

Wettbewerb in Zeiten des individuellen Zusatzbeitrags

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im Spannungsfeld zwischen Kunden- und Kostenexzellenz

Die GKV zählt zu den leistungsfähigsten Gesundheitssystemen. 70 Millionen gesetzlich Versicherte, das sind 86,5 Prozent der Bevölkerung, können im Krankheitsfall darauf vertrauen, dass sie eine qualitativ hochwertige Versorgung erhalten und unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit am medizinisch-technischen Fortschritt teilhaben. Dafür werden jährlich über 200 Milliarden Euro aufgewendet.

Als Körperschaften des öffentlichen Rechts haben Krankenkassen einen umfassenden gesetzlichen Auftrag von Gesundheitsförderung und Prävention über Krankenbehandlung bis zur Rehabilitation. Es besteht auch die Herausforderung, diese Aufgaben wirtschaftlich, flächendeckend und qualitativ hochwertig zu erfüllen. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht zu Lasten der GKV bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.¹

Stärkung des Wettbewerbs

In mehreren Reformzyklen hat die Gesundheits- und Sozialpolitik zunehmend wettbewerbliche Elemente in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) integriert. Das zog zahlreiche Konzentrations- und Selektionsprozesse nach sich. Die ökonomischen, sozialen, demografischen und technologischen Rahmenbedingungen ändern sich laufend.

Für die Krankenkassen bedeutet das: Sie müssen ihre gesetzlichen Gestaltungsmöglichkeiten weiterhin optimal nutzen, neu denken und dabei sowohl Kunden- als auch Kostenexzellenz entwickeln. Über die unter Experten umstrittene Frage, ob die GKV eher ein Ladenhüter oder ein Zukunftsmodell ist, entscheidet deshalb nicht allein die Politik, sondern auch die Krankenkassen durch ihr Handeln selbst.

Die Krankenkassen unterliegen einerseits einer starken staatlichen Regulierung und verfügen nur über begrenzte Entscheidungsmöglichkeiten. Andererseits schlummern in der GKV große Potenziale für innovatives Marketing. Außerdem fordert der Wettbewerb von den Krankenkassen, sich weiterhin vom Kostenträger (Kasse) zum modernen, betriebswirtschaftlich geführten Dienstleister zu wandeln.

Die Krankenkassen können ihre Beiträge nun zum Teil wieder selbst gestalten und einen kassenindividuellen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erheben. Die Ausrichtung auf den Wettbewerb wird dabei verstärkt über das Kundenbeziehungsmanagement (Kundenexzellenz) bzw. über das Finanzcontrolling, über Kooperationen und Vertragsgestaltungen sowie über das Versorgungsmanagement (Kostenexzellenz) bestimmt. Das sind die zentralen Wertschöpfungsfelder modern geführter Krankenkassen mit ihrer Ausrichtung auf die Versichertengruppen Gesunde, akut Erkrankte und chronisch Kranke.²

Finanzielles Fundament der GKV

Aktuell steht die GKV noch auf einem soliden finanziellen Fundament. Die Kassen haben dank Rekordbeschäftigung und guter Konjunktur hohe Rücklagen. Die Finanzreserven sind damit bis Mitte des Jahres auf rund 17,5 Milliarden Euro gestiegen.

Die Orts- und Ersatzkassen konnten ihre Überschüsse um je rund 300 Millionen Euro auf 456 Millionen und 650 Millionen Euro ausweiten. Auch bei den kleineren Kassen geht der Trend demnach nach oben. Die Betriebskrankenkassen weiteten ihr Plus um das Fünffache auf 111 Millionen Euro aus, ebenso die Innungskrankenkassen, die auf 93 Millionen Euro kamen. Die Knappschaft hat 101 Millionen Euro nach 58 Millionen Euro Ende März.

Die günstige Einnahmenentwicklung dürfte dafür sorgen, dass die Beiträge für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2018 stabil bleiben. Denn zu der guten Konjunktur und der Rekordbeschäftigung kommt noch eine Sonderzuweisung von 1,5 Milliarden Euro aus dem Geldpolster des Gesundheitsfonds.

Die demographische Entwicklung und die Kosten des medizinisch-technischen Fortschritts führen auch zukünftig dazu, dass mit begrenzten finanziellen Mitteln ein Mehr an Gesundheitsleistungen finanziert werden muss. Die Einnahmeseite unterliegt über den Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi RSA) einer weitreichenden Regulierung. Auf der Ausgabenseite haben die Krankenkassen die Möglichkeit über Wirtschaftlichkeits- und Sparbemühungen Einsparungen zu erzielen.

Trotzdem ist davon auszugehen, dass zukünftig mehr Krankenkassen immer höhere Zusatzbeiträge erheben müssen. Mit ersten Erhöhungen ist nach Meinung einiger Experten, noch im Laufe dieses Jahres zu rechnen. Die Krankenkassen müssen deshalb für sich und für ihre Versicherten die folgenden Fragen beantworten:

- Was erwarten meine Kunden, Top-Service oder einfach den günstigsten Preis?
- Weniger Satzungsleistungen zugunsten eines günstigen Zusatzbeitrags oder Satzungsleistungen als wichtiges Argument für dessen Höhe?
- Rückführung des Rücklagensolls auf gesetzliche Mindestrücklage oder Absicherung unvorhersehbarer Ereignisse?³

Wie sehen Versicherte die Reformen in der GKV?

Es herrscht Unsicherheit bezüglich der zukünftigen Höhe der Krankenversicherungsbeiträge und der weiteren Entwicklung des Leistungsumfangs der GKV. Drei von vier Versicherten befürchten, dass sich ihr Krankenkassenbeitrag weiter erhöht. Zwei Drittel vermuten zudem, dass es zu Kürzungen von Kassenleistungen kommt. 78 Prozent meinen, dass die Kassen bei ihren Kunden mit guten Leistungen statt mit geringen Beiträgen punkten sollten. 83 Prozent halten zudem langfristig stabile Beiträge für wichtiger als kurzfristige Senkungen.

Die alleinige Übernahme des Risikos zukünftiger Kostensteigerungen durch die Arbeitnehmer wird kritisch beurteilt (69 Prozent). Eine Mehrheit erwartet, dass es künftig wieder einen stärkeren Wettbewerb unter den Kassen geben wird, der GKV-Markt zugleich aber unübersichtlicher wird.⁴

Krankenkassenwechsel

Informationsquelle Nr. 1 zu den verschiedenen GKV-Anbietern ist das Internet. 76 Prozent der Wechselbereiten nutzen dieses Medium; allen voran die Anbieterhomepages (57 Prozent), aber auch Vergleichsportale (27 Prozent) oder allgemeine Informationsseiten zur GKV (24 Prozent). Die Entscheidungsphase bei den Versicherten erstreckt sich von einigen Tagen bis hin zu Monaten. Dies unterstreicht, dass es sich bei der Krankenversicherung um eine „existenziell bedeutsam“ erlebte Absicherung handelt. Spontane Entscheidungen sind selten.

Als lohnenswert wird ein Wechsel der Krankenkasse ab einer Ersparnis von 150 Euro jährlich erachtet. Immerhin 37 Prozent können sich einen Kassenwechsel bereits bei Einsparmöglichkeiten von bis zu 100 Euro vorstellen.⁵

Nach einer aktuellen Studie des Marktforschungsunternehmens Bain & Company steigt in Deutschland die Zufriedenheit der gesetzlich Versicherten mit ihrer Krankenkasse. Interaktionen und Innovationen geben den Ausschlag. Der Preis ist oft nachrangig.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben in puncto Kundenloyalität offensichtlich Fortschritte gemacht. Ausruhen dürfen sie sich auf diesen Erfolgen jedoch nicht. Denn im digitalen Zeitalter haben die Kunden neue Erwartungen. Die gesetzlichen Krankenkassen haben in puncto Kundenloyalität offensichtlich Fortschritte gemacht. Ausruhen dürfen sie sich auf diesen Erfolgen jedoch nicht. Denn im digitalen Zeitalter haben die Kunden neue Erwartungen.

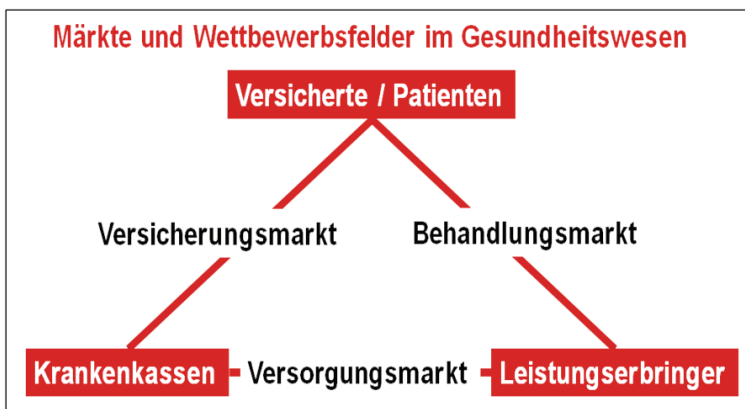
Generell ist derzeit jeder fünfte Versicherte grundsätzlich bereit, seine Krankenkasse zu wechseln – vor vier Jahren war dies noch jeder vierte.

Drei Märkte im Gesundheitswesen

Im Gesundheitswesen unterscheidet man heute drei Märkte, die wettbewerblich ausgestaltet werden können:

- Der Versicherungsmarkt mit Austauschbeziehungen zwischen den Versicherten und Krankenkassen und einem Wettbewerb um Versicherte,
- Versorgungsmarkt mit Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern und einem Wettbewerb um Leistungs- bzw. Versorgungsverträge sowie
- Behandlungsmarkt mit Beziehungen zwischen Patienten und Anbietern von Versorgungsleistungen (Leistungserbringern) und einem Wettbewerb um Patienten.

Der gestalterische Einfluss der Krankenkassen erstreckt sich innerhalb dieser drei Märkte insbesondere auf den Versicherungs- und den Versorgungsmarkt. Hier können sie ihre wettbewerblichen Möglichkeiten am besten nutzen.⁶



Quelle: Dezernat I.1

Marktstrategien am Versicherungsmarkt

Für die Krankenkassen ergeben sich mehrere Strategien, sich am Versicherungsmarkt zu positionieren. Das kann die Preisstrategie (Kostenexzellenz) sein, bei der sie konsequent alle Spareffekte nutzen, um sowohl ihren Mitgliedern als auch potentiellen Neukunden einen attraktiven Beitragssatz zu bieten. Dafür sind sie möglicherweise bereit, Serviceverschlechterungen durch hohe Einsparungen im Verwaltungskostenbereich oder Leistungskürzungen durch das Streichen von Satzungsleistungen oder ein strenges Leistungscontrolling in Kauf zu nehmen. Das kann zu einer höheren Kundenunzufriedenheit, zu Beschwerden und Widersprüchen und auch zu vermehrten Kündigungen führen. Andererseits kann der Beitragssatz durch diese Strategie der Kostenführerschaft so attraktiv werden, dass neue preisaffine Kunden geworben werden.

Eine weitere denkbare Strategie ist die Differenzierungsstrategie. Diese achtet nicht vorrangig auf die Ausgaben, sucht die Marktchancen also in Zusatzleistungen und Zusatzservices, welche die Wettbewerber nicht oder nicht in diesem Umfang bieten (Benchebreaking) und kommuniziert diese Alleinstellungsmerkmale. Das führt zu höheren Ausgaben, einem möglicherweise weniger attraktiven Beitragssatz und zieht eher leistungsaffine Kunden an.

Zwischen Kunden- und Kostenexzellenz

Gerade in wettbewerbsintensiven Märkten wie der GKV führte Benchmarking bisher häufig dazu, dass sich die Krankenkassen auf einer höheren Leistungs- und Serviceebene wieder angleichen. Wie die Krankenkassen sich zukünftig am Versicherungsmarkt positionieren, wird sich in den nächsten Monaten deutlicher zeigen. Erste Erkenntnisse deuten darauf hin, dass einige Marktteilnehmer ihre Marktstrategien anpassen und den Spagat zwischen Solidarität (Kundenexzellenz) und Ökonomie (Kostenexzellenz) wagen. Sie gehen damit quasi den Mittelweg einer „Hybrid“-Strategie, indem sie versuchen, die beiden genannten Wettbewerbsstrategien „Kostenführerschaft“ und „Differenzierung“ gleichzeitig zu verwirklichen.⁷ Damit wollen sie sowohl ihre Beitragsätze wettbewerbsfähig gestalten als auch Raum für Serviceangebote und Satzungsleistungen schaffen, die als nachhaltige Differenzierungskriterien für den Kunden am Versicherungsmarkt wahrgenommen werden können.

Betrachtet man die Aufbauorganisation von Krankenkassen, so wird deutlich, dass die Unternehmensbereiche, welche sich mit der Kosten- und der Kundenexzellenz beschäftigen nicht die gleichen sind. Umso wichtiger ist es, die Strategie gut abzustimmen. Krankenkassen mit einer guten bereichsübergreifenden internen Zusammenarbeit und Kommunikation haben deshalb einen Wettbewerbsvorteil.

Nachhaltig ist diese Strategie, wenn sie nicht als einmaliger Kraftakt, sondern als dauerhafter Prozess angelegt wird.

Leistungsdifferenzierung im Wettbewerb

Rund 95 Prozent aller Leistungen sind in der GKV durch den Gesetzgeber einheitlich geregelt, nur für 5 Prozent ergibt sich ein Ermessensspielraum in Form von Satzungsleistungen. Einige Kassen kürzen im Rahmen Ihrer Sparbemühungen diese Satzungsleistungen oder überführen sie in sogenannte Gesundheitskonten.

Durch eine effektive Organisation, effiziente Prozesse in der Leistungsabwicklung und ein möglichst frühzeitiges Eingreifen in den Ablauf der Leistungsbereitstellung ergeben sich weitere Möglichkeiten, Ressourcen zu sparen.

Es sind aber durchaus auch Leistungserweiterungen zu beobachten. So ist die Zahl der Kassen, die vor planbaren Eingriffen aktiv eine Zweitmeinung beim Spezialisten organisieren gestiegen. Gestiegen ist auch die Zahl der Kassen, die mit Zuschlägen für eine künstliche Befruchtung über die gesetzlichen Vorgaben hinaus werben. Auch Zuschüsse zu sportmedizinischen Untersuchungen, Zuschüsse für die Rufbereitschaft von Hebammen oder Zuschüsse für Osteopathie und Homöopathie übernehmen nun mehr Krankenkassen.

Kundenexzellenz durch guten Service

Neben dem Leistungsportfolio ist der Service der Krankenkassen für die Kundenexzellenz von großer Bedeutung. Doch keine Krankenkasse ragt nach Einschätzung des Deutschen Instituts für Service-Qualität (DISQ) bei der Service-Qualität besonders heraus und bietet ihren Versicherten einen sehr guten Service.⁸

Dabei können sich Krankenkassen, gerade wenn der Spielraum bei Beiträgen und Leistungen gering ist, immer auch über ihren Service positionieren. Kassen, die in Service und Beratung eine wettbewerbsdifferenzierende Qualitätsführerschaft anstreben, sind permanent gefordert, ihre Beratungsprozesse und -standards zu hinterfragen, Kundenberater zu deren Umsetzung zu befähigen und zu motivieren und den Servicequalitätsgedanken nachhaltig im Unternehmen zu verankern.

Positive Serviceerlebnisse zu Beginn und während der Mitgliedschaft haben das Potenzial, eine Krankenkasse für den Kunden einzigartig und besonders zu machen. Krankenkassen die es verstehen, die Kundenbedürfnisse und Markenversprechen konstant zu erfüllen, können sich langfristig am Markt differenzieren und dank loyaler Kunden auch von Neukunden (Weiterempfehlung) profitieren.

Moderne Kundenkontaktcenter gewähren heute die kontinuierliche Qualität des Kundenservice über unterschiedliche, gut erreichbare Kontaktpunkte und Kommunikationskanäle (Touchpoints) hinweg. Sie sind quasi die Visitenkarten des Unternehmens. Auch Gesundheitsminister Hermann Gröhe stellt fest, dass der bessere Preis nichts nützt, wenn man die neue Krankenkasse bei Nachfragen schlechter erreichen kann.⁹

Innovatives Marketing ist cross-medial

Immer mehr Krankenkassen investieren für die Serviceverbesserung auch in eine cross-mediale Kundenkommunikation, denn die Versicherten sind heute nicht nur informierter, sondern auch deutlich mobiler. Sie haben durch die enorm gestiegene telefonische Mobilität, durch E-Commerce, durch Social Media, durch ihre digitale Interaktion in diversen Communities ihre Kommunikation erweitert. Über die klassischen Kommunikationswege werden nicht mehr alle Versichertengruppen erreicht. Heute ist jeder Kommunikationskanal auch ein Vertriebskanal und jeder Kunde eine Zielgruppe.

Social Media-Kanäle bieten neue Marktchancen. Sie stehen für authentische und kritische Kommunikation. Interessante, originelle und wertvolle Themen verbreiten sich in Social Networks fast wie von selbst. Aus der One-to-One Kommunikation wird damit eine Many-to-Many-Kommunikation. Die Menschen glauben weniger den Hochglanzbroschüren der Kassen als vielmehr den Stimmen zufriedener Kunden in Foren, Blogs und Bewertungsportalen. Aktuelle Beispiele für die Knappschaft sind die Satzungsleistung „Künstliche Befruchtung“ und der Start der „Stromberg Kampagne.“ Beide Themen haben sich in Social Networks in kürzester Zeit positiv verbreitet.

Das Prinzip „Kenne deinen Kunden“

Eine große Herausforderung für die Krankenkassen ist es, dem Trend in der Digitalisierung zu begegnen: die Verknüpfung von Daten, um Kundenwünsche und -bedarfe zu erkennen und zu bedienen – so wie es Suchmaschinen und Internetversandhäuser und viele andere bereits tun:

Statt sich in Reisebüros beraten zu lassen und zu buchen, vertrauen Konsumenten immer häufiger Online-Bewertungsportalen und stellen sich ihren Urlaub auf Reiseportalen individuell zusammen. Ähnliche Erwartungen haben Kunden auch an Krankenkassen.

Die Krankenkassen werden ihre digitalen Möglichkeiten ausbauen. Aktuell gibt es bei diesem Thema noch keinen marktdominierenden Anbieter. Allerdings driften die Krankenkassen derzeit bei ihren Internetauftritten und Internetangeboten weit auseinander. Die kleineren Kassen tun sich bei diesem Thema schwerer, weil es sehr personal- und kostenintensiv ist.

Die Digitalisierung wird mit über Top oder Flop in der Krankenkassenlandschaft entscheiden. Die Orientierung des Services an der Kundenexzellenz setzt heute leistungsfähige und flexible IT-Systeme voraus. Diese führen alle marktrelevanten Kundeninformationen und Kundenkontakte zusammen. Ziel ist es, an jeder Kundenkontaktstelle (zum Beispiel Geschäftsstelle, Fachzentrum, Servicecenter, Internet) über alle benötigten Kundeninformation zu verfügen und einen einheitlich hohen Kommunikationsstandard über alle Kontaktkanäle sicherzustellen. Berücksichtigt man, dass zum Beispiel die Knappschaft über 14 Millionen Kundenkontakte pro Jahr hat, dann kommen einige Informationen zusammen aus denen Wissen über den Kunden generiert werden kann.

Die Versicherten müssen die kasseninternen organisatorischen Strukturen nicht kennen. Ihnen sollte immer ein exzellenter Kundenservice geboten werden, egal über welchen Kontaktkanal und

bei wem sie sich gerade melden. Außerdem sollten die gewonnenen Informationen im Rahmen der datenschutzrechtlichen Möglichkeiten, für kundenindividuelle Ansprachen und Angebote nutzbar sein.¹⁰

Im IT-Bereich können Sparbemühungen schnell kontraproduktiv sein. Ein umfangreiches Daten- und IT-Management, webbasierte Kommunikation mit Leistungserbringern und Kunden sowie die Analyse statistischer Daten sind auch die Basis für eine optimale Gesundheitsversorgung.

Zugleich müssen die gewählten IT-Lösungen in der Lage sein, flexibel auf kurzfristige Änderungen der gesetzlichen Bestimmungen zu reagieren. Auch in puncto Informationssicherheit liegen die Anforderungen auf höchstem Niveau. Das Informationsmanagement stellt heute einen bedeutenden Faktor dar, von dem Wettbewerbs- und Zukunftsfähigkeit einer Krankenkasse abhängen und trägt zu einer 360° Sicht des Kunden bei.¹¹

Neuausrichtung bei Verwaltungskosten

Die Krankenkassen erhalten für ihre Verwaltungskosten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Diese berechnen sich je zur Hälfte nach der Versichertenzahl und der kassenindividuellen Morbidität und liegen im Durchschnitt bei 5 bis 6 Prozent der Gesamtausgaben. Einige Krankenkassen haben deshalb das Ziel, neben Einsparungen im Leistungsbereich auch ihre Verwaltungskosten zu senken. Sie schließen dafür unter anderem Geschäftsstellen, errichten Fachzentren und bauen Personal ab. Durch die Neuorganisation der Kundenkontaktwege wollen sie dennoch für die Versicherten immer gut zu erreichen sein. Verlängerte Öffnungszeiten und mehr Berater in den verbleibenden Geschäftsstellen sowie mobile Geschäftsstellen sollen eine flächendeckende Beratung sicherstellen.

Andere Krankenkassen setzen auf Ortsnähe und erweitern sogar ihre Geschäftsstellennetze. Sie möchten komplexe Beratungsdienstleistungen persönlich anbieten. Damit erhöhen sie in diesem Bereich ihre Verwaltungskosten zugunsten eines persönlichen Kundenservice.

Viele Krankenkassen sehen Optimierungsansätze in der Verlagerung von Geschäftsprozessen aus dem Geschäftsstellenbereich in spezialisierte Fachzentren. Diese zunehmende Spezialisierung der Arbeitsprozesse verlangt im Gegenzug eine weitere Qualifizierung und Spezialisierung des verbleibenden Personals. Der Faktor ‚Mensch‘ ist ein wesentlicher Bestandteil aller Veränderungsprozesse und gleichermaßen auch ein kritischer Erfolgsfaktor, denn jede Organisation ist nur so gut wie ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Kundenexzellenz bedeutet, dass es hierbei aus Kundensicht zu keinen Qualitätsverschlechterungen kommt, sondern etwa durch optimierte Prozesse zu einer schnelleren Bearbeitung von Kundenanliegen oder zu einer besseren Erreichbarkeit der Krankenkasse über den jeweils vom Kunden gewählten Kontaktkanal. Erstklassige Versorgung und persönliche Betreuung sollen bei gleichzeitig sinkenden Leistungsausgaben und effizientem Wirtschaften optimal gewährleistet werden. Daraus ergibt sich die Chance, das Profil einer Krankenkasse zu schärfen.

Attraktivität als Arbeitgeber

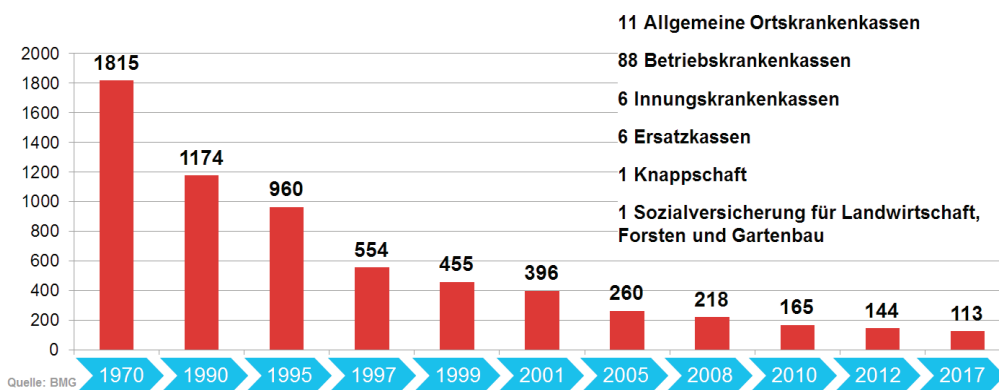
Das früher in der GKV häufiger anzutreffende verwaltende Denken und Handeln haben viele Krankenkassen längst durch ein markt- und wettbewerbsorientiertes Denken und Handeln in einem motivierenden Arbeitsumfeld ersetzt. Unternehmenskultur hat viel mit Transparenz zu tun und hängt darum hauptsächlich von der Kommunikation ab. Nur Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die zufrieden sind, die Arbeitsbedingungen vorfinden, die eine volle Konzentration auf das Wesentliche (den Versicherten) zulassen, können Kunden begeistern.

Hier stehen die Krankenkassen zunehmend im Wettbewerb um das beste Personal am Markt. Es geht auch um die Attraktivität und die Markenbildung als Arbeitgeber (employer branding). Dadurch soll sowohl die Effizienz der Personalrekrutierung als auch die Qualität der Bewerber dauerhaft gesteigert werden. Außerdem sollen qualifizierte und engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch eine höhere Identifikation und durch den Aufbau einer emotionalen Bindung langfristig gebunden werden. Eine unterscheidbare, authentische, glaubwürdige, konsistente und attraktive Arbeitgebermarke zahlt positiv auf die Unternehmensmarke ein. Soziale Medien haben auch die Mitarbeitersuche und das Personalmarketing verändert. Das digitale Umfeld hat im Wettbewerb um Fachkräfte in Unternehmen eine wichtige Stellung eingenommen.

Fusionen versprechen Synergien

Um besser für den Kassenwettbewerb gerüstet zu sein, haben bereits viele Krankenkassen fusioniert. Dadurch sollen nach Ankündigung dieser Kassen vor allem Kompetenzstärkungs- und Einsparpotenziale erschlossen werden. Sie bündeln ihre Kräfte, um über die Größe im Verdrängungswettbewerb bestehen zu können. Die Zahl der Krankenkassen ist dadurch von 1.815 (1970) auf aktuell 113 gesunken. Die Krankenkassenlandschaft nähert sich also dem von der ehemaligen Gesundheitsministerin Schmidt bereits im Jahr 2009 formulierten politischen Ziel von „30-50 Krankenkassen in Deutschland“ weiter an.

Die Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland



Rund 80 Prozent der Versicherten sind heute bei den 20 größten Krankenkassen versichert. Mögliche Vorteile von mitgliederstarken Krankenkassen sind:

- eine bessere Verteilung von Fixkosten,
- eine bessere personelle Aufstellung,
- ein besserer Ausgleich von Risiken,
- eine höhere finanzielle Liquidität und
- eine größere Markt- bzw. Einkaufsmacht.

Versorgungsmanagement als Zukunftsthema

Der Versorgungsmarkt mit Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ist neben dem Versicherungsmarkt der zweite große Marktbereich im Gesundheitswesen, in dem die Krankenkassen ihre wettbewerblichen Möglichkeiten nutzen können. Das Spannungsfeld zwischen Kunden- und Kostenexzellenz erstreckt sich heute auch auf das Versorgungsmanagement.

Den Menschen in den Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung zu stellen, bedeutet, ihn als Versicherten und als Patienten ganzheitlich zu betrachten. Jeder Patient soll die bestmögliche Therapie erhalten und von unnötigen Behandlungen, Arzneimitteltherapien und stationären Aufenthalten verschont bleiben. Das Versorgungsmanagement wird dabei individuell auf die Patientenbedürfnisse abgestimmt und begleitet diese bei ihrer Behandlung. In der Literatur wird diese besondere Ausprägung des Kundenbeziehungsmanagements auch als HealthCare Relationship Management (HCRM) bezeichnet.¹²

Der Krankenkassenmarkt differenziert sich auch im Versorgungsbereich zunehmend, denn das Engagement der einzelnen Krankenkassen in diesem Markt ist unterschiedlich groß. Für eine optimale individuelle und bedarfsgerechte Versorgung ihrer Versicherten werden innovative Krankenkassen mit Unterstützung ihrer Gesundheitspartner immer effizientere Vertrags- und Versorgungskonzepte entwickeln. Diese stellen eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sicher und sind dabei zugleich wirtschaftlich. Sie scheuen das unternehmerische Risiko nicht und erfüllen damit auch die Erwartungshaltung der Politik. Die Teilnahme für die Versicherten ist freiwillig, kostenfrei und jederzeit kündbar.

Die Knappschaft hatte frühzeitig die Idee, Gesundheitsnetze zu gründen und übernahm damit im Bereich der integrierten Patientenversorgung eine Vorreiterrolle. Bei diesen Netzen, die sie prosper beziehungsweise proGesund taufte, schließen sich Hausärzte, Fachärzte, und Krankenhäuser einer Region unter dem Dach der Knappschaft zusammen. Alle arbeiten Hand in Hand, damit prosper- und proGesund-Versicherte umfassend und optimal abgestimmt behandelt werden. So wird die Kluft zwischen ambulanter und stationärer Behandlung geschlossen. Die Folge: Ein integrierter Behandlungsansatz mit gemeinsamen Therapieempfehlungen, durchgehender Qualitätssicherung und ausgeschöpften Effizienzreserven. Hinter dieser Idee steckt auch die Erkenntnis, dass alle Beteiligten Zugang zu wichtigen Informationen, Neuigkeiten und aktuellen Entwicklungen haben müssen, um gemeinsam erfolgreich zu sein.

Das erste Gesundheitsnetz prosper-Bottrop entstand bereits 1999. Bis heute folgten sieben weitere Netze in denen rund 250.000 Versicherte betreut werden.

Innovationen gehören neben Wissen und unternehmerischer Initiative zu den wesentlichen Faktoren für Wachstum und Wettbewerbsfähigkeit, besonders dann, wenn durch die Verbindung von Versorgungsmanagement und „Marketing-Denken“ auch für die Versicherten positive Nutzeneffekte erzielt werden können. Ein innovatives Beispiel ist die von der Knappschaft als erste Krankenkasse in Deutschland entwickelte elektronische Behandlungsinformation (eBI). Sie optimiert im sektoral (ambulant und stationär) gegliederten Gesundheitswesen die übergreifende und umfassend abgestimmte Medikationstherapie.¹³

Die Knappschaft ist ein demographischer Vorreiter

Die Fähigkeit zum Wandel wird immer mehr zur existenziellen Kompetenz einer Krankenkasse. Als Erfinderin der Krankenversicherung stellt sie diese Kompetenz seit über 750 Jahren unter Beweis.

Der schwierige Spagat zwischen Kosten- und Kundenexzellenz stellt gerade die Knappschaft vor besondere Herausforderungen. Ihr Versichertenbestand bildet heute schon die demographische Situation ab, welche die GKV in einigen Jahren erwartet. Sie ist wegen ihrer Altersstruktur mit einem hohen Anteil älterer Versicherter (das aktuelle Durchschnittsalter beträgt 57 Jahre) und hiermit verbundenen hohen Morbiditäts- und Mortalitätsraten darauf angewiesen, diesen Spagat exzellent zu meistern. Deshalb ist sie ein demographischer Vorreiter.

Vor allem ältere Versicherte beziehungsweise Patienten benötigen geeignete Versorgungsmodelle, die darauf abzielen, die Gesundheit im Alter zu stützen und das Selbstmanagement zu fördern. Die Knappschaft beteiligt sich deshalb aktiv daran, Prävention und Gesundheitsförderung, Krankenbehandlung, Rehabilitation, Pflege und soziale Dienste besser zu vernetzen, um die Qualität, Effektivität und Effizienz der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung spürbar zu steigern. Gleichzeitig verändert auch sie ihre Aufbau- und Ablauforganisation, richtet beispielsweise Fachzentren ein und optimiert laufend ihr Leistungs- und Serviceangebot.

Die Krankenkasse der Zukunft

Eigentlich ist es ganz einfach: Die Krankenkasse der Zukunft behauptet sich gemeinsam mit einigen Mitbewerbern im Wettbewerb, weil es ihr gelingt, die Ausgaben zu senken, die Einnahmen im Rahmen ihres Einflusses zu optimieren und gleichzeitig ihre Kunden optimal zu versorgen.

Sie hat den Mut, Neues zu erproben und entwickelt frühzeitig eine Digitalstrategie. Sie wandelt sich zu einer echten Gesundheitsmanagerin und bietet ihren Kunden über gute Verträge mit den Leistungserbringern und durch innovative Versorgungsangebote eine qualitativ hochwertige Versorgung.

Diese Krankenkasse durchdenkt die Zukunft, erkennt Handlungsoptionen und lernt aus Entwicklungen. Sie konkurriert noch intensiver darum, ihren Versicherten das beste Angebot zum bestmöglichen Preis zu machen.

Ihr gelingt es, auch in der Kundenkommunikation zum großen „Vereinfacher“ zu werden. Sie übersetzt komplexe (sozialversicherungsrechtliche und medizinische) Materie in eine verständliche Sprache und übermittelt diese vernünftig dosiert an ihre sonst oft informationsüberfluteten Versicherten. Ihre kundenorientierte Organisationsstruktur mit optimierten Kommunikationsprozessen bildet dafür die Basis.

Die Krankenkasse der Zukunft ist aus existenziellen Gründen ein hochmodernes Dienstleistungsunternehmen mit nutzwertigen Zusatzleistungen, exzellentem Kundenservice, mit moralischen Werten, die Offenheit, Dialoge, Loyalität und Vertrauen pflegen, mit zahlreichen Fans und engagierten Multiplikatoren, mit Menschlichkeit und Nachhaltigkeit, mit Netzwerken, Allianzen, Kooperationen und mit Empfehlungsmarketing. Sie bringt in Zeiten des individuellen Zusatzbeitrags Kunden- und Kostenexzellenz in Einklang.

Michael Schmahl
Knappschaft
Markt + Vertrieb
44781 Bochum

-
- 1 Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V)
 - 2 Dr. M. Sander, TCP GmbH, und V. Scherenberg, in Versicherungswirtschaft Heft 21 2010
 - 3 BITMARCK-Kundenjournal 3/2014
 - 4 Pressemitteilung – 31.07.2014 - HEUTE UND MORGEN GmbH, Köln
 - 5 Customer Journey zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) HEUTE UND MORGEN – Juli 2014
 - 6 Dr. F. Schulze Ehring; Dr. A.-D. Köster Beitrags- und Leistungs differenzierung in der GKV, WIP-Diskussionspapier 3/10
 - 7 A. K. Meckel, Strategisches Management bei gesetzlichen Krankenkassen, Gabler 2010
 - 8 Studie Gesetzliche Krankenkassen (24.07.2014)
 - 9 Interview in Bild vom 02.01.2015
 - 10 Kompass 9/10 2009 S. 6
 - 11 HealthCare Relationship Management-Ansatz von spectrum|K
 - 12 M. Schaaf, Dr. E. Kade-Lamprecht, Der Mensch im Mittelpunkt der GKV, Monitor Versorgungsforschung 04/2011
 - 13 Kompass 7/8 2014