

Wettbewerb um GKV-Mitglieder

Aktive Gestaltung von Vertrieb und Kundenbindung ist nun auch für Krankenkassen ein Muss

„Freie Kassenwahl“ – diese Option war 1996 der Startschuss für mehr Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) um Mitglieder. Seitdem begreifen die meisten GKV-Unternehmen Vertrieb und Kundenbindung als wesentliche Aufgabe. Auch wenn in den vergangenen Jahren trotz der geschaffenen Möglichkeiten nur wenige Versicherten ihre Kasse wechselten – in den kommenden Jahren wird der Wettbewerb um Versicherte massiv zunehmen und infolgedessen auch deren Wechselbereitschaft stark ansteigen.

Nach einer Umfrage von A.T. Kearney gemeinsam mit dem Meinungsforschungsinstitut Forsa waren sich 2007 nur noch zwei Drittel aller Versicherten ganz sicher, zukünftig nicht zu einer anderen Krankenkasse wechseln zu wollen. Immerhin beinahe jeder zehnte befragte Versicherte gab an, dass er „wahrscheinlich“ oder „auf jeden Fall“ seine Krankenkasse wechseln werde.

Der Verlust von Versicherten ist für die „abgebende“ Kasse besonders problematisch, weil die wechselwilligen Versicherten in der Regel zu den jüngeren Altersgruppen – und damit zu den gesunden und profitablen Versicherten – gehören. Gleichzeitig liegen ihre Haushaltsnettoeinkommen und damit die mit diesen Versicherten verbundenen Beitragseinnahmen deutlich über dem Durchschnitt.

A.T. Kearney geht davon aus, dass die Bereitschaft der Versicherten zu einem Wechsel ihrer Krankenkasse

nach vollständiger Umsetzung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (WSG), d.h., nach Einführung des Gesundheitsfonds, weiter signifikant zunehmen wird. Diese Einschätzung basiert auf zwei wesentlichen zu erwartenden Effekten:

1. Angebotsdifferenzierung:

- Die Einführung der kleinen Kopfpauschale erhöht für die Mitglieder die Transparenz über die gezahlten Beiträge. Da Krankenkassen künftig ihre Versicherten direkt belasten müssen, wenn sie mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen, sieht der Versicherte direkt auf seinem Kontoauszug (und nicht mehr nur als Position auf dem Gehaltszettel), was ihn seine Krankenkasse zusätzlich kostet – die absoluten Beitragsunterschiede werden deutlich sichtbar.



Im Jahr 2007 war sich nur noch zwei Drittel aller Versicherten ganz sicher, zukünftig nicht zu einer anderen Krankenkasse wechseln zu wollen.

- Die Kassen werden deshalb zunehmend versuchen, sich auf der Angebotsseite voneinander zu differenzieren. Hierfür stehen ihnen neue Versorgungsformen, integrierte Versorgung sowie Satzungsleistungen zur Verfügung.

2. Weitere Wettbewerbsverschärfung auf Kassenseite:

- Kassen mit einkommensschwachen Mitgliedern sind aufgrund der Härtefallklausel gezwungen, die erforderlichen Zusatzeinnahmen durch einkommensstarke Mitglieder ausgleichen zu lassen. Der Wettbewerb um diese Klientel wird sich deshalb extrem verschärfen.
- Der Morbi-RSA erweitert grundsätzlich den Kreis der Zielkunden – abhängig von seiner endgültigen Gestaltung könnten z.B. auch alte oder chronisch kranke Versicherte zu Zielkunden werden.
- Die Fusionsfreiheit wird mittelfristig zu größeren Kassen führen. Es ist zu erwarten, dass diese dann verstärkt in Kundengewinnung und Kundenbindung investieren, da ein größerer Mitgliederbestand sowohl organisatorisch als auch prozessual sinnvoller gestaltbar wäre.

Wer in Zukunft als Krankenkasse in dem sich verschärfenden Wettbewerb erfolgreich bestehen will, muss in Vertrieb und Kundenbindung investieren. Eine aktuelle Studie von A.T. Kearney hat hierfür fünf wesentliche Handlungsfelder identifiziert:

- Intelligente Segmentierung der Zielkunden

- Repositionierung des Serviceangebotes
- Optimierung des Produktportfolios
- Nutzung eines zielgruppenspezifischen Multikanalmixes
- Aufbau und Stärkung von Markenname und Image

Im Folgenden werden zwei der genannten Hebel – „Repositionierung des Serviceangebotes“ sowie „Optimierung des Produktportfolios“ – näher beleuchtet.¹

Repositionierung des Serviceangebotes: Vom Abwickler zum Betreuer

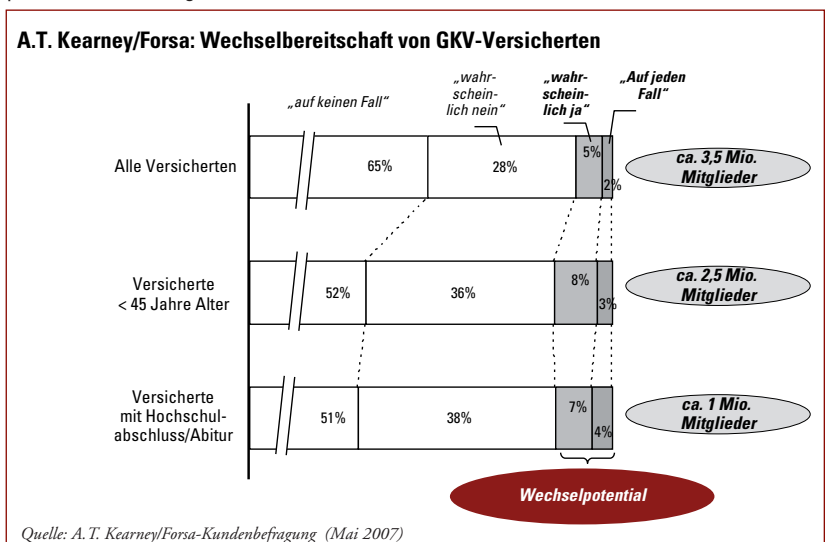
In den vergangenen Jahren waren die Sachbearbeiter einer Krankenkasse viel eher ein „Abwickler von Vorgängen“ als ein „Betreuer des Versicherten“. Dieses Verständnis hat sich in der jüngsten Vergangenheit fundamental geändert – insbesondere haben die Versicherten heute eine

völlig andere Erwartungshaltung gegenüber ihrer Kasse.

Dies bestätigt die Umfrage von A.T. Kearney, bei der 78 Prozent der befragten Versicherten dem Kriterium „Betreuung, Service und Beratung“ den höchsten Stellenwert für die Auswahl der Krankenkasse beimaßen. Auffallend ist die sehr hohe Bedeutung dieses Kriteriums über alle Altersgruppen und Kassen hinweg – einschließlich jüngerer Versicherter mit nur sehr wenig Kontaktpunkten zu ihrer Kasse sowie Versicherter, die eine Direktkasse ohne Geschäftsstellen gewählt hatten. Dieses Ergebnis macht deutlich, dass das Angebot an Beratung und Service von der jeweiligen Zielgruppe als adäquat angesehen empfunden werden muss – einen absoluten Maßstab gibt es nicht.

Eine Krankenkasse, die sich im Bereich Service und Beratung profilieren will, muss neben der Betreuung des „Tagesgeschäfts“ alle spezifisch

Abbildung 1: Die Kundenloyalität in der GKV ist zwar insgesamt relativ hoch – das Wechselpotential dennoch signifikant.



gesundheitsrelevanten Themen abdecken. Die Versichertenbefragung zeigte deutlich einen entsprechenden Bedarf, insbesondere beim Thema Prävention.

Derzeit sind erfolgreiche Krankenkassen „Service-Unternehmen“, jedoch noch keine Gesundheitsmanager. Der allgemeine Trend sieht aber eine Weiterentwicklung der Rolle der Kassen vor. Genau diese Weiterentwicklung erwarten die Versicherten von ihrer Kasse. Zukünftig wird gute Beratung ein aktives und ganzheitliches Gesundheitsmanagement einschließen. Neben der Beratungsqualität, dem Service bzw. der Freundlichkeit in der Beratung wird dann auch die Qualität der gesundheitlichen Betreuung für die Versicherten zunehmend wichtig. Ein Argument im Wettbewerb kann dann auch lauten: Wer bei dieser Kasse versichert ist, lebt tendenziell mit besserer Gesundheit.

Ziel der oben beschriebenen Maßnahmen muss es immer sein, in der Wahrnehmung der Versicherten bzw. der Öffentlichkeit eine optimale Positionierung zu erreichen. Diese muss nicht immer deckungsgleich sein mit der objektiven Leistungsfähigkeit im Vergleich zum Wettbewerb – mit anderen Worten: Es geht auch um das Image.

Optimierte Nutzung des Produktportfolios – gezielte Nutzung der neuen Möglichkeiten

Durch die letzten Gesetzesänderungen haben die Kassen zahlreiche Möglichkeiten, ihre Produktpalette auszu-

bauen, z.B. mit Selbstbehalttarifen, Beitragsrückerstattung, Bonustarifen, Hausarztтарifen oder Kostenerstattungstarifen, um nur eine Auswahl zu nennen. Eine Vielzahl von Kassen habe bereits „Wahltarife“ eingeführt oder plant deren Einführung.

Auch wenn die Stimmung für die Einführung derartiger Wahltarife allgemein sehr positiv ist, erscheint eine kritische Distanz angebracht. Der tatsächliche Nutzen für die Kassen ist fraglich – vor allem aus zwei Gründen:

- **Fehlende Profitabilität:** Tendenziell werden sich die Versicherten für Wahltarife entscheiden, die sich daraus finanzielle Vorteile erwarten – es erfolgt eine Risikoselektion, die letztlich zu geringeren Einnahmen ohne Effekte auf der Ausgabenseite führt. Auf die Problematik, dass Wahltarife ihre Profitabilität für die Genehmigung nachweisen müssen, soll hier nicht eingegangen werden
- **Abweichendes Geschäftsmodell:** Tarife mit Selbstbehalt, Kostenerstattung oder Tarife zur Erstattung bislang ausgeschlossener Leistungen gegen Zusatzprämie verlangen von den Kassen ähnliche Kompetenzen wie von PKV-Unternehmen (z.B. für die Rechnungsprüfung – aktuell sind diese bei den Kassen nicht verfügbar und eigentlich auch nicht benötigt)

Die Versicherten hingegen beurteilen die neuen Wahltarife relativ positiv – allerdings mit deutlichen Präferenzen für Tarife, die Kosteneinsparungen ohne zusätzliches Risiko versprechen (z.B. Hausarztтарife) und zudem mit

deutlich abnehmendem Interesse bei den über 60-Jährigen, wie eine Umfrage bei den Versicherten belegt. Die Umfrage zeigt jedoch auch, dass Wahltarife nur teilweise Hebel für Kundenbindung oder Kundengewinnung darstellt – nur eine Minderheit würde sich dadurch bei der Kassenwahl leiten lassen.

Nach unserer Einschätzung sind Kassen optimal aufgestellt, wenn sie die neuen Möglichkeiten gezielt und selektiv nutzen:

- Will eine Kasse sich als besonders innovativ positionieren, so kann ein breites Wahltarifangebot aus Marketinggründen vorteilhaft sein. Das Gleiche gilt für Kassen, die vom Deckungsbeitrag her attraktive, jedoch kündigungsgefährdete Versicherte (derzeit vor allem gesunde Versicherte) halten möchten
- Für die meisten Kassen, insbesondere für die kleineren, ist das Angebot solcher Tarife verzichtbar. Hier müssen einfache, klar strukturierte Bonusprogramme, die den Versicherten unmittelbar erklären, welche Gegenleistung bei einem bestimmten Verhalten ihrerseits zu erwarten ist, im Fokus der Tarifentwicklung stehen

Ausblick: Berücksichtigung der Auswirkungen des Morbi-RSA

Mit Einführung des morbiditätsorientierten RSA (Morbi-RSA) ist ein Paradigmenwechsel zu erwarten. Bei einem perfekt funktionierenden Morbi-RSA, der tatsächlich alle Morbiditätsun-

terschiede im Bestand fair ausgleicht, würden statt ausgewählten Zielgruppen prinzipiell alle GKV-Versicherten zu Zielkunden. Extrem ausgedrückt: Zukünftig könnte sogar die Akquise von Versicherten im Altenheim für Kassen sinnvoll sein.

Da der Morbi-RSA jedoch durchschnittliche Behandlungskosten ausgleichen würde, wird eine Spezialisierung von Kassen sinnvoll: Ein positiver Deckungsbeitrag wird mit jedem Versicherten erwirtschaftet, den die Kasse günstiger versorgen kann als im Durchschnitt angenommen wird. Eine solche günstigere Versorgung ist durch entsprechende Behandlungsprogramme, durch besondere Verträge in der Arzneimittelbeschaffung etc. zu erreichen – mit deutlichen Folgen:

- Entweder eine Kasse ist groß genug, dass für ein breites Spektrum an Versicherten optimierte Behandlungsprogramme angeboten werden können ...
- ... oder eine Kasse muss sich auf bestimmte Versichertengruppen spezialisieren bzw. Kooperationen mit anderen Kassen eingehen.

Es ist jedoch unrealistisch, davon auszugehen, dass es gelingen wird, einen tatsächlich fairen, alles Wesentliche betrachtenden Morbi-RSA zu definieren.

Autoren:

Ralf Baldeweg (Berlin) erreichen Sie unter ralf.baldeweg@atkearney.com.

Dr. Annett Tischendorf (Frankfurt) erreichen Sie unter annett.tischendorf@atkearney.com.

A.T. Kearney ist eines der größten internationalen Top-Management-Beratungsunternehmen und bietet seinen Klienten das gesamte Spektrum strategischer und operativer Beratung. Dabei verfolgt A.T. Kearney ein klares Ziel: auf der Basis eines führenden Knowledge Managements den maximalen Erfolgsbeitrag aller Unternehmensbereiche und den Gesamtwert eines Unternehmens nachweisbar zu steigern. A.T. Kearney beschäftigt rund 2.500 Mitarbeiter in mehr als 30 Ländern der Welt.

Weitere Informationen über:

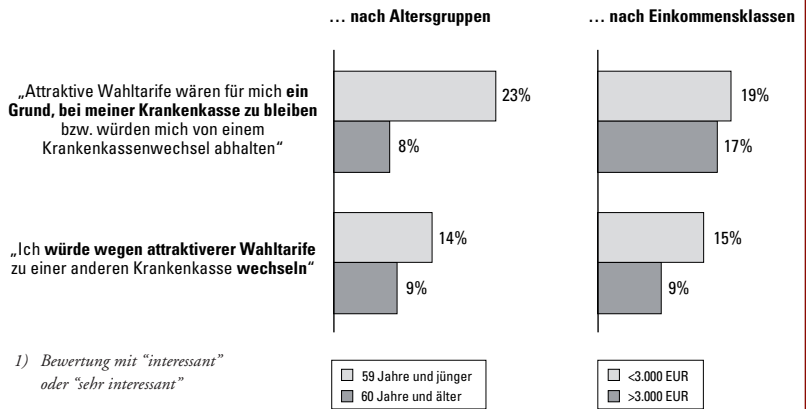
A.T. Kearney GmbH
Marketing & Communications
Kaistraße 16 A
40221 Düsseldorf

Tel.: +49-(0)211-13 77-0

Email: marcom@atkearney.com
www.atkearney.de

Abbildung 2: Wahltarife sind nur bedingt als Kundenbindung geeignet – gerade Gutverdiener lassen sich dadurch weniger binden.

A.T. Kearney/Forsa: Beeinflussung Kassenwahl durch Wahltarife



Quelle: A.T. Kearney/Forsa-Kundenbefragung (Mai 2007)

Es wird nach Einführung des Morbi-RSA bestimmte Zielgruppen geben, die prinzipiell durch die Kalkulationssystematik begünstigt sind – nur können dies andere sein als die aktuellen. Derzeit und zukünftig gilt: Attraktiv sind die Versicherten, die eine Kasse, z.B. durch effizientes Vertragsmanagement oder Gesundheitssteuerung, günstiger betreuen kann als der im RSA vorgesehene Betrag vorgibt.

Die Weichen stellen

Der Handlungsdruck für die Krankenkassen ist eindeutig. Die Wechselbereitschaft der Versicherten auf der

einen Seite und der „Kampf um den Versicherten“ auf der anderen Seite wird sich zukünftig weiter erhöhen.

Die Instrumente für eine erfolgreiche und konsequente Bearbeitung der in der Studie skizzierten Handlungsfelder sind bei den Kassen verfügbar – sowohl aus organisatorischer, prozessualer als auch aus technologischer Sicht. Krankenkassen, die sich in diesen Handlungsfeldern differenzieren, werden sich mittel- und langfristig auch unter den sich verändernden und verschärfenden Rahmenbedingungen im Markt bestens positionieren können.