenkassen gebeten, die aktuelle Gesundheitsreform hinsichtlich ihres Einflusses auf die Qualität im Gesundheitswesen zu beurteilen und kritisch zu hinterfragen.

72,7 Prozent glauben 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 (93,9 Prozent). Darüber hinaus wird der Reform keine nachhaltige Stärkung der Finanzierung des Gesundheitssystems zugetraut (90,9 Prozent). Zudem wird dem geplanten Gesundheitsfonds abgesprochen, dass hierüber Anreize zum wirtschaftlichen Handeln für Krankenkassen geschaffen werden (70,8 Prozent).

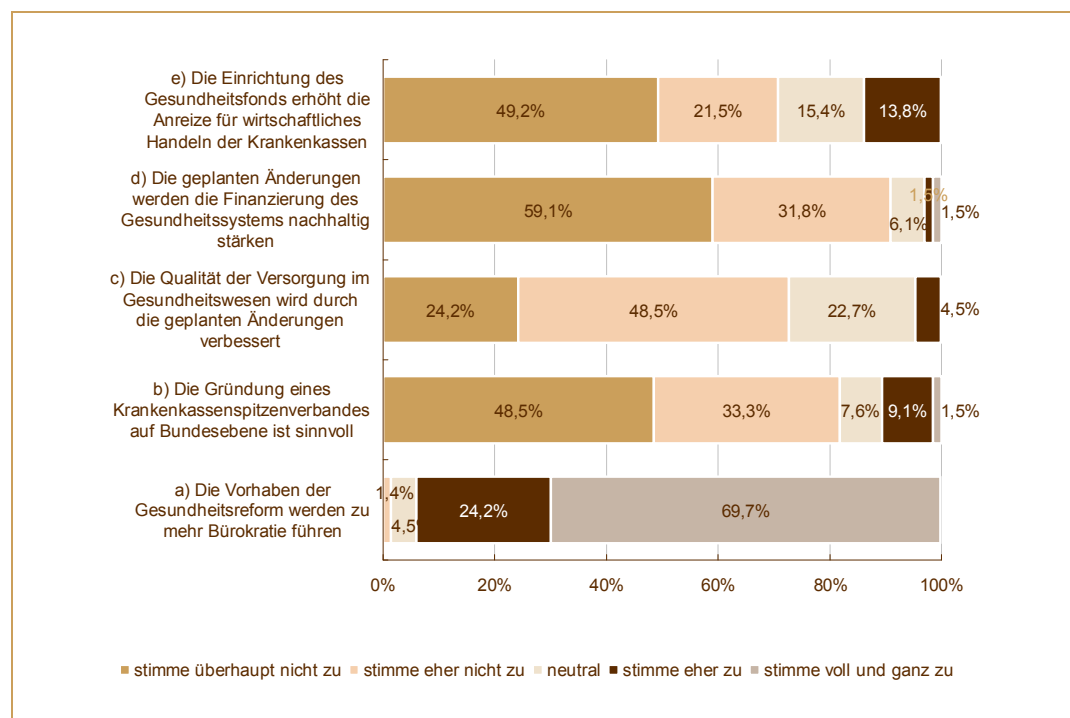


Abb. 3 Qualität im Gesundheitswesen

Die teilnehmenden Krankenkassen hatten bis Ende 2006 insgesamt 1.632 IV-Verträge geschlossen bzw. sind IV-Verträgen beigetreten (Angaben von 46 Krankenkassen). Dabei kann beobachtet werden, dass die größeren Kassen signifikant mehr Verträge geschlossen haben als die kleineren. Durchschnittlich bestehen 38 Verträge pro Kasse; bei Krankenkassen mit mehr (weniger) als 1 Mio. Mitgliedern sind dies sogar 111 (24). Mehr als die Hälfte der Unternehmen plant zukünftig ein stärkeres Engagement im Bereich der Integrierten Versorgung, 23 Prozent wollen den Bereich der IV so belassen. Dass die Integrierte Versorgung als ein wichtiger strategischer Bereich für die Krankenkassen gesehen wird, um die Qualität in der Gesundheitsversorgung zu erhöhen und einen Ansatzpunkt zum Leistungsmanagement zu finden, zeigt sich auch daran, dass keiner der Studienteilnehmer sein Engagement zurückfahren möchte.

Prof. Dr. Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der DAK:

„Im Gesundheitswesen gibt es nicht viel Wissen über Qualität. Sterberaten von Krankenhäusern werden als Qualitätsindex herangezogen. Aber es müssten doch gerade die besten Kliniken die höchsten Sterberaten haben, weil dort die kompliziertesten und schwerwiegendsten Fälle behandelt werden.“

Die gesetzlich geplante Gründung eines Bundesspitzenverbandes für alle Krankenkassen wird von einer großen Mehrheit kritisch gesehen. Dieser Spitzenverband übernimmt zukünftig Aufgaben der bisherigen Bundes- und Landesverbände der verschiedenen Kassenarten. 81,8 Prozent der Studienteilnehmer halten die Einrichtung eines Spitzenverbandes der Krankenkassen auf Bundesebene für nicht sinnvoll. Der Gesetzgeber erhofft sich auf diese Weise eine Vereinfachung der Ansprache der Kassen und der Durchsetzung von Maßnahmen, da die Kassen gezwungen werden, sich mit einer Stimme zu äußern. Dies weckt aber auch Befürchtungen bei verschiedenen Krankenkassenmanagern, dass hier ein erster Schritt in Richtung staatlicher Einheitskasse absolviert wurde. Darüber hinaus wird eine Einschränkung der Möglichkeiten im Vertragsbereich und somit eine Einschränkung des Wettbewerbs befürchtet, da der Spitzenverband viele Aufgaben übernehmen soll. Aus Sicht von Ingo Werner, Vorstand des BKK-Landesverbandes Niedersachsen-Bremen, führt die Gründung des Spitzenverbandes dazu, dass die Marktteilnehmer zunächst ihre neuen Rollen finden müssen. Für den Landesverband ist eine weitere Aufgabe als Gesellschafter dieses Spitzenverbandes dazugekommen.

Ralf Sjuts, Vorstandsvorsitzender der Deutschen BKK:

„Seit April sind wir als Krankenkassen in die Vertragshoheit eingetreten und werden nun Schritt für Schritt die Kollektivverträge auf Landesebene ablösen. Da das budgetbereinigend wirkt, werden die Landesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen überflüssig, da sie dann keine gesetzlich zugewiesenen Aufgaben mehr haben. Diese Institutionen sind also gut beraten, sich bereits jetzt zu Dienstleistungsunternehmen zu wandeln.“

Finanzierung und Beitragssätze

Die Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 ist für das Finanzierungssystem im gesetzlichen Krankenversicherungswesen ein Paradigmenwechsel. Anstelle eines krankenkassenspezifischen Beitragssatzes mit Inkasso durch die jeweilige Kasse wird ein einheitlicher durch den Gesundheitsfonds einzuziehender Beitrag an die Krankenkassen weitergeleitet. Liegt dieser über dem Bedarf der Krankenkasse, steht es ihnen frei, eine Rückerstattung an ihre Mitglieder vorzunehmen. Im umgekehrten Fall ist ein Fehlbetrag durch Nacherhebung bei den Mitgliedern (bis zur 1-prozentigen Überforderungsgrenze) einzufordern.

Insgesamt erwarten rund 80 Prozent der Studienteilnehmer, dass bis zur Einführung des Gesundheitsfonds die Beitragssätze bei den Krankenkassen steigen werden. Diese Einschätzung wird durch ergänzende Aussagen der Krankenkassen-Manager noch unterstützt. Sie gehen davon aus, dass viele Krankenkassen bis 2009 noch Schulden abbauen und evtl. Reserven aufbauen wollen, 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.

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, nur 10 Prozent erwarten einen stabilen und lediglich 6 Prozent der Befragten einen sinkenden Beitrag.

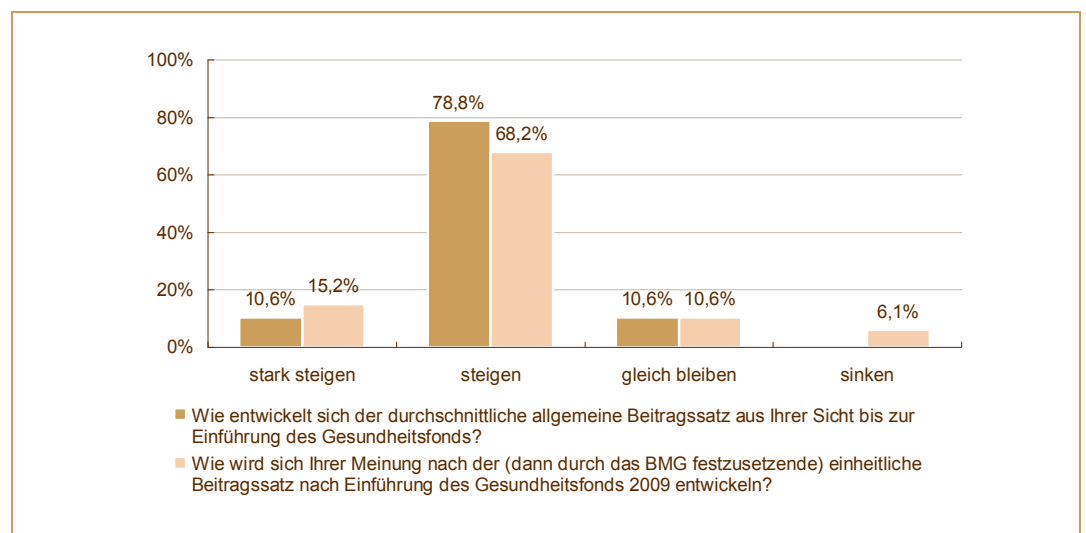


Abb. 4 Erwartete Entwicklung des Beitragssatzes (relative Häufigkeit in Prozent)

Der durchschnittliche Beitragssatz der befragten Unternehmen am 1. Januar 2007 (ohne 0,9-prozentigen Sonderbeitrag) lag bei 13,45 Prozent. Die größeren Krankenkassen (mehr als 1 Mio. Mitglieder) haben mit durchschnittlich 13,87 Prozent signifikant höhere Beitragssätze als die kleineren Kassen mit 13,39 Prozent. In den RSA einzahlende Kassen weisen durchschnittlich einen niedrigeren Beitragssatz auf als Kassen, die Zahlungen aus dem RSA empfangen. Insgesamt haben 72,7 Prozent der Krankenkassen Anfang 2007 ihren Beitragssatz erhöht, wobei tendenziell mehr kleinere Krankenkassen erhöht haben.

Ingo Werner, Vorstandsvorsitzender des BKK Landesverbandes Niedersachsen Bremen:

„Der Gesundheitsfonds fördert nicht die ökonomische Rationalität der gesetzlichen Krankenkassen, sondern dient eher dazu, dass die Strukturen einheitlicher und zentralistischer werden. Dies führt eigentlich zu weniger Wettbewerb. Dazu trägt auch der neue Spitzenverband Bund bei.

Diese Änderungen führen dazu, dass alle Teilnehmer erstmal ihre neue Rolle finden müssen, was demnach zu einer starken Beschäftigung mit sich selbst führt. Daher ist derzeit wenig Zeit, sich auf die geänderten Rahmenbedingungen einzustellen und die Organisation entsprechend anzupassen. Als Landesverband sind wir aus dieser Reform eher mit mehr Aufgaben herausgegangen. Zukünftig werden wir nicht nur Mitglied, sondern Gesellschafter unseres bisherigen Bundesverbandes mit mehr Verantwortung sein.“

Im Rahmen des Finanzmanagements können Krankenkassen verschiedene Strategien verfolgen, um auf das Spannungsfeld eines attraktiven Beitragssatzes und die Höhe der Leistungsausgaben einzuwirken. Auf der einen Seite spielt das Management der entstehenden Ausgaben über ein strukturiertes Leistungsmanagement eine wichtige Rolle. Auf der anderen Seite steht die Möglichkeit der Risikoselektion, also der Versuch, möglichst attraktive Kundengruppen anzuziehen und zu binden sowie unattraktive Kundengruppen abzuschrecken bzw. nicht anzuziehen. Aufgrund ihres gesellschaftlichen Auftrags sind der Risikoselektion von Versicherten für Krankenkassen Grenzen gesetzt, sie können lediglich Anreize setzen. Selektives Kontrahieren ist aber im Vertragsmanagement mit Leistungserbringern möglich.

Im Rahmen der Studie wurden die Krankenkassen gebeten, eine Einschätzung darüber abzugeben, welche Maßnahmen sie ergreifen würden, um einen eventuellen Fehlbetrag auszugleichen, wenn der Einheitsbeitrag nicht zur Deckung der Kosten und Leistungen ausreichen würde.



Abb. 5 Maßnahmen zur Kompensation eines Fehlbetrags bei Einheitsbeitrag (relative Häufigkeit in Prozent, Mehrfachnennungen möglich)

77 Prozent sehen die größten Potenziale zur Kostendeckung in einem Zusatzbeitrag. Diese Maßnahme würde zudem von einem verstärktem und intensiviertem Kosten- und Leistungsmanagement, dem Abbau von Satzungsleistungen sowie Anpassungen bei der Organisation, der Prozesse und der Personaldecke flankiert werden. Weitere Maßnahmen spielen für einen breiteren Kreis der Befragten eine eher untergeordnete Rolle.

Im Vergleich dazu würden über 92 Prozent eine Rückerstattung an ihre Mitglieder vornehmen, falls der Einheitsbeitrag höher ausfällt, als dies zur Deckung der Kosten und Leistungen erforderlich ist.

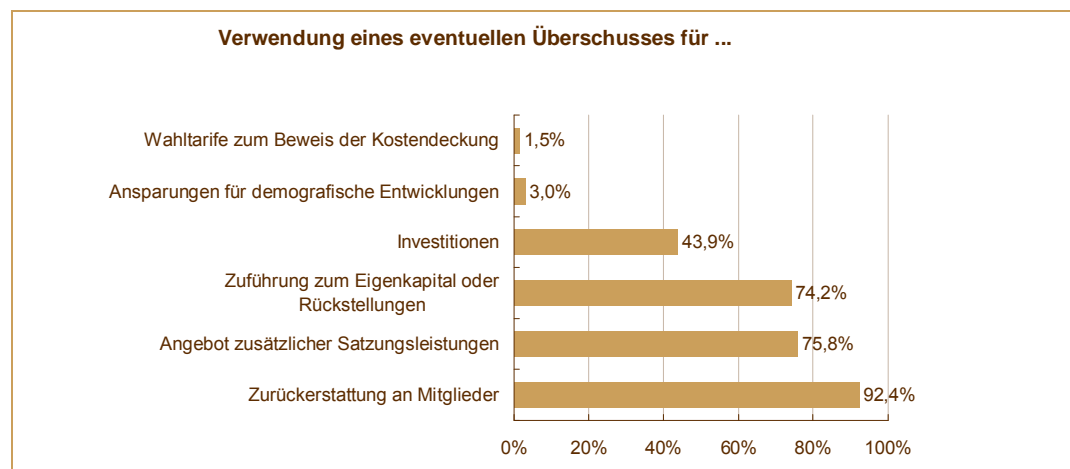


Abb. 6 Maßnahmen zur Verwendung eines Überschusses bei Einheitsbeitrag (relative Häufigkeit in Prozent, Mehrfachnennungen möglich)

Drei Viertel der Befragten würden darüber hinaus noch das Eigenkapital und Rückstellungen stärken sowie das Satzungsleistungsangebot erweitern.

Interessanterweise lässt sich bei allen Maßnahmen hinsichtlich Vermeidung von Zusatzbeiträgen sowie Verwendung möglicher Überschüsse aus dem Einheitsbeitragssatz weder ein Unterschied von großen und kleinen Krankenkassen feststellen noch von RSA-Einzahlern und -Empfängern noch von bundesweit geöffneten und regional/branchenweit begrenzten Kassen entdecken.

Insgesamt halten die meisten Krankenkassen-Manager die Einrichtung des Gesundheitsfonds für kritisch. Einerseits wird befürchtet, dass auch hier ein Schritt in Richtung eines staatlichen Einheitssystems gemacht wurde, andererseits wird geäußert, dass kommende Finanzierungssystem sei nicht in der Lage, den Markt und damit die Innovationskraft zu fördern. Über diesen Weg wird eher zu breiter Rationierung und abnehmender Risikobereitschaft übergeleitet. Aus Sicht der Krankenkassen ist die Möglichkeit zur Beitragsatzdifferenzierung über Rückerstattungen oder Zusatzbeiträge deutlich geringer als über heute vorhandene Optionen zur „individuellen“ Beitragssatzgestaltung. Nur ein Manager befürwortet den Gesundheitsfonds als das richtige wettbewerbsorientierte Mittel. Alle Interviewpartner sind sich allerdings darüber einig, dass die Möglichkeit der Erhebung eines Zusatzbeitrages eher eine politische Frage ist, da durch die Deckelung auf die 1-prozentige Zumutbarkeitsgrenze kaum Spielraum zur Gestaltung besteht.

3 Kooperationen im Krankenkassensektor

Kooperationen

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 Unternehmen einen Teil ihrer wirtschaftlichen Selbständigkeit auf. Bei einer Fusion gibt ein Partner letztendlich nicht nur seine wirtschaftliche, sondern auch seine rechtliche Selbständigkeit auf.

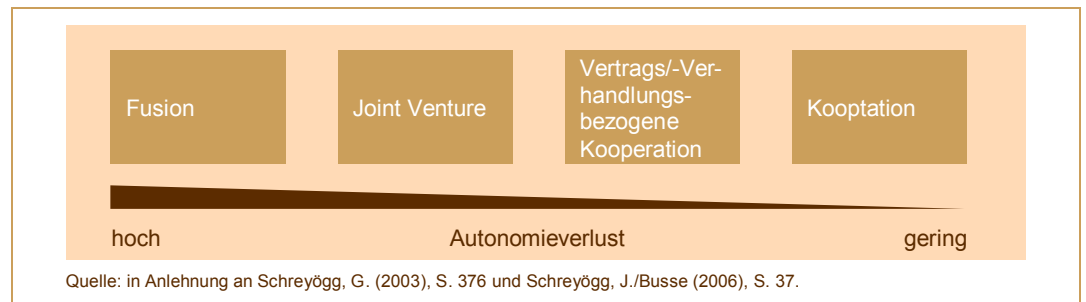


Abb. 7 Kooperationsformen

Krankenkassen kooperieren auf verschiedenen Ebenen miteinander, die Landes- und Bundesverbände sind dabei nur eine sichtbare Form. Diese fördern die Zusammenarbeit ihrer kassenartenspezifischen Mitglieder in unterschiedlichen Bereichen, wie beispielsweise in der Integrierten Versorgung. Gerade in diesem Bereich des Gesundheitswesens bieten und boten sich auch in der Vergangenheit bereits Möglichkeiten, auch kassenartenübergreifend miteinander zu kooperieren.

Thomas Michels, Mitglied des Vorstandes der AXA Krankenversicherung:

„Die kleineren Krankenkassen werden vom Markt verschwinden, weil sie die Anforderungen des Systems nicht mehr erfüllen können und der mittlere Block wird Kooperationen eingehen. Der Markt wird sich neu sortieren, auch Beziehungsgeflechte werden überprüft und neu geknüpft. Wer macht was mit wem, ist eines der spannendsten Themen der nächsten Zeit.“

Es könnte gemutmaßt werden, dass die Ausnutzung der durch das GKV-WSG geschaffenen Spielräume, ein effizientes Vertragsmanagement usw., eine Frage der Kassengröße sei, da eine gewisse Marktabdeckung erforderlich sein dürfte. Ralf Sjuts von der Deutschen BKK hält 1 Mio. Mitglieder für eine kritische Mindestgröße, wenn Kassen entsprechend erfolgreich sein wollen, wobei eine regionale Nachfragemacht ebenso wichtig ist. Prof. Norbert Klusen, Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse, hält hingegen 1 Mio. Mitglieder noch für hinreichend, sofern Kooperationsmöglichkeiten genutzt werden. Ähnlich positioniert sich auch Friedrich Schütte, Vorstand der BKK24, der feststellt, dass bundesweite Größe auch durch die Kooperation mehrerer Kassen „simuliert“ werden kann, was so auch aktuell schon umgesetzt wird. Entsprechend beantworteten die Teilnehmer der Studie die Frage nach zukünftigen Kooperationen mit großer Zustimmung. 84 Prozent planen in Zukunft stärker mit anderen Unternehmen zu kooperieren.

Prof. Dr. Norbert Klusen, Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse:

„Es wird sich vieles verdichten. Der Druck durch das jetzige WSG ist aber nicht so groß, dass sich die Mehrheit der Kassen zusammenschließen muss. Die unterschiedlichen Kassenarten halte ich für überholt. Größe ist nicht das einzige entscheidende Argument, auch regionale Marktmacht und Kooperationen können erfolgversprechend sein.“

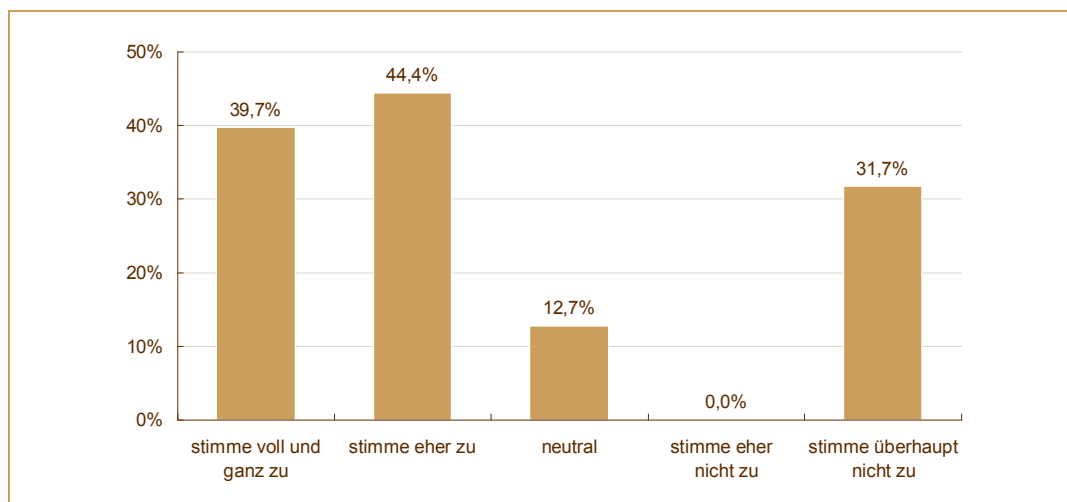


Abb. 8 Wir werden zukünftig stärker mit anderen Unternehmen kooperieren (relative Häufigkeit in Prozent)

Gerhard Wargers, Vorstandsvorsitzender der BKK firmus:

„Aus unserer Sicht ist die Kooperation mit einem privaten Versicherungsunternehmen ein Mittel der Kundenbindung, da wir dadurch unseren Kunden die private Zusatzleistung zu einem attraktiven Preis anbieten können. Neue Kunden können hierdurch kaum gewonnen werden, jedoch bewirken gute Zusatzprodukte eine nachhaltige Kundenbindung. Wir kooperieren auch, um mit einem gegenseitigen Informationsaustausch zwischen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung den Auswirkungen gesetzlicher Veränderungen besser begegnen zu können.“

Über 80 Prozent der befragten Unternehmen fokussieren dabei auf die Kooperation mit anderen Krankenkassen und gemeinsame Versorgungsverträge, was die eben angerissene Argumentation der Vorstände unterstützt. Auch der gemeinsame Betrieb von EDV-Dienstleistungen und gemeinsame EDV-Projekte werden von 71 Prozent in Betracht gezogen. Neben der Zusammenlegung von Verwaltungsbereichen spielt die Kooperation von Organisationseinheiten und der Verwaltung ebenfalls eine wichtige Rolle in der Studie. Auf diese Weise können Vorteile ausgenutzt werden, ohne dass etablierte Unternehmen und Marken durch einen Unternehmenszusammenschluss verschwinden. Aktuelles Beispiel für eine temporäre Kooperation von Krankenkassen im Rahmen großer Projekte ist die Zusammenarbeit bei der Konzeption und Implementierung der elektronischen Gesundheitskarte (vgl. BKK Bundesverband (2007)). Ein weiteres Gemeinschaftsvorhaben ist die Gründung einer IT-Holding durch den BKK Bundesverband, die Deutsche Angestellten-Krankenkasse, den IKK Bundesverband und weitere Krankenkassen, die eine Vereinbarung zur Zusammenarbeit im Bereich der Informationstechnologie und IT-nahen Dienstleistungen geschlossen haben (vgl. BKK Bundesverband/ DAK/ IKK-Bundesverband (2006)).

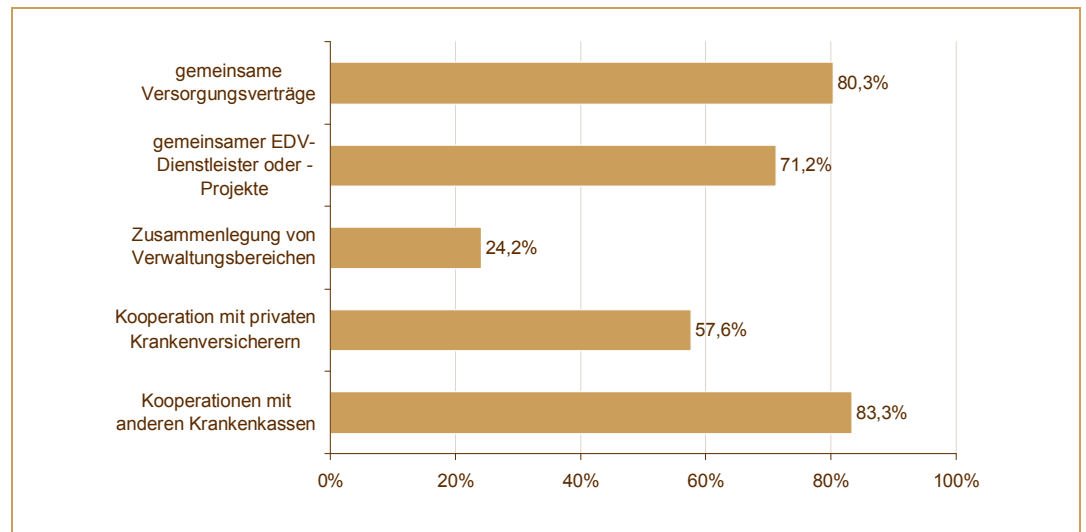


Abb. 9 In welcher Weise streben Sie Kooperationen an? (relative Häufigkeit in Prozent, Mehrfachantworten möglich)

Auch die Kooperation mit Anbietern der privaten Krankenversicherung wird nach Meinung der Teilnehmer von rund 58 Prozent der befragten Krankenkassen weiter ausgebaut werden. Für die gesetzlichen Krankenkassen ist dies zum einen eine Maßnahme der Kundenbindung, in dem den Versicherungsnehmern eine Komplett-Gesundheitsversorgung angeboten werden kann. Zum anderen kann so auch ein spezifischer Know-how-Transfer sichergestellt werden. Dies betonen auch Dr. Ulrich Knemeyer, Provinzial Krankenversicherung Hannover AG, und sein Kooperationspartner Gerhard Wargers, BKK firmus.

Ralf Sjuts, Vorstandsvorsitzender der Deutschen BKK:

„Es ist nicht der Fall, dass eine größere Einheit automatisch die stärkeren Strukturen oder geringeren Verwaltungskosten hat und dass weniger Krankenkassen zu einer besseren Versorgung der Bevölkerung führen. Dennoch bin ich davon überzeugt, dass die Zahl der Krankenkassen weiter abnehmen wird. Vor allem weil eine kleinere Kasse überhaupt keine Chance mehr hat, sich in diesen neuen Strukturen zu bewegen. Dies wird zu sehr engen Kooperationen führen, die eventuell in Fusionen münden, so dass die Anzahl der Krankenkassen abnimmt. Ich würde mir wünschen, dass die Anzahl ausreichend groß ist, so dass der Kunde wählen kann. Und unter Wettbewerbsdruck bemüht man sich besser um die Kunden als ohne Wettbewerb.“

Lassen die Aussagen der Vorstände vermuten, dass kleinere Kassen unter stärkerem Kooperationsdruck stehen müssten, so zeigt die Analyse der Fragebögen, dass es hier keinen statistischen Unterschied zwischen großen und kleinen Krankenkassen hinsichtlich ihrer Kooperationsabsichten gibt. Lediglich hinsichtlich gemeinsamer Versorgungsverträge planen signifikant mehr kleinere Krankenkassen mehr Aktivitäten als die größeren.

Fusionen

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 von über 1.200 im Jahr 1990 auf 256 im Jahr 2006 stark abgenommen. Diese Entwicklung vollzog sich vorwiegend im Bereich der Betriebskrankenkassen. Auch die übrigen Kassenarten wurden analog reduziert (vgl. VdAK (2006), S. 20, Zum Vergleich Anzahl der Krankenkassen 1970:1.815/ 1995:960/ 2000:420, vgl. VdAK (2006), S. 20.). Diese Konsolidierung wurde vorrangig durch Fusionen und Akquisitionen innerhalb der Kassenarten vollzogen, das GKV-WSG ermöglicht nun zudem kassenartenübergreifende Fusionen. Hiermit ist beabsichtigt, den Konsolidierungstrend weiter voran zu treiben und so die Anzahl der Kassen weiter sinken zu lassen, was zu einer qualitativ verbesserten Gesundheitsversorgung führen soll. Dass in der politischen Diskussion offen Ziele hinsichtlich der mittelfristig gewünschten Anzahl von Krankenkassen geäußert werden, wird von einigen Krankenkassenmanagern durchaus kritisch gesehen. Sie bemerken, dass die Zahl der Krankenkassen durch Markt und Wettbewerb von selbst gelöst werden soll.

Ingo Werner, Vorsitzender des Vorstands BKK Landesverband Niedersachsen Bremen:

„Die Diskussion über Mindestgrößen von Krankenkassen ist derzeit vom Tisch. Es sind aber keine Fusionen zu beobachten, die rein von der Gesundheitsreform angetrieben werden. Es stehen mehr Kooperationen in Fokus, um Marktmacht zu erzeugen. Kleine BKKn sind teilweise viel besser aufgestellt als bundesweit agierende Unternehmen, da sie ihren Markt ganz genau kennen, sie kennen Ihre Kunden. Fusionen sind kein Allheilmittel. Zuvor müssen auch interne Fragestellungen beantwortet sein. Eine Problematik die Krankenkassen bei Fusionen im Gegensatz zu privaten Unternehmen ja haben, ist, dass dieser Prozess nicht mehr umkehrbar ist. Fusion ist nur eine von vielen Möglichkeiten.

Im Markt ist keine Kasse, die ganz allein in der Lage ist, alle auf sie zukommenden Herausforderungen zu bewältigen, ohne mit anderen Kassen zu kooperieren.“

Aber auch die befragten Unternehmen erwarten, dass sich die Anzahl der Kassen bis 2010 weiter verringert. Die Aussagen der Studienteilnehmer tendieren dabei zu einer durchschnittlich erwarteten Zahl von 120 Kassen (Standardabweichung ± 34).

60 Prozent der teilnehmenden Krankenkassen haben in der Vergangenheit bereits Fusionen vollzogen. Zusätzlich waren 20 Prozent der Studienteilnehmer an gescheiterten Fusionen beteiligt. Die Gründe hierfür sind vielfältig, lassen sich aber nach folgenden Hauptmerkmalen zusammenfassen:

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

Abb. 10 Hauptgründe für gescheiterte Fusionen

Für die Zukunft ist mit einer weiteren Konsolidierung der Anzahl der Krankenkassen zu rechnen. Rund 40 Prozent der Krankenkassen planen weitere Unternehmenszusammenschlüsse.

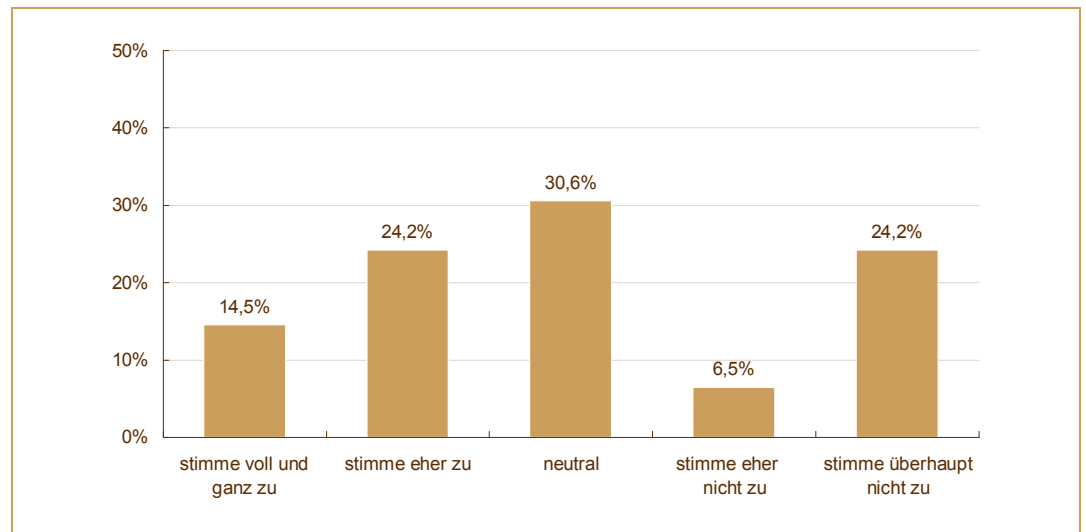


Abb. 11 Wir planen, Fusionen in der Zukunft einzugehen (relative Häufigkeit in Prozent)

Prof. Dr. Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender des DAK:

„Es zählt nicht nur reine Größe, sondern auch, welche Marktsegmente abgedeckt werden. Warum sollte die Politik Aussagen über die Anzahl der Krankenkassen treffen? Das ist doch eine Frage von Markt und Wettbewerb.“

Synergien, die durch Fusionen entstehen sollen, können auch durch Kooperation erreicht werden, zusätzlich bleiben die Marken erhalten. Es gibt aus Marktsicht keine Argumente, warum kassenartenübergreifende Fusionen nicht möglich sein sollten.“

Bemerkenswert ist hierbei, dass diejenigen Krankenkassen, die schon eigene Fusionen durchgeführt haben, eher weitere Fusionen planen, als diejenigen, die an noch keinem Unternehmenszusammenschluss beteiligt waren. Hingegen lässt sich kein signifikanter Unterschied zwischen kleineren und größeren Kassen (mehr als 1 Mio. Mitglieder) feststellen sowie zwischen solchen Unternehmen, die schon einmal bzw. nicht an einer gescheiterten Fusion teilgenommen haben.

Die meisten Unternehmen sehen sich zukünftig weiterhin als eigenständige Unternehmen (60,7%), 42,4 Prozent sehen sich aber auch als gleichberechtigter Partner mit möglichen Fusionsüberlegungen. Hierzu wurde vertieft gefragt, anhand welcher Kriterien ein möglicher Fusionspartner bewertet werden würde.

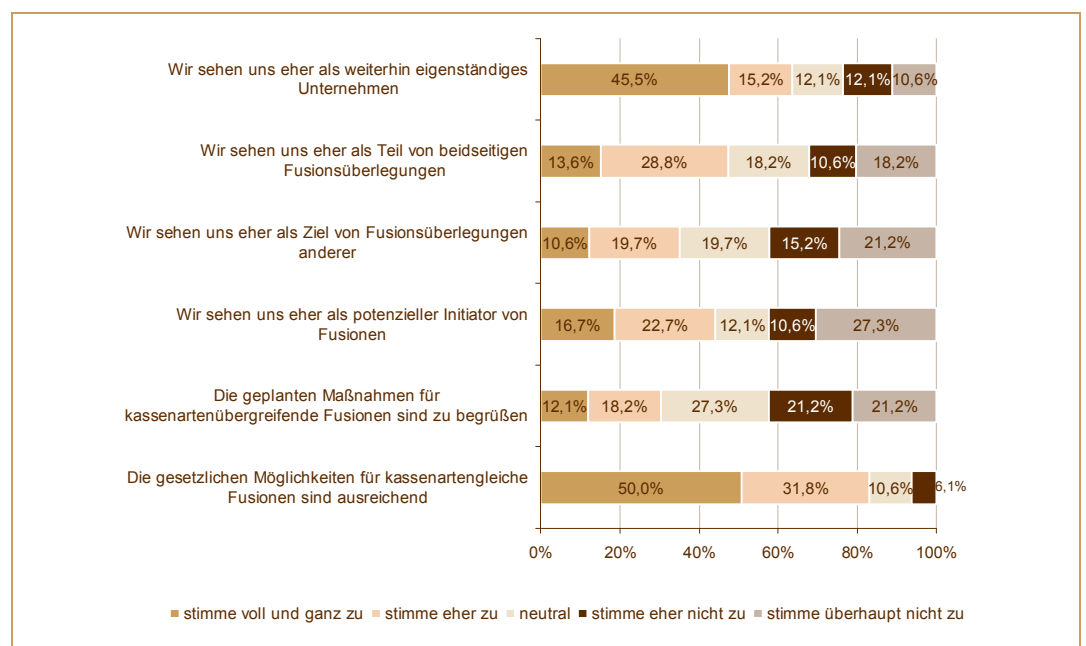


Abb. 12 Fusionsabsichten von Krankenkassen

Die am häufigsten genannten Kriterien beziehen sich auf

- die finanzielle Situation: Vermögen, Schulden, Beitragssatz, RSA;
- die Marktausrichtung: regionale Ausrichtung, Zielgruppen und Mitgliederstruktur, Marktstrategie;
- die unternehmenspolitischen Rahmenbedingungen: Unternehmensstrategie und -kultur, Geschäftsmodell sowie
- die Organisation: Niederlassungen, Organisationsstruktur, Personal.

Friedrich Schütte, Vorstand der BKK24:

„Bundesweite Größe ist im Vertragsbereich ein entscheidendes Argument, aber diese Größe muss nicht notwendigerweise bei jeder einzelnen Kasse zu finden sein. Unternehmen können bei gemeinsamen Interessen kooperieren und gemeinsam agieren, ähnlich der Automobilindustrie, in der verschiedene Automobilbauer eine gemeinsame Plattform nutzen und der Verbraucher dennoch die Wahl zwischen unterschiedlichen Marken und Herstellern hat.

Kooperationen zwischen der PKV und der GKV ist ein Feld, das für beide Seiten attraktiv ist. Den privaten Krankenversicherungen geht durch die Änderungen erhebliches Geschäft verloren, die Grundversorgung wird im System der GKV vorgenommen. Aber diese Grundversorgung wird auf Dauer nicht alle Wünsche der Menschen befriedigen. Wir müssen zukünftig noch mehr aus Sicht des Kunden denken, und den interessiert es am Ende nicht so sehr, ob sein Versicherungsschutz aus dem System der gesetzlichen oder privaten Versicherer kommt. Sondern dass die gewünschte Leistung zu angemessenen Konditionen erbracht werden kann. Daher ist eine Kooperation in beiderseitigem Interesse.“

4 Krankenkassen als Dienstleister

Ein effizientes Versorgungs- und Leistungsmanagement stellt ein sehr wichtiges Differenzierungskriterium für gesetzliche Krankenkassen dar. Während das Leistungsmanagement an einer effektiven und effizienten Gestaltung während und nach der Leistungserbringung ansetzt, zielt das Versorgungsmanagement auf die Gestaltung der Versorgungsprozesse vor allem bevor die Leistungserbringung erfolgt. Grundsätzliche Formen eines Versorgungsmanagements sind die hausarztzentrierte Versorgung, Disease Management Programme und die Integrierte Versorgung. Hiermit kann einerseits auf die Leistungsträger Einfluss genommen und andererseits das Verhalten des Kunden beeinflusst werden.

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. Auch Friedrich Schütte, Vorstand der BKK24, äußert, 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 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 Ergebnisse sind im Folgenden dargestellt, vertiefende Einblicke sind im Kapitel 3.5 Unternehmenssteuerung und Management-Instrumente bei Krankenkassen erläutert.

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. Hier ist sicherlich eine kundengruppenorientierte Strategie erforderlich, um den Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppe gerecht zu werden und die Ressourcen entsprechend effizient einsetzen zu können. In der geeigneten Ansprache und Kommunikation mit den Kunden sehen die Krankenkassenmanager zukünftig noch gesteigertes Potenzial, was sich evtl. auch in einer verbesserten Kundenbindung auszahlen könnte.

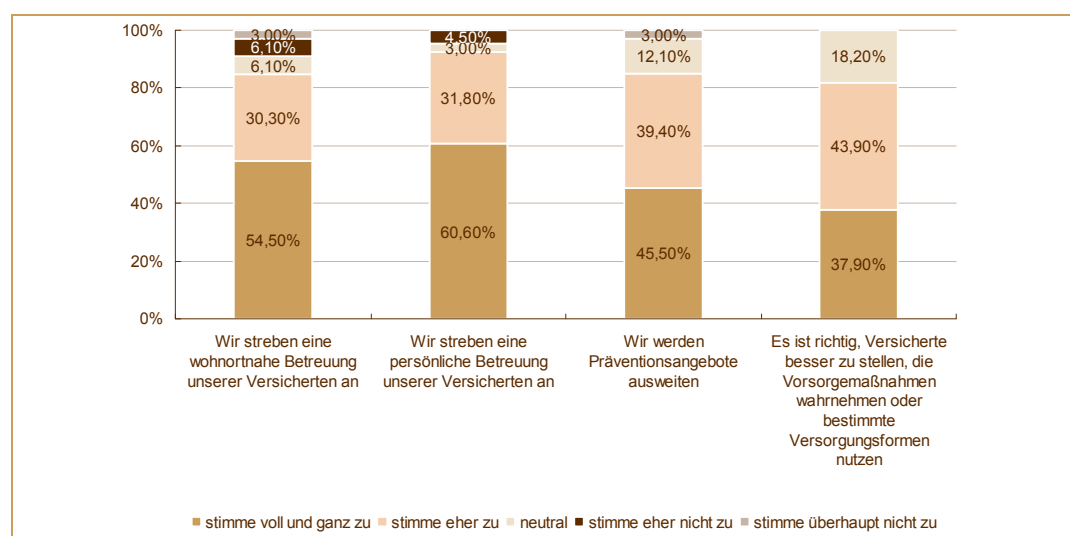


Abb. 13 Krankenkassen als Dienstleister für Versicherte

Die Potenziale einer intensivierten und umfassenden hausarztzentrierten Versorgung werden von den Krankenkassen differenziert beurteilt. Die meisten nehmen hierbei eine eher neutrale Sichtweise bezüglich des Potenzials von Gatekeeper-Modellen hinsichtlich von Kosteneinsparungen, Qualitätsverbesserungen und Steigerung der Compliance von Patienten ein.

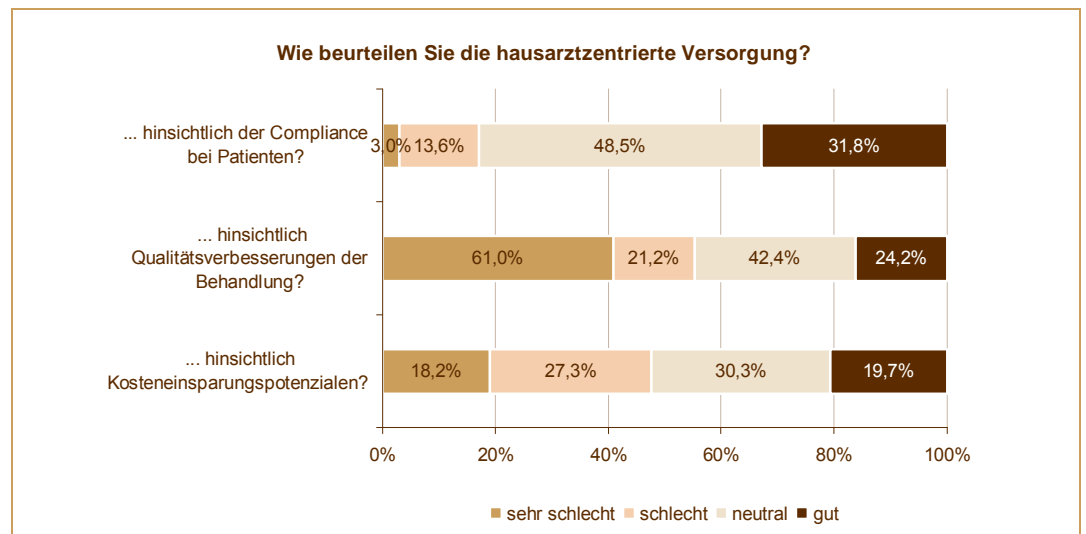


Abb. 14 Hausarztzentrierte Versorgung

Insbesondere die Möglichkeiten der Kosteneinsparung werden eher negativ gesehen, wohingegen einer Compliance-Verbesserung durchaus Chancen eingeräumt werden. Die Meinungen zur Qualität sind dagegen eher heterogen.

Neben einer engeren Bindung des Kunden durch Serviceangebote und neue Versorgungsmodelle sind auch Dienstleistungsangebote in Richtung der Erbringer von Gesundheitsleistungen vorstellbar. Das GKV-WSG fördert diesen Bereich durch weitere Möglichkeiten von direkten Verträgen zwischen Kassen, Apotheken, Pharmaherstellern, Krankenhäusern und Ärzten.

Die Möglichkeiten, in beratender Funktion mit Ärzten und stationären Einrichtungen zusammenzuarbeiten, werden dabei von rund der Hälfte der Befragten positiv bis neutral gesehen. Direkte Verträge mit Ärzten und Gruppen von Ärzten werden hingegen von weit mehr als der Hälfte der Befragten nicht geplant. Die Potenziale in diesem Bereich werden entgegen der Ergebnisse dieser Befragung interessanterweise in der gesundheitspolitischen Diskussion erheblich euphorischer eingestuft.

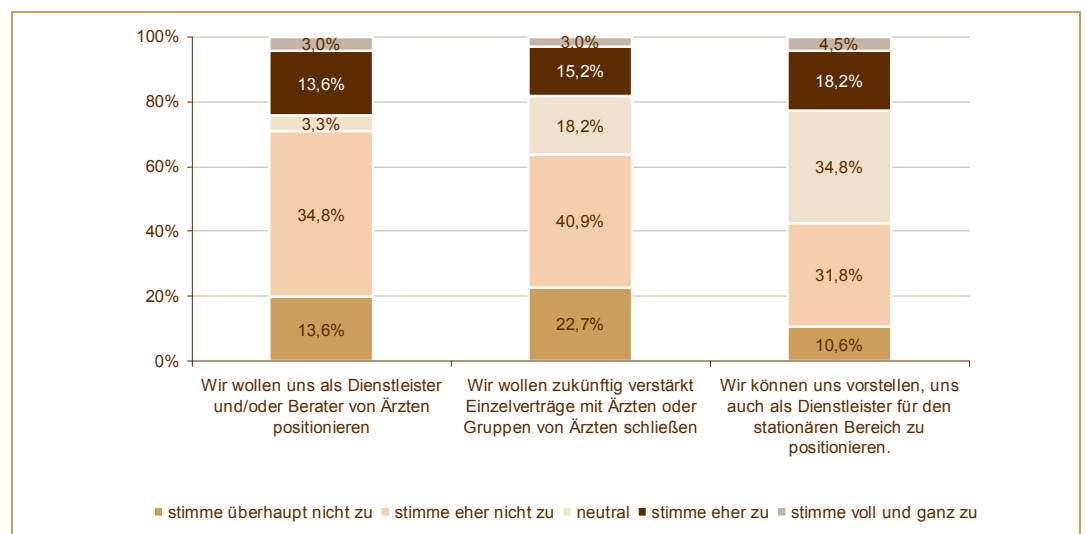


Abb. 15 Krankenkassen als Dienstleister für Leistungserbringer

In Bezug auf die ambulante Versorgung scheint somit die kollektive Vertragsschließung zunächst weiterhin bevorzugt zu werden, was angesichts der Vielzahl der Anbieter im ambulanten Sektor durchaus rational erscheint. Prof. Rebscher, Vorstandsvorsitzender der DAK, weist im Zusammenhang mit den erweiterten Möglichkeiten der Kassen zu

individuellen Verträgen auf steigende Transaktionskosten im Falle einer Atomisierung der Vertragsverhandlungen hin.

Wurden bisher viele dieser Verträge kollektiv über die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landes- bzw. Bundesverbände der Kassen geschlossen, könnten die Kassen dies nun teils auch selbst. Das kann folglich zu einer immens steigenden Anzahl an Verträgen führen, zusätzlich müssen die Kassen diesbezüglich eigenes Know-how aufbauen. Andererseits wird aber auch geäußert, dass gerade die Frage, mit welchen Leistungsanbietern keine Verträge geschlossen werden, eine wettbewerbsrelevante und marktberreinigende Wirkung erzielen könnte.

Als Gründe für ein potenzielles Engagement als Dienstleister und Partner für Leistungserbringer werden von jeweils über 86 Prozent der Teilnehmer

- die Einflussnahme auf die Leistungsqualität;
- die Beeinflussung von Kosten sowie
- ein besserer Service für die eigenen Kunden

genannt.

Um diese Ziele zu verwirklichen, können sich 77 Prozent der teilnehmenden Krankenkassen vorstellen, eine beratende Funktion bei der Vertragsgestaltung auch für Leistungserbringer einzunehmen. Inwieweit hier eine neutrale Position möglich ist, muss dabei natürlich der jeweilige Beratungsfall zeigen. Darüber hinaus ist für mehr als 56 Prozent denkbar, Angebote für Dienstleistungen im Bereich der EDV abzugeben und Praxen und Praxisnetze hinsichtlich Wirtschaftlichkeitsüberlegungen zu prüfen und zu beraten. Weitere 48 Prozent würden zudem Verwaltungsaufgaben von Praxisnetzen gerne „insourcen“.

5 Unternehmenssteuerung und Management-Instrumente bei Krankenkassen

Im heutigen Wettbewerbsumfeld für Krankenkassen ist der Beitragssatz das wichtigste Differenzierungskriterium, da fast alle Leistungen GKV-weit normiert sind. Von daher ist es von kritischer Bedeutung, die den Beitragssatz beeinflussenden Kosten, vor allem Verwaltungskosten und die Leistungsausgaben, aktiv zu managen. Entsprechend lässt sich seit einiger Zeit beobachten, dass in Krankenkassen zunehmend Instrumente zum Prozess- und Leistungscontrolling eingesetzt werden. Darüber hinaus wird versucht, 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 private Versicherungswirtschaft hat bereits weitreichende Erfahrungen im Controlling der Leistungsprozesse und dem Schadenmanagement gesammelt. Erfahrungen hieraus sind auch für gesetzliche Krankenkassen weitgehend relevant. Dass auch private Versicherer hier noch stärker tätig werden wollen, ist ein Hinweis auf das innewohnende Potenzial.

Thomas Michels, Mitglied des Vorstandes der AXA Krankenversicherung:

„Wichtige Punkte für die Zukunft der PKV sind:

Erstens: Wachstum in der PKV setzt einen guten Vertrieb voraus, zweitens: Strategisch bedeutsam ist die Positionierung, ob man auf GKV-Kooperationen setzt oder nicht, und drittens: Gesundheitsmanagement und Kostenreduktion entscheiden über Marktvorteile. Unternehmen mit dem besseren Zugang zu Ressourcen werden Vorteile haben – auf der Kosten-, vor allem aber auch auf der Marketingseite.

Jetzt entstehen in der GKV Chancen zu unternehmerischem Handeln und je unternehmerischer dort gehandelt wird, umso größer wird die Herausforderung für die PKV. Wir haben das Managementpotenzial eher. Von daher ist bei einem wirklich fairen Wettbewerb zwischen GKV und PKV die Chance für uns größer.“

Eingesetzte Maßnahmen und Instrumente

Die Befragten wurden um Angaben zu bei ihnen eingesetzten Instrumenten und Maßnahmen befragt. Dabei wurde zunächst um eine Angabe von aktuell bereits eingesetzten Instrumenten gebeten. Abbildung 16 fasst die Ergebnisse zusammen.

Maßnahmen	aktuell		zukünftig		
	ja	nein	mehr	gleich	weniger
Wahltarife	60,6	31,8	66,7	24,2	3,0
Internet und mobile Technologien	74,2	19,7	66,7	18,2	1,5
Controlling im Leistungsbereich	81,8	7,6	62,1	18,2	
Vereinbarungen mit Apotheken	63,6	24,2	60,6	22,7	
Vereinbarungen mit Heil-/Hilfsmittelanbietern	81,8	6,1	60,6	21,2	
Vereinbarungen mit Krankenhaus	65,2	22,7	57,6	27,3	
Gezielte Ansprache bestimmter Kundengruppen	81,8	12,1	56,1	33,3	
Neue Vertriebswege	62,1	30,3	56,1	33,3	4,5
Vereinbarungen mit Pharmaherstellern	51,5	30,3	56,1	21,2	3,0
Customer Relationship Management	68,2	21,2	53,0	33,3	1,5
Vereinbarungen mit Reha-Bereich	69,7	18,2	51,5	27,3	
Wahltarife	60,6	31,8	66,7	24,2	3,0
Internet und mobile Technologien	74,2	19,7	66,7	18,2	1,5
Controlling im Leistungsbereich	81,8	7,6	62,1	18,2	

Maßnahmen	aktuell		zukünftig		
	ja	nein	mehr	gleich	weniger
Vereinbarungen mit Apotheken	63,6	24,2	60,6	22,7	
Vereinbarungen mit Heil-/Hilfsmittelanbietern	81,8	6,1	60,6	21,2	
Vereinbarungen mit Krankenhaus	65,2	22,7	57,6	27,3	
Gezielte Ansprache bestimmter Kundengruppen	81,8	12,1	56,1	33,3	
Neue Vertriebswege	62,1	30,3	56,1	33,3	4,5
Vereinbarungen mit Pharmaherstellern	51,5	30,3	56,1	21,2	3,0
Customer Relationship Management	68,2	21,2	53,0	33,3	1,5
Vereinbarungen mit Reha-Bereich	69,7	18,2	51,5	27,3	
Integrierte Versorgung	69,7	4,5	51,5	22,7	
Einzelfallsteuerung bestimmter Krankheiten	69,7	19,7	50,0	30,3	
Private Zusatzversicherung in Kooperation	93,9	3,0	45,5	42,4	1,5
Projekte zur Prozessoptimierung	80,3	10,6	45,5	39,4	1,5
Einzelfallsteuerung auffälliger/teurer Versicherter	63,6	21,2	45,5	33,3	1,5
Kennzahlensystem	47,0	37,9	40,9	31,8	4,5
Management-Informationssystem	56,1	31,8	39,4	40,9	3,0
Bonusprogramme	86,4	10,6	37,9	50,0	
Einzelfallsteuerung Krankenhaus	80,3	10,6	37,9	45,5	
Zentrales Unternehmenscontrolling	72,7	16,7	37,9	43,9	1,5
Risikomanagement	48,5	34,8	37,9	39,4	
Anpassung der Unternehmensstrategie	80,3	12,1	34,8	48,5	
Einzelfallsteuerung Suchterkrankungen	63,6	21,2	33,3	45,5	
Qualitative Personaloptimierung	71,2	13,6	33,3	43,9	1,5
Anpassung Aufbauorganisation	75,8	16,7	30,3	54,5	1,5
Anpassung der Unternehmensziele	80,3	15,2	30,3	53,0	1,5
Stärkere Einbindung MDK	69,7	19,7	28,8	51,5	3,0
Eigene Fallprüfung	53,0	34,8	28,8	43,9	3,0
Optimierung der Personalkapazität	60,6	12,1	27,3	43,9	
Eigene Betrugsstelle	69,7	18,2	21,2	57,6	1,5
Liquiditätsmanagement	75,8	15,2	19,7	65,2	
Quantitative Personaloptimierung	65,2	16,7	18,2	63,6	1,5
Betrugsverfolgung in Kooperation oder Fremdvergabe	37,9	39,4	13,6	50,0	7,6
Mehr Geschäftsstellen	13,6	83,3	12,1	62,1	16,7

Abb. 16 Aktuelle und geplante Maßnahmen

Die häufigste Nennung erhielt die **Kooperation mit privaten Krankenversicherungen**, was insofern überrascht, da man hätte erwarten können, dass sich eine Optimierung von Prozessen und Methoden zunächst auf die internen Strukturen bezieht. Über 90 Prozent der Studienteilnehmer pflegen Kooperationen mit Versicherungsunternehmen der PKV im Zusatzversicherungsbereich und mehr als 86 Prozent bieten ihren Mitgliedern **Bonusprogramme** an. Beide Maßnahmen verdeutlichen die Wichtigkeit dieser Serviceangebote für die Attraktivität als Anbieter.

Danach folgt mit 82 Prozent ein aktives **Controlling im Leistungsbereich**. Zwar können Krankenkassen die Leistungsausgaben nur begrenzt beeinflussen, die Steuerung des

Leistungsprozesses und insbesondere die Schaffung von Transparenz führt jedoch zu möglichen Handlungsfeldern. Dazu gehört auch, nur solche Fälle einer Einzelprüfung zu unterziehen, deren Einsparpotenziale die Kosten einer intensiveren Bearbeitung übersteigen und ansonsten einen möglichst schlanken Prozess der Leistungsbearbeitung zu haben. Gemeinsam mit den Feldern der **Vereinbarungen mit Heil-/ Hilfsmittelanbietern** (81,8%), dem **Reha-Bereich** (69,7%), **Krankenhäusern** (65,2%) sowie mit **Apotheken** (63,4%), der **Einzelfallsteuerung** im Krankenhaus (80,3%), integrierter Versorgung (69,7%), der **Einzelfallsteuerung bestimmter Krankheiten** (69,7%), des **Versicherten an sich** (63,6%) sowie von **Suchterkrankungen** (63,6%) verdeutlicht dies die immense Bedeutung der aktiven Steuerung im Leistungsbereich über reines „Cost Cutting“ hinweg. Vor allem kann potenziell, so z. B. durch Vertragsvereinbarungen und Prozessmanagement im Krankenhaus oder dem Reha-Bereich noch vor der Entstehung von Kosten Einfluss genommen werden. Hier kann konstatiert werden, dass durch sukzessive Einführung von wettbewerblichen Möglichkeiten im Gesundheitswesen die GKV dem Thema Vertragsmanagement zunehmend mehr Relevanz zugesteht und die Rahmenbedingungen im gesetzlich zulässigen Maße ausschöpft (vgl. auch Schreyögg, J./ Busse (2006), S. 36ff.). Auch die Krankenkassenmanager unterstützen diese Erkenntnisse, indem geäußert wird, dass schon vor der Einführung des GKV-WSG weitreichende Möglichkeiten zur Schließung von Versorgungsverträgen bestanden. So betonte auch Prof. Dr. Norbert Klusen, dass das deutsche Gesundheitswesen eine hohe Anzahl an Freiheitsgraden biete, die es ermöglichen mit passenden Partnern Versorgungsverträge zu schließen oder z. B. in den Verwaltungsbereichen zu kooperieren.

Durch die hierüber gewonnene Transparenz ist es darüber hinaus möglich, besonders attraktive oder in ihrer Kostenstruktur ungünstige Versichertengruppen zu identifizieren und das **Customer Relationship Management** (68,2%) entsprechend auszurichten. Die gezielte **Ansprache bestimmter Kundengruppen** wird entsprechend von 82% zustimmend als wichtig erachtet. Dass Kundenbindung über die Neukundengewinnung hinaus an Bedeutung gewinnt, wird in den Tiefeninterviews auch von verschiedenen Kassenmanagern geäußert, vor allem dass vor dem Hintergrund des geplanten Einheitsbeitrags neue Differenzierungsstrategien erforderlich sind. 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. 80,3 Prozent passen aufgrund der sich verändernden Rahmenbedingungen ihre **Unternehmensziele** und entsprechend auch ihre Strategien an. Flankiert werden diese Maßnahmen durch Projekte zur **Prozessoptimierung** (80,3%) und **qualitative Personalanpassungen** (71,2%). 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. 60 Prozent der Teilnehmer bieten bereits jetzt **Wahltarife** an. Hier eröffnet sich weiteres Potenzial für Kooperationen zwischen der PKV und GKV.

Zukünftig einzusetzende Maßnahmen

Betrachtet man die zukünftigen Planungen der teilnehmenden Krankenkassen, wird deutlich, dass diese den neu gewonnenen Gestaltungsspielraum durchaus breit nutzen möchten. Speziell wollen z.B. 66,7 Prozent noch mehr im Bereich Wahltarife anbieten, wobei deren Sinnhaftigkeit zum Teil kritisch hinterfragt wird.

Gerhard Wargers, Vorstandsvorsitzender der BKK firmus:

„Mittelständische Krankenkassen können die gesetzliche vorgeschriebene Evaluation von Wahltarife nicht alleine bewältigen. Unabhängig hiervon sind wir aufgrund der Entsolidarisierung mit einigen Wahlтарifen nicht einverstanden. Meines Erachtens hat die Gesetzliche Krankenversicherung nicht das Recht, Aufgaben zu übernehmen, die nicht originär aus dem Sozialgesetzbuch hervorgehen.“

Friedrich Schütte, Vorstand der BKK24:

„Wahltarife mit den Mechanismen wie Selbstbeteiligung und Beitragsrückerstattung passen nicht in die Systematik der GKV. Auf der einen Seite wollen wir eine Solidargemeinschaft, auf der anderen Seite sollen Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit angeboten werden. Das passt nicht zusammen. Die Kompetenz für die risikogerechte Tarifierung haben wir nicht, da benötigen wir die Hilfe entsprechender Experten.“

Prof. Dr. Norbert Klusen, Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse::

„Wahltarife können für einen Großteil der eigenen Kunden genutzt werden, da sie sich an eher gute Risiken wenden und diese für drei Jahre an die Kasse gebunden sind. Wahltarife sind ein positives Instrument aber die Fondslösung verhindert viele der positiven Effekte.“

Ralf Sjuts, Vorstandsvorsitzender der Deutschen BKK:

„Wahltarife sind Schnickschnack. Da haben uns die privaten Versicherer jede Menge Erfahrung voraus, und volkswirtschaftlich bringt das nichts. Im Bereich der Wahltarife wird es brutalen Wettbewerb geben, wenn sie funktionieren. Aber sie passen eigentlich nicht so richtig in unsere Systematik herein.“

Dr. Ulrich Knemeyer, Mitglied des Vorstandes der VGH Provinzial Krankenversicherung AG Hannover und der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG:

„Der AOK Rheinland/Hamburg wurde durch die zuständige Aufsichtsbehörde eine Satzungsänderung genehmigt, wonach die Kasse künftig Zusatzversicherungen als Wahltarife anbieten kann, die bisher eindeutig dem privaten Markt zugeordnet waren. Damit erreicht der Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV eine neue Dimension. Der PKV wird mittelfristig das Wasser abgegraben. Die Kassen sind dabei eindeutig im Vorteil: Sie profitieren vom Beitragseinzug über den Arbeitgeber, müssen als öffentlich-rechtliche Körperschaft keine Steuern zahlen, unterliegen einer anderen Aufsichtsbehörde und haben einen besseren Zugang zum Kunden. Das Eindringen in den privatrechtlichen Vorsorgemarkt entspricht also in keinsten Weise mehr dem Prinzip der Sozialversicherung. Als PKV-Vertreter sehe ich darin einen Verstoß gegen EU-Wettbewerbsrecht. Der Staat greift ohne Not rechtswidrig in einen funktionierenden privat organisierten Zusatzversicherungsmarkt ein.“

Auch dem Bereich des **Leistungscontrollings** wird gemeinsam mit Vertragsvereinbarungen mit unterschiedlichen Leistungserbringern schon jetzt ein hohes Gewicht beigemessen, das zukünftig noch ausgebaut werden soll. Weitere strategische Neupositionierungen und Prozessanpassungen erhalten für zukünftige Anstrengungen nicht mehr die höchste Priorität. Ein Abbau bestimmter Maßnahmen und Instrumente spielt im Großen und Ganzen keine Rolle. Ein Kassenvorstand betonte zudem die besondere Bedeutung eines funktionierenden Risikomanagements, da dieses starke Interdependenzen mit dem Risikostrukturausgleich aufweist und auf diese Weise Transparenz über Stärken und Schwächen erlangt werden kann.

Umsetzung der zukünftigen Planungen

Ob erforderliches Know-how aufgebaut werden soll, indem die Maßnahmen mit internen Mitteln oder mit Unterstützung aus der Branche (andere GKV- oder PKV-Unternehmen oder Verbände) oder mit Beratungsunternehmen umgesetzt werden.

Brancheninterne Beratungslösungen werden insbesondere beim **Vertragsmanagement** mit Pharmaherstellern (39,4%), Krankenhäusern (36,6%), Apotheken (30,3%) und mit Reha-Einrichtungen (19,7%) gesucht, ansonsten wird hier eher auf das eigene Know-how gesetzt. Der Aufbau eines Risikomanagements ist ein weiterer Bereich für Know-how Transfer innerhalb der Branche. Hier könnten die Landesverbände ihre Erfahrungen zur Geltung bringen. Dieser Bereich deutet ebenso darauf hin, dass hier Kooperationen zwischen Krankenkassen Synergiepotenziale beinhalten.

Ralf Sjuts, Vorstandsvorsitzender der Deutschen BKK:

„Unsere Strategie zielt darauf ab, eine ausreichende Betriebsgröße zu bekommen und uns zusätzliches Know-how zuzulegen, so dass wir verhandeln können. Die Deutsche BKK soll in dieser Hinsicht attraktiv als Vertragspartner für andere sein. Der zweite Hauptstrang ist weiterhin, die Kosten zu senken. Wir haben einen Kostenoptimierungsprozess angestrengt, der zwei Beitragszehntel einsparen sollte, ohne dass der Kunde Qualitätseinbußen hinnehmen muss. Dies kann nicht unendlich weitergehen, wir führen den Prozess aber bis Ende 2008 weiter.“

Dr. Ulrich Knemeyer, Mitglied des Vorstandes der VGH Provinzial Krankenversicherung AG Hannover und der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG:

„Wir stehen vor einem Verdrängungsmarkt mit Chancen und Risiken für die PKV. Der Gesundheitsmarkt bleibt ein Wachstumsmarkt gerade vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung. Wir werden nur nicht mehr alle medizinischen Leistungen für alle solidarisch über das gesetzliche Kassensystem finanzieren können. Private Vorsorge wie in der Altersvorsorge wird auch für die Krankenversorgung notwendiger. Schön wäre es, wenn die Politik diese Erkenntnis endlich offen zugeben würde.“

Ein Feld für externe Berater oder Expertise ist vor allem die Optimierung der Prozesse (24,2%), der Aufbau von Management-Informationssystemen (21,2%) und die Kooperation bei privaten Zusatzversicherungen (18,2%).

Maßnahmen, die mit Angeboten für (potenzielle) Kunden im Zusammenhang stehen, beispielsweise die Entwicklung von Wahltarifen (24,4%), Integrierte Versorgung (18,2%) und private Zusatzversicherungen (16,7%) sollen mit eigenem Know-how in Ergänzung mit Beratungsansätzen aus der Branche im Angriff genommen werden, ebenso wie das Leistungscontrolling.

D Zusammenfassung und Ausblick: Quo Vadis GKV? Einheitsbeitrag und Kooperation

Im Rahmen dieser Studie sollte erhoben und analysiert werden, welche Auswirkungen einerseits Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen auf den gesamten Markt der gesetzlichen wie privaten Krankenversicherungen haben und andererseits welche adaptiven wie auch proaktiven Strategien Manager von Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen entwickeln und bereits entwickelt haben.

Um diesen Marktveränderungen auf den Grund gehen zu können, wurde eine empirische Erhebung bei allen gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland initiiert. Darüber hinaus wurden die Erkenntnisse um Aussagen ausgewählter Krankenkassen- und Krankenversicherungsvorstände ergänzt.

Durch Gesetze und Reformen wurden die Strukturen des gesetzlichen Gesundheitswesens in Deutschland in den letzten Jahren etwas gelockert. Auch die aktuelle Gesundheitsreform beabsichtigt eine weitere marktorientierte Ausrichtung. Dennoch sind sich die Befragten dieser Studie weitgehend einig in der sehr kritischen Beurteilung des GKV-WSG und seinen Auswirkungen. Insbesondere wird kritisch diskutiert, ob die vom Gesetzgeber implizit beabsichtigte Schrumpfung der Zahl der Krankenkassen tatsächlich zu einer ansteigenden Effizienz der Gesundheitsversorgung führt oder ob nicht vielmehr auch Vielfalt für die Versicherten einen Nutzen darstellt.

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. Auf der anderen Seite zwingt der Gesetzgeber die private Krankenversicherung zur Einführung von solidarischen und dem System der staatlichen Fürsorge zugehörigen Elementen, die auch Auswirkungen auf die bereits Versicherten haben werden. 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 AOK Rheinland/Hamburg ist bereits in einen Bereich, der bisher der PKV vorbehalten war, vorgestoßen und bietet nun selbst private Zusatzversicherungen, wie Auslandsreisekrankenversicherungen und stationäre Unterbringung im 2-Bett Zimmer, an (vgl. O.V. 2007).

Weitergehend spricht sich die Mehrheit der Befragten für ein Mehr an Wettbewerb, insbesondere auf Seiten der Leistungserbringer und Arzneimittelhersteller aus. Dem WSG wird allerdings abgesprochen, dass es für mehr Qualität und vor allem eine nachhaltige Finanzierung im Gesundheitswesen sorgen kann. Dem noch zu installierenden Gesundheitsfonds mit seiner Einheitsprämie wird zudem vielfach unterstellt, ein erster Schritt in Richtung einer staatlichen Einheitskasse zu sein.

Als das beherrschende Thema dieser Studie stellten sich allerdings Kooperationen heraus. In Kooperationen wird von den meisten Befragten als auch Managern das größte Potenzial gesehen, den zukünftigen Herausforderungen des Marktes zu begegnen. Hier unterscheiden sich auch weder große und kleine noch finanzstarke und finanzschwache Krankenkassen. Für kleinere Krankenkassen könnte sich auf diese Weise ergeben, eine gewisse Nachfragemacht gemeinsam mit anderen Partnern zu erzeugen. Darüber hinaus sollen den Ergebnissen zufolge auch Kooperationen mit Unternehmen der PKV weiter ausgebaut werden, was vor allem ein Mittel zur Kundenbindung darstellt und auch dem gegenseitigen Know-how-Transfer dienen kann.

Die Möglichkeit kassenartenübergreifender Fusionen wird derzeit noch als wenig relevant erachtet, da vor allem Hindernisse bei Satzungsfragen oder Rückstellungen vielen kassenartenübergreifenden Fusionen entgegenstehen werden. Ein Fenster blieb allerdings in den einzelnen Aussagen offen: Sollte ein sehr attraktiver Fusionspartner zur Diskussion stehen, könnten diese Probleme schneller gelöst werden.

Ein weiterer wichtiger Punkt wird in der Notwendigkeit einer zunehmenden Kundenorientierung und der gezielten Kommunikation mit dem Kunden gesehen und dies vor allem, wenn durch den Einheitsbeitrag ein wichtiges Differenzierungskriterium entfällt.

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 Wahltarifen und dem Angebot von Zusatzversicherungen sowie dem Risikomanagement muss die Kompetenz noch aufgebaut oder sogar beschafft werden. Kooperationen mit privaten Krankenversicherern können hier beim Know-how-Aufbau helfen, darüber hinaus können die Landesverbände Know-how und Aufgaben bündeln. Konträr zu dieser Erkenntnis bauen die Krankenkassen derzeit jedoch im Rahmen ihrer Kostensenkungsprogramme eher Personal ab, womit dem qualitativen Ausbau des verbleibenden Personals und dem Aufbau von Fachkompetenz daher eine besondere Bedeutung zukommt.

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, einer modifizierten EU Gesetzgebung, den Anpassungen internationaler Rechnungslegungsvorschriften usw., entsteht hier ein historisch bisher nicht da gewesener Veränderungsdruck und der Zwang sich mit systemfremden Elementen zu beschäftigen.

Die besonders 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. Abschließend wäre zu wünschen, dass beide Systeme mit ihren jeweiligen Vorteilen effizient für die unterschiedlichen, sich ergänzenden Zwecke eingesetzt werden. Vielfalt und Wettbewerb sind Bedingung für kundenorientierte Produkte und Innovationen.

Anhang: Beschreibung der Daten und Studiendesign

Beschreibung der Stichprobe

Für diese Studie wurden im März 2007 insgesamt 226 gesetzliche Krankenkassen in Deutschland angeschrieben. Mit 66 zurück erhaltenen und vollständig ausgefüllten Fragebögen wurde eine Rücklaufquote von 29,2% erzielt. Alle Fragebögen konnten in die Analyse einbezogen werden.

Von diesen 66 Krankenkassen haben 15 (das entspricht 22,7%) ihren Hauptverwaltungssitz in Nordrhein-Westfalen, 11 in Bayern (16,7%), 7 in Niedersachsen (10,7%), 6 in Baden-Württemberg (9,1%), 5 in Hessen (7,6%), 4 in Rheinland-Pfalz (6,1%), 3 in Schleswig-Holstein (4,5%), 2 in Hamburg (3%) und jeweils 1 in Berlin, Brandenburg, Bremen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen (je 1,5%). Die fehlenden Unternehmen machten widersprüchliche oder keine Angaben.

Knapp 44% der antwortenden Krankenkassen sind bundesweit geöffnet, rund 38% regional und 18% auf ein Unternehmen begrenzt.

	Häufigkeit	Prozent
Bundesweit geöffnet	29	43,94
Regional begrenzt	25	37,88
Auf ein Unternehmen begrenzt	12	18,18
Gesamt	66	100,00

Abb. 17 Geschäftsgebiete der befragten Krankenkassen

Damit einher geht auch die Verteilung der Mitglieder. Bei 63,3% sind die Mitglieder entsprechend regional verteilt, 22,7% können keine besondere Konzentration ihrer Mitglieder feststellen, der Rest hat einen branchenbezogenen bzw. branchen- und regionalen Schwerpunkt. Jeweils mehr als die Hälfte aller Unternehmen hat weniger als 100 Mitarbeiter und eine Versicherten- und Mitgliederanzahl von unter 50.000.

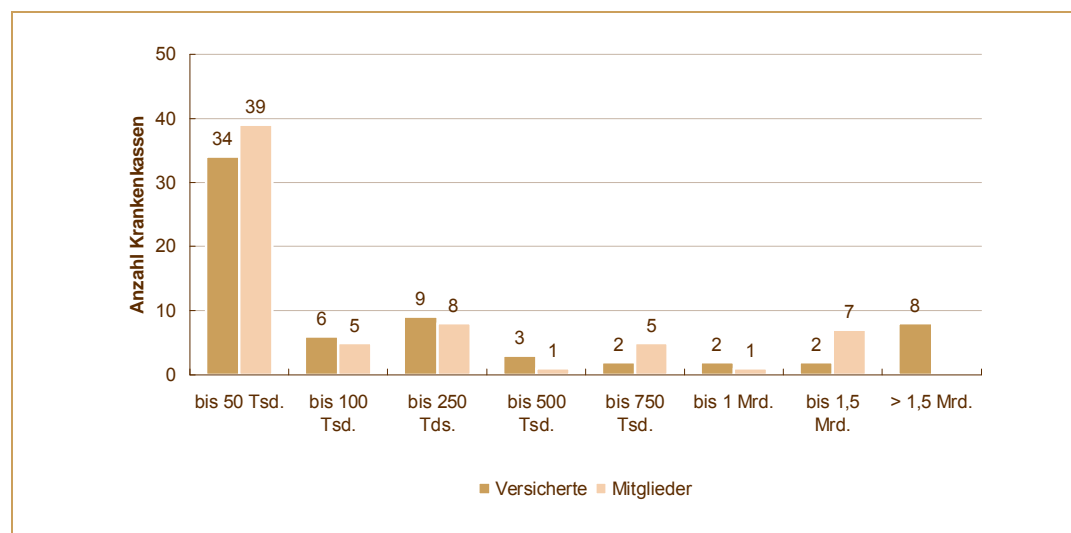


Abb. 18 Versicherte und Mitglieder bei den befragten Krankenkassen

Die an der Studie teilnehmenden Krankenkassen repräsentieren mehr als 25 Mio. Versicherte. Bei rund 70 Mio. Versicherten in der GKV entspricht dies mehr als 30% aller Versicherten. Insgesamt lässt sich somit feststellen, dass die Stichprobe den gesetzlichen Krankenversicherungsmarkt in Deutschland gut repräsentiert.

Studiendesign

Hauptbestandteil dieser Studie ist eine quantitative empirische Befragung der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland mittels eines Fragebogens. Dieser Fragebogen ist in zwei Bereiche unterteilt. Der erste Teil erfasst Angaben über die teilnehmenden Unternehmen

(z. B. Größenkennziffern wie Anzahl der Versicherten, Mitglieder und Mitarbeiter, Angaben über den aktuellen Beitragssatz, Öffnung und Geschäftsgebiet etc.), mit deren Hilfe es für die statistischen Analysen ermöglicht wird, Differenzen zwischen unterschiedlichen Unternehmen als Erklärungsfaktoren festzustellen.

Der zweite Teil ist der eigentliche Kern des Fragebogens, welcher hauptsächlich geschlossene Fragen enthält, deren Beantwortung mittels Ankreuzen auf einer fünf-stufigen Likertskala erfolgen kann (vgl. Bortz/Döring (2006), S. 224). Zusätzlich gibt es bei thematischem Bedarf einige Bereiche mit der Möglichkeit zur freien Formulierung von Antworten.

Die auf diesem Weg ermittelten Daten wurden in der Statistiksoftware SPSS 14.0 erfasst. Die Analyse der Daten für die vorliegende Studie erfolgte vorrangig mittels deskriptiver Statistik. An einigen Stellen wurden diese Ergebnisse um statistische Analyseverfahren ergänzt, die zur Überprüfung von Hypothesen bzw. Erkenntnissen dienen. Neben Korrelationsbetrachtungen wurden hauptsächlich Stichprobenvergleiche anhand wie T-Tests bzw. U-Test nach Mann und Whitney mit den dazugehörigen Signifikanztests durchgeführt, wobei die Frage geklärt werden sollte, ob evtl. auftretende Unterschiede durch zufällige Schwankungen erklärt werden oder in dem jeweiligen Punkt systematische Unterschiede auftreten. (Vgl. Bühl./Zwöfel (2005), S. 279ff. und 293ff. und Hair/Anderson/Tatham/Black (1998); S. 330ff.).

Als weitere ergänzende Quelle von empirischen Informationen für diese Studie wurden mehrere Vorstände von Krankenkassen und privaten Versicherungsunternehmen befragt. Die Befragung erfolgte als Leitfaden-Interview mit offenen Fragen (vgl. Lamnek (2005), S. 728).

Interviewpartner



Prof. Dr. Norbert Klusen
Vorstandsvorsitzender
der Techniker
Krankenkasse



Dr. Ulrich Knemeyer
Mitglied des Vor-
standes der VGH
Provinzial Kranken-
versicherung AG
Hannover und der
ALTE OLDEN-
BURGER Kranken-
versicherung AG



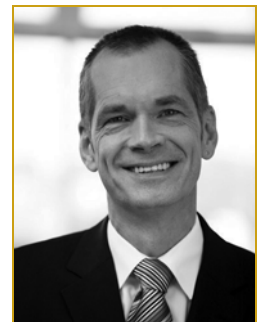
Thomas Michels
Mitglied des
Vorstandes der AXA
Krankenversicherung



Prof. Dr. Herbert Rebscher
Vorsitzender des
Vorstandes DAK



Friedrich Schütte
Vorstand der BKK24



Ralf Sjuts
Vorstandsvorsitzender
der Deutschen BKK



Gerhard Wargers
Vorstandsvorsitzender
der BKK firmus



Ingo Werner
Vorsitzender des
Vorstands BKK
Landesverband
Niedersachsen
Bremen

Literaturverzeichnis

BKK Bundesverband (2007)

Kassen bündeln Kräfte beim Datenmanagement für die elektronische Gesundheitskarte – Einsparungen in Millionenhöhe, Pressemitteilung vom 12.04.2007, http://www.bkk.de/bkk/pressemitteilungen/powerslave_id,351,nodeid,15.html, Stand 15.08.2007

BKK Bundesverband/ DAK/ IKK Bundesverband (2006)

Größte IT-Allianz im Sozialversicherungsmarkt – BKK, DAK und IKK legen Grundstein für integrierten IT-Konzern, Gemeinsame Pressemitteilung, 15.11.2006, [http://www.presse.dak.de/ps.nsf/Show/9C51CBA51709F3E6C12572270031540A/\\$File/061115_PM_Holding.pdf](http://www.presse.dak.de/ps.nsf/Show/9C51CBA51709F3E6C12572270031540A/$File/061115_PM_Holding.pdf), Stand 15.08.2007

BMG (2007)

Modellprogramm Förderung der medizinischen Qualitätssicherung des Bundesministeriums für Gesundheit, Pressethemen, http://www.die-gesundheitsreform.de/presse/pressethemen/qualitaetssicherung/pdf/modellprogramm_qualitaetssicherung.pdf, 09.05.2007

Bortz, J./ Döring, N. (2006)

Forschungsmethoden Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, 4., überarbeitete Auflage, Heidelberg

Brockhaus Enzyklopädie (1997)

Neunzehnte, völlig neu bearbeitete Auflage, Siebzehnter Band (Pes-Rac), Mannheim

Bühl, A./ Zwöfel, P. (2005)

SPSS 12, Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows, 9., überarbeitete und erweiterte Auflage, München

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

Hair, J. F. jr./ Anderson, R. E./ Tatham, R. L./ Black, W. C. (1998)

Multivariate Data Analysis, fifth edition, Prentice Hall

Lamnek, S. (2005)

Qualitative Sozialforschung, 4., vollständig überarbeitete Auflage, Weinheim, Basel

O.V. (2007)

Neue Tarife der AOK kommen bei Versicherten an; in: Ärzte-Zeitung, 03.08.2007, <http://www.aerztezeitung.de/docs/2007/08/03/144a0603.asp?cat=>, Stand 03.08.2007

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

Schulenburg, J.-M. Graf von der (2005)

Versicherungsökonomik – Ein Leitfaden für Studium und Praxis, Karlsruhe

Schulenburg, J.-M. Graf von der/ Greiner, W. (2007)

Gesundheitsökonomik, 2., neu bearbeitete Auflage, Tübingen

VdAK (2006)

Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens 2006, Siegburg

Verband der privaten Krankenversicherung (2006)

Zahlenbericht 2005/2006, Köln

Zerres, M./ Potratz, A. (2006)

Kundenmanagement in Krankenversicherungen; in: Busse, R./ Schreyögg, J./ Gericke, C. (Hrsg.) (2006), Management im Gesundheitswesen, Heidelberg, S. 155-163

Autorenverzeichnis



Simone Krummaker

Dipl.-Ök., Jahrgang 1974, studierte nach einer Ausbildung und anschließender Tätigkeit als Versicherungskauffrau Wirtschaftswissenschaften an der Leibniz Universität Hannover. Daneben war sie Werkstudentin bei den VGH Versicherungen und arbeitete dort nach dem Diplom im Personalcontrolling. Seit Ende 2003 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin am Kompetenzzentrum Versicherungswissenschaften und Institut für Versicherungsbetriebslehre der Leibniz Universität Hannover. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Versicherungs- nachfrage, Risikomanagement und Asset-Liability Management.



Dr. Thomas Mittendorf

Geboren 1972, studierte nach einer Ausbildung zum Bankkaufmann Wirtschaftswissenschaften an der Leibniz Universität Hannover. Seit 2000 ist er als wissenschaftlicher Forschungsassistent an der Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, einer Gemeinschaftseinrichtung der Leibniz Universität Hannover und der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), tätig, die er seit 2005 im Bereich der Gesundheitsökonomie verantwortet. Er ist Autor zahlreicher Zeitschriftenartikel vorrangig im Bereich der ökonomischen Betrachtung von Zusammenhängen in der Rheumatologie. Die wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen im Bereich der Evaluation von Gesundheitsleistungen, Kosten-Effektivitätsanalysen, Entscheidungsanalysen sowie der Gesundheitssystemforschung. Er ist u. a. Gastdozent an den Universitäten von Berlin und Bielefeld. Für seine Forschung im Bereich der gesundheitsökonomischen Forschung erhielt er 2003 den Medvantis Forschungspreis und 2004 den BKK-Wissenschaftspreis.



Prof. Dr. J.-Matthias Graf von der Schulenburg

ist Ordinarius für Betriebswirtschaftslehre und Direktor des Instituts für Versicherungsbetriebslehre an der Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover. Außerdem leitet er die Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung und ist Geschäftsführer des Kompetenzzentrums Versicherungswissenschaften. Nach dem Studium in Göttingen promovierte und habilitierte er am Institut für Internationale Wirtschaftsbeziehungen der Universität München. Nach einem Forschungsaufenthalt an der Universität Princeton ging er an das Wissenschaftszentrum Berlin, wo er die Leitung des Internationalen Instituts für Management übernahm und schließlich 1988 an die Leibniz Universität Hannover kam. Prof. Graf von der Schulenburg ist neben seiner industrie-ökonomischen und versicherungswirtschaftlichen Forschung auch für seine gesundheitsökonomischen Untersuchungen bekannt, für die er mit diversen Preisen ausgezeichnet wurde. Er ist derzeit Hauptherausgeber des European Journal of Health Economics und der Deutschen Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. Er ist Mitbegründer des Aufbaustudienganges Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen in Hannover und Mitglied des Vorstandes des Norddeutschen Forschungsverbundes Public Health. Seit 2001 ist er ordentliches Mitglied der Akademie der Wissenschaften und Literatur in Mainz.



Lutz Müller

Lutz Müller, geboren 1952, ist Partner im Bereich Consulting, Healthcare bei PricewaterhouseCoopers und seit über 20 Jahren ausschließlich mit der Beratung von Einrichtungen des Gesundheitswesens betraut. Seine Beratungsschwerpunkte sind Strategie- und Strukturplanung in Einrichtungen des Gesundheitswesens, Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen, Pflegesatzrecht sowie Begleitung von Budgetverhandlungen.

Herr Müller ist Veranstalter und Referent bei diversen öffentlichen Fachveranstaltungen. Des Weiteren ist er beratendes Mitglied der Schiedsstelle für Pflegesatzfragen des Landes Niedersachsen. Lutz Müller studierte Wirtschaftswissenschaften an der Martin Luther-Universität in Halle a.d. Saale. Er gehört der PwC PricewaterhouseCoopers AG seit 1982 an und gehört als Leiter des Beratungsbereiches Healthcare zum Expertenteam.



Holger Stürmann

Dipl.-Oec. Holger Stürmann, geboren 1970, ist Senior Manager bei PricewaterhouseCoopers im Bereich Consulting, Healthcare. Sein Beratungsschwerpunkt liegt in der Beratung von Einrichtungen des Gesundheitswesens mit besonderem Fokus auf Strategie-, Organisations- und Prozessanalysen, Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen sowie Budgetverhandlungen im Krankenhausbereich. Herr Stürmann ist ausgewiesener Experte für Krankenhausfinanzierungs- und Sozialversicherungsrecht sowie Personalbedarfsplanung bei PricewaterhouseCoopers.

Er vertritt PricewaterhouseCoopers regelmäßig als Referent. Holger Stürmann studierte Gesundheitsökonomie an der Universität Oldenburg. Er ist seit 1997 Mitarbeiter bei der PwC AG, Hannover.



Julia Städter

Dipl.-Kffr. Julia Städter, geboren 1981, ist Consultant bei PricewaterhouseCoopers im Bereich Consulting, Healthcare. Frau Städter hat eine abgeschlossene Berufsausbildung zur Sozialversicherungsfachangestellten. Ihr Beratungsschwerpunkt liegt in der Beratung von Einrichtungen des Gesundheitswesens mit besonderem Fokus auf Prozess- und Organisationsanalysen in der GKV, Sozialversicherungsrecht, Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen sowie Umfeld- und Wettbewerbsanalysen in Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Julia Städter studierte Betriebswirtschaftslehre im Gesundheitswesen mit dem Schwerpunkt Krankenversicherungsmanagement an der Fachhochschule Hildesheim. Sie ist seit 2006 Mitarbeiterin bei der PricewaterhouseCoopers AG, Hannover.



Jens Immel

Dipl.-Kfm. Jens Immel, geboren 1978, ist Consultant bei PricewaterhouseCoopers im Bereich Consulting, Healthcare. Herr Immel hat eine abgeschlossene Berufsausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten. Sein Beratungsschwerpunkt liegt in der Beratung von Einrichtungen des Gesundheitswesens mit besonderem Fokus auf Prozess- und Organisationsanalysen in der GKV, Personalbedarfsanalysen, Krankenhausfinanzierung und -controlling sowie in der Beratung von Einrichtungen der Altenhilfe.

Jens Immel studierte Betriebswirtschaftslehre im Gesundheitswesen mit dem Schwerpunkt Krankenhausmanagement an der Fachhochschule Osnabrück. Er ist seit 2006 bei der PwC AG, Hannover, tätig.

Ansprechpartner

PricewaterhouseCoopers

Holger Stürmann
Fuhrberger Straße 5
30625 Hannover
Tel.: 0511 5357-5134
E-Mail: holger.stuermann@de.pwc.com

Leibniz Universität Hannover

Institut für Versicherungsbetriebslehre
Simone Krummaker
Königsworther Platz 1
30167 Hannover
Tel.: 0511 762-3495
E-Mail: sk@ivbl.uni-hannover.de

PricewaterhouseCoopers ist weltweit eines der führenden Netzwerke von Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaften und kann auf die Ressourcen von insgesamt 142.000 Mitarbeitern in 149 Ländern zugreifen. In Deutschland erwirtschaften 8.400 Mitarbeiter in den Bereichen Wirtschaftsprüfung und prüfungsnahen Dienstleistungen (Assurance), Steuerberatung (Tax) sowie in den Bereichen Transaktions-, Prozess- und Krisenberatung (Advisory) an 28 Standorten einen Umsatz von 1,35 Milliarden Euro.

Seit vielen Jahren prüfen und beraten wir führende Industrie- und Dienstleistungsunternehmen jeder Größe. Stark ausgebaut wurde der Geschäftsbereich „Mittelstand“, der mittelständische Unternehmen mit einem dichten Kontaktnetzwerk direkt vor Ort betreut. Auch Unternehmen der öffentlichen Hand, Verbände, kommunale Träger und andere Organisationen vertrauen unserem Wissen und unserer Erfahrung. Aus gutem Grund: 399 Partner und rund 6.200 weitere Fachkräfte verfügen über umfassende Branchenkenntnisse in allen wichtigen Industrien.

Für die Arbeit dieser Experten gelten nicht nur in fachlicher Hinsicht die höchsten Qualitätsmaßstäbe. Integrität, Unabhängigkeit und Objektivität sind Teil der Unternehmensphilosophie. Deshalb wird strikt darauf geachtet, Mandanten nur jene Leistungen aus einer Hand anzubieten, die nach den gesetzlichen Vorschriften – vor allem den spezifischen Regelungen für den amerikanischen Kapitalmarkt – erlaubt sind. Modernste Prüfungs-, Beratungs- und Bewertungsansätze unterstützen die Unternehmen dabei, den hohen Anforderungen im Wettbewerb gerecht zu werden.

