

Joachim Kartte, Karsten Neumann, Arno Schneider

Krankenkassen auf dem Weg zum Gesundheitsunternehmen

Eine Vision für neue Geschäftsmodelle im Gesundheitsmarkt

Wegen der Veränderungen im Gesundheitsmarkt besteht für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Notwendigkeit und Chance, ihr Selbstverständnis und Geschäftsmodell weiterzuentwickeln. Berücksichtigen sollte sie zum einen die zunehmende Individualisierung der Gesundheitsversorgung und das steigende Gesundheitsinteresse ihrer Versicherten als Kunden. Zum anderen ändern sich Strukturen im Gesundheitswesen. Akteure werden flexibler und übernehmen Aufgaben aus anderen Gebieten der Gesundheitsversorgung. Der Kostendruck verlangt weitere Effizienzsteigerungen. Gesundheitswesen und Selbstzahlermarkt verschmelzen zu einem Gesundheitsmarkt. Der Beitrag untersucht vor diesem Hintergrund die über die gesetzliche Versorgung hinausgehenden Gesundheitsleistungen im Zweiten Gesundheitsmarkt. Die GKV sollte den neu entstehenden Gesundheitsmarkt in ihre Aktivitäten einbeziehen und die Chance nutzen, als ein umfassender Gesundheitsdienstleister für ihre Versicherten aktiv zu werden. Der Beitrag zeigt vier grundsätzliche Geschäftsmodelle auf, die sich für gesetzliche Krankenkassen im Gesundheitsmarkt der Zukunft ergeben.

Ausgangslage

Die Dynamik des Gesundheitsmarktes lässt nicht nach – dafür sorgen neben den regelmäßig notwendigen Gesundheitsreformen (zuletzt in den Jahren 2004 und 2007) vor allem der Markt für Selbstzahler, der jährlich um sechs Prozent wächst, und das Vordringen von Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen in immer neue Lebensbereiche, wie etwa die Wohnung (BMBF 2008). Gesundheit ist in vielen Bevölkerungsschichten zum Lifestyle-Element geworden. Nach dem Rauchverbot werden Maßnahmen gegen Bewegungsmangel und Übergewicht in den Medien und von der Bundesregierung thematisiert, um die Gesundheitsorientierung weiter zu verstärken (Süddeutsche Zeitung 2008).

Gleichzeitig verändert sich das Gesundheitssystem. Private und öffentliche Finanzierung greifen zunehmend ineinander, die Akteure im

Gesundheitsmarkt verändern ihre Rollen und werden mit neuen Geschäftsfeldern in anderen Sektoren aktiv.

In diesem bewegten Markt entwickelt sich auch die Rolle der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Bei genauer Betrachtung ergeben sich die folgenden wesentlichen Punkte, wie die GKV auf Marktveränderungen reagieren sollte.

- Sie sollte in der Lage sein, den veränderten Interessen ihrer Kunden zu entsprechen, indem sie individualisierte Angebote schafft, die das ganze Spektrum der Gesundheitsbedürfnisse abdecken. Dies gilt neben dem Markt der Endkunden auch für Firmenkunden.
- Sie muss auf den steigenden Kostendruck Antworten finden.
- Sie sollte ihre Rolle im Gesundheitswesen unternehmerisch neu definieren und dabei bestehende Grenzen überschreiten.

Aus jedem dieser drei Punkte ergeben sich unter anderem auch Empfehlungen, die sich in der letzten Entwicklungsrichtung bündeln: Als wichtigstes Handlungsfeld sollte die GKV den neu entstehenden Gesundheitsmarkt in ihre Aktivitäten einbeziehen.

Auf Ebene der Krankenversicherten zeichnet sich in den letzten Jahren ein quantitatives Wachstum, aber auch eine qualitative Veränderung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ab.

Individualisierung in der Gesundheitsversorgung

Mit der wachsenden gesundheitlichen Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der Bürger steigt der Wunsch nach individuellen Gesundheitslösungen. Im GKV-Markt wachsen die Wahlmöglichkeiten bei Tarifvarianten und Produktunterschieden zwischen den Kassen. Versicherte, die einen günstigen Preis bevorzugen, können durch einen Selbstbehaltarif Kosten sparen. Andere Versicherte können durch private Zusatzversicherungen individuelle Wünsche wie die Erstattung von homöopathischer Behandlung versichern. Perspektivisch wird die Vielfalt an

Versicherungsangeboten noch zunehmen. Auch bei den Leistungserbringern werden die ersten individuellen Lösungen angeboten. Krankenhäuser gehen mit Zusatzangeboten wie den so genannten „Check-ups“, alternativer Medizin oder Gesundheitsberatung an den Markt, Ärzte bieten Prävention oder Ernährungsberatung mit an.

Wachsendes Gesundheitsinteresse

In allen Bevölkerungsschichten gibt es eine wachsende Zahl von Menschen, die die Erhaltung ihrer Gesundheit als wichtiges Ziel definieren und ihre Konsumententscheidungen hieran ausrichten: 70 Prozent aller Deutschen tätigen neben ihrer Krankenversicherung bereits private Konsumausgaben für Gesundheit (Kartte und Neumann 2007). Rund zwei Drittel der Bevölkerung sind bereit, mehr Geld für zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen auszugeben (ebenda). Immerhin 43 Prozent haben für Nahrungsmittel mit Gesundheitsnutzen eine höhere Konsumbereitschaft (ebenda). Der Bürger beschränkt seine Gesundheitsversorgung nicht mehr darauf, was seine Krankenversicherung bereitstellt. Dadurch entsteht eine Nachfrage nach Informationen zur Qualität von Gesundheitsangeboten. Es wird ein Markt für Tests, Zertifizierung und Qualitätssicherung entstehen, denn heute sind die Informationsmöglichkeiten des Kunden sehr eingeschränkt. Zu jedem beliebigen Konsumprodukt steht ihm eine Fülle von Testzeitschriften zur Verfügung, zu der sehr viel wichtigeren Frage, welche Qualität sein Krankenhaus oder Arzt besitzt, kann er sich praktisch gar nicht informieren.

Wer heute Produkte oder Dienstleistungen rund um Gesundheit in Anspruch nimmt, tut dies also bereits zu wesentlichen Anteilen ohne Einbindung seiner Krankenkasse. Für die Krankenkassen wäre es aber sehr interessant, ihre Versicherten in allen Fragen rund um das Thema Gesundheit zu betreuen und ihr Betätigungsfeld entsprechend auf den Markt der privat finanzierten Gesundheitsangebote, den so genannten Zweiten Gesundheitsmarkt, auszuweiten. Dies steigert zum einen die Attraktivität aus Kundensicht, zum anderen ließen sich hieraus bei

entsprechender Änderung der Rechtslage auch zusätzliche Erlöse generieren. Die Kunden würden Krankenkassen ein hohes Vertrauen entgegenbringen, wenn es um die Empfehlung von Gesundheitsangeboten geht (Kartte und Neumann 2007).

Dem Wunsch nach individuellen Angeboten werden die Krankenkassen in Zukunft durch eine stärkere Differenzierung der Tariflandschaft entgegenkommen. Teilweise erfordert dies noch gesetzliche Änderungen, insbesondere bei der Möglichkeit, eigene kostenpflichtige Zusatzangebote zu schaffen. Die Kunden hätten aber großes Interesse daran, wie eine aktuelle Marktforschung zeigt: über 70 Prozent würden die eine oder andere Zusatzleistung in Anspruch nehmen und dafür auch einen höheren Tarif bezahlen (Kartte und Neumann 2008).

Zu den Kunden der GKV zählen indirekt auch die Unternehmen, die ihr als Multiplikator dienen. Auch hier wird die GKV auf geänderte Kundenbedürfnisse eingehen müssen. Die Unternehmen haben Gesundheit als wichtiges Handlungsfeld identifiziert. Bedingt durch die demografische Entwicklung werden talentierte, hoch qualifizierte Mitarbeiter zur knappen Ressource (vergleiche dazu beispielsweise die Ausführungen zur Ageing Workforce auf www.daimler.de) und der Wettbewerb der Arbeitgeber intensiviert sich. Gleichzeitig wird die Bindung und Gesunderhaltung der bestehenden Mitarbeiter wichtiger, um die Produktivität des Unternehmens zu erhalten. Dies umfasst auch Krankheitsbilder, die unabhängig vom Arbeitsplatz entstehen.

Derzeit entsteht im Geschäft zwischen Unternehmen (Business-to-Business-Sektor) ein wachsender Markt für Gesundheitsberatungen und Gesundheitsdienstleister. Die Krankenkassen sind zwar schon lange im betrieblichen Gesundheitsmanagement aktiv, durch die Professionalisierung dieses Themas in den Unternehmen sowie die privatwirtschaftlichen Angebote steigen aber die Anforderungen an die Qualität und den Tiefgang der Maßnahmen. In den am weitesten entwickelten Modellen werden Mitarbeiter verhaltensspezifisch

betreut und Präventionsangebote geschaffen, in denen Aktivitäten von Krankenkassen, Betriebsärzten und Unternehmen miteinander verzahnt sind.

Antworten auf die Kostensteigerung finden

Das öffentliche Gesundheitssystem steht seit Jahren unter Kostendruck. In den letzten 20 Jahren sind die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung um ein Viertel auf 14 Prozent des Bruttoeinkommens gestiegen (zuzüglich des nur von Arbeitnehmern getragenen Zusatzbeitrags von 0,9 Prozent). Nach Prognosen der Universität Mannheim werden im Jahr 2030 bereits etwa 20 Prozent des Bruttoverdienstes für die gesetzliche Krankenversicherung erforderlich sein (Wille 2007). Die damit verbundene Steigerung der Lohnnebenkosten würde die Volkswirtschaft weiter belasten. So wird auch zukünftig der Druck zur Kostensenkung auf dem System lasten. Dies wird die folgenden Entwicklungen begünstigen.

Die Finanzierung verlagert sich in den privaten Sektor. Einerseits werden private Investoren attraktive Partner beispielsweise für Krankenhäuser. Immer mehr Kliniken werden von privaten Unternehmen übernommen oder es entstehen Partnerschaften zur Finanzierung von Klinikeinheiten. Der Anteil der Kliniken in privater Trägerschaft hat sich in den letzten 15 Jahren beinahe verdoppelt und betrug 1996 bereits 28 Prozent (Statistisches Bundesamt). Die Renditeorientierung der Investoren verändert das Management der Kliniken hin zu einer stärker marktwirtschaftlich ausgeprägten Führung. Andererseits werden die Bürger immer stärker gezwungen, aus privaten Mitteln ihre Gesundheit zu finanzieren (vergleiche zum Anstieg der privaten Leistungen die Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Die Reduktion der Leistungskataloge beispielsweise bei Zahnersatz und Sehhilfen und der Anstieg der Zuzahlungen führen zu einem Mittelzufluss aus Privateinkommen.

Es wird Diskussionen über weitere Leistungsausgrenzungen geben. Schon seit Jahren wird von Experten (etwa in der „Rürup“-Kommission)

überlegt, ob man große Blöcke wie beispielsweise private Unfälle aus der GKV in die private Vorsorge auslagern kann. Die Medien verweisen darauf, welche Leistungen beispielsweise in Skandinavien nicht zum Leistungskatalog gehören (beispielsweise in den „Tagesthemen“ vom 19. Mai 2008).

Die Versuche werden intensiviert, durch Prävention die Kostensteigerung zu dämpfen. Neben staatlichen Initiativen – wie bereits weiter oben beschrieben – sind hier insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen aktiv, indem sie versuchen, Versicherte mit hohem Risiko durch Gesundheitscoaching zu Verhaltensänderungen zu bewegen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind hier insbesondere die entsprechenden Initiativen der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK), der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) und der Deutschen BKK zu nennen.

Die ersten beiden Entwicklungen könnten den Einflussbereich der GKV schmälern. Sie sollte sich daher um die gesetzlichen Möglichkeiten bemühen, auch Leistungen, die aus der solidarischen Finanzierung ausgegrenzt werden, als neues Geschäftsfeld in ihr Portfolio mit aufnehmen zu können. Zur weiteren Förderung der Prävention ist zum einen die Weiterentwicklung von Ansätzen wie Gesundheitscoaching oder betriebliche Prävention notwendig. Zum anderen ist ja auch der Zweite Gesundheitsmarkt im Wesentlichen ein Markt für Prävention. Wer hier vorsorgt und sich dadurch gesund hält, entlastet indirekt auch den Ersten Markt. Ein weiterer Grund für die GKV, sich aktiv in diesem Markt zu engagieren.

Die eigene Rolle neu definieren

Als allgemeiner Trend im Gesundheitswesen lässt sich feststellen, dass die Grenzen zwischen den Sektoren verschwimmen und die Akteure immer mehr übergreifende Aufgaben wahrnehmen.

Kostenträger übernehmen beispielsweise immer stärker die Steuerung der Versorgung. Im Bereich der Generika funktioniert dies schon. Alle

Krankenkassen haben mit Vertragspartnern Rabattverträge nach § 130 Absatz 8 SGB V abgeschlossen, bei Verordnung des entsprechenden Wirkstoffes geben Apotheker dem Versicherten (im Regelfall) das Produkt des Vertragspartners seiner Krankenkasse. Allmählich wird dieses Modell auf Originalpräparate ausgeweitet (beispielsweise Ausschreibung der Techniker Krankenkasse vom 18. April 2007). Bald werden auch Krankenhäuser und Krankenkassen Kooperationsverträge abschließen und damit eine Steuerung der Versicherten in die Kooperationskliniken erreichen. Beispielsweise durch Privatarzttarife besetzt die GKV auch klassische Geschäftsfelder der Privaten Krankenversicherung (PKV). So bietet seit 2007 die AOK Rheinland-Hamburg einen Chefarzt-Tarif und die Techniker Krankenkasse einen Tarif zur Behandlung als Privatpatient beim niedergelassenen Arzt an.

Leistungserbringer wie Kliniken treten hingegen auch als Versicherer auf, indem sie einen klinikspezifischen Zusatzschutz anbieten, der Chefarztbehandlung und Einzelzimmer beinhaltet. Mit diesem Produkt werden Patienten an das Haus gebunden und zusätzliche Erlöse aus privater Finanzierung erwirtschaftet (am Beispiel eines großen kommunalen Krankenhauses beschrieben in: Handelsblatt 2008).

Die Pharma- und Medizintechnikindustrie verändert ihre Rolle vom Produkthersteller hin zum Versorger. Medikamente werden in Kooperation mit Krankenkassen und Versandapotheken direkt zu den Patienten geliefert. Über Modelle mit Kopfpauschalen (Capitation) und Gewährleistung (Risk-Sharing) übernehmen die Unternehmen das Risiko für die Versorgung und erbringen damit die klassische Aufgabe eines Versicherers. Erstes prominentes Beispiel ist der Vertrag der BARMER und DAK mit Novartis zum Osteoporose-Medikament Aclasta®. Treten bei den Patienten Knochenbrüche auf, übernimmt der Hersteller des Medikaments die Kosten.

Die Akteure im klassischen Zweiten Gesundheitsmarkt wie Fitness-Studios und Anbieter von Gesundheitsreisen suchen die Nähe zu

Krankenkassen. Sie richten ihre Angebote so aus, dass die Kasse sie als Prävention anerkennt und mit den gesetzlich zulässigen Förderungsbeiträgen für ihre Versicherten teilfinanzieren kann.

Schließlich lässt sich eine Internationalisierung der Aktivitäten der Akteure feststellen. Die Deutsche Krankenversicherung (DKV) verantwortet beispielsweise die Gesundheitsversorgung einer ganzen Region in Spanien und besitzt zahlreiche ausländische Tochtergesellschaften. Große Kliniken exportieren Know-how etwa bei Operationen oder im Klinikmanagement. Umgekehrt werden die ersten Dienstleistungen von ausländischen Anbietern in Deutschland angeboten, insbesondere im Gesundheitscoaching. Die Internationalisierung wird sich fortsetzen und bietet große Chancen. Die Europäische Kommission wird perspektivisch den grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdienstleistungen fördern, die osteuropäischen Gesundheitsmärkte haben großen Nachholbedarf. Der PKV-Markt ist schon international, warum sollte es der GKV-Markt nicht auch sein?

Kein Akteur ist mehr auf den angestammten Tätigkeitsbereich beschränkt, allerdings ist auch niemand mehr in seinem angestammten Tätigkeitsbereich alleine und vor Konkurrenz geschützt.

Die Gesetzlichen Krankenkassen sollten ihre Geschäftstätigkeit zum einen auf neue Felder ausweiten, insbesondere private Versicherungsangebote und den Zweiten Gesundheitsmarkt. Gleichzeitig sollten und werden die Kassen stärker in das Versorgungsgeschehen eingreifen und werden teilweise sogar gefordert sein, den Markt mit zu gestalten – etwa indem sie für Konkurrenz sorgen, wo es in ländlichen Räumen keine Konkurrenz gibt. Aus allen beschriebenen Punkten lässt sich erkennen, dass der Markt sowohl auf der Seite der Nachfrager als auch auf der Seite des Systems in Bewegung ist. Alle Entwicklungen sind gekennzeichnet durch eine anhaltende Nachfragesteigerung und mehr Eigenverantwortung bei den Konsumenten sowie höhere Flexibilität und Individualisierung im System.

Den Zweiten Gesundheitsmarkt als Handlungsfeld entdecken

Beschreibung des Marktes

In der Fachöffentlichkeit hat sich in den letzten Jahren die Unterscheidung zwischen dem „Ersten“ und „Zweiten Gesundheitsmarkt“ etabliert. Wie vielfach zitiert wurde (siehe dazu den Überblick im Literaturanhang), sind die privaten Ausgaben für Gesundheit von 2005 bis 2007 um sechs Prozent pro Jahr gestiegen und betragen im Schnitt 900 Euro pro erwachsener Person (Kartte und Neumann 2007). Das Gesamtvolumen des Marktes lag 2007 bei 60 Milliarden Euro, für 2008 sind 64 Milliarden Euro zu erwarten (Kartte und Neumann 2008). Dieser Markt erreicht damit rund 40 Prozent des GKV-Umsatzes und ist mehr als eineinhalb Mal so groß wie der PKV-Markt. Gesundheitskonsum findet in allen sozialen Schichten statt (Kartte und Neumann 2007).

Der Zweite Gesundheitsmarkt beschränkt sich keinesfalls auf Wellness und Vitaminpräparate. Bei der Betrachtung der Marktteilnehmer zeigt sich vielmehr, dass viele Akteure in beiden Teilen des Gesundheitsmarktes aktiv sind. Krankenhäuser und Ärzte bieten Selbstzahlerleistungen an, Präventionsanbieter wie Fitnessstudios lassen sich teilweise über die sozialen Sicherungssysteme finanzieren.

Über diese Beispiele hinaus ist die Vielfalt des Marktes beeindruckend. Die wichtigsten Teilmärkte sind nicht in offiziellen Statistiken erfasst. Dennoch lassen sich die aktuellen Pro-Kopf-Ausgaben, die Durchdringung der Bevölkerung und die Wachstumspotenziale auf Basis verfügbarer Branchenberichte sowie eigener Recherchen und Markteinschätzungen von Roland Berger gut abschätzen.

Diese Schätzungen und Analysen ergeben, dass die folgenden Teilmärkte zu den dynamischsten Bereichen des Gesundheitsmarktes gehören:

Der Markt für Reisen mit Gesundheitsbezug ist in den letzten Jahren im Durchschnitt um sieben Prozent jährlich gewachsen (Spohr 2006,

Institut für Freizeitwirtschaft 2004). Er umfasst unterschiedliche Angebote von Fernreisen mit ärztlicher Begleitung über Aufenthalte in Wellness-Hotels mit medizinischen Anwendungen bis hin zu Kreuzfahrten mit medizinischer Infrastruktur an Bord. Diese Art des Reisens vereint das klassische Konsumgut einer Urlaubsreise mit den allgemein verbreiteten Gesundheitswerten. Bisher werden diese Reisen noch vorwiegend von älteren Menschen gebucht. Es besteht noch großes Potenzial für gesunde Aktivreisen für eine jüngere Zielgruppe.

In den letzten Jahren erlebte Deutschland einen Boom der Bio-Lebensmittel. Der Markt wuchs um etwa 13 Prozent jährlich (Datamonitor 2005), was durch den Trend des Lifestyle of Health and Sustainability (LOHAS) gestützt wird (Hamm und Rippin 2005). Gemeint ist das Phänomen, dass immer mehr Menschen in ihren Konsumententscheidungen Gesundheit, Nachhaltigkeit und ökologische Verantwortung berücksichtigen.

Neben den Bio-Lebensmitteln hat in den letzten Jahren auch der Markt für Lebensmittel mit gesundem Zusatznutzen an Bedeutung gewonnen. Die bekanntesten Produkte sind hier Joghurt drinks mit probiotischen Eigenschaften oder cholesterinsenkende Margarine. Hersteller sind große Nahrungsmittelkonzerne, die die Chancen des Gesundheitstrends durch leichte Produktveränderungen und extensives Marketing nutzen. Der Gesundheitsnutzen ist das wesentliche Verkaufsargument, obwohl er nur selten wissenschaftlich belegt ist. Der Erfolg der Strategie lässt sich an einem Wachstum von sieben Prozent jährlich ablesen (Datamonitor 2004, Focus 2005).

Eine parallele Entwicklung zu gesunden Lebensmitteln lässt sich auch im Bekleidungsmarkt erkennen. Nicht mit derselben Breitenwirkung, aber mit einem sehr starken Wachstum von über 50 Prozent jährlich, entwickelt sich der Markt für Bio-Kleidung (Textilwirtschaft 2006). Jeans aus Bio-Baumwolle sind mittlerweile bei den bekannten Marken im Sortiment und ein großer deutscher Versandhändler lässt sein Produktsortiment zu 99 Prozent auf Schadstoffreste prüfen, um die

Hautverträglichkeit zu sichern. Neben der Bio-Kleidung erreicht der Markt für funktionelle Kleidung bereits einen Jahresumsatz von einer Milliarde Euro (BBE-Branchenreport 2006). Diese Kleidungsstücke bestehen meist aus synthetischen Fasern und werden für sportliche Nutzung hergestellt. Sie unterstützen die Körperfunktionen und beugen damit beispielsweise Erkältungen vor. In diesem Segment zeigt sich hohe Innovationskraft durch neuartige Produktkombinationen wie beispielsweise Jogging-Shirts mit integriertem Pulsmesser.

Der oben beschriebene Trend zu mehr Eigenverantwortung der Gesundheitskonsumenten lässt den Markt der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen entstehen. Einerseits entwickeln Krankenkassen, aber auch unabhängige Beratungsunternehmen, Konzepte, um die Qualität beispielsweise von Krankenhäusern transparent abzubilden und so Patienten Orientierung im Krankenhausmarkt zu verschaffen. Andererseits ist auch die Qualität von privat finanzierten Gesundheitsleistungen für Gesundheitskunden ein Konsumkriterium, wie die Zertifizierungen von Fitness-Studios und Gesundheitsreisen zeigen. Da die Patienten immer mehr Gesundheitsentscheidungen bewusst und individuell treffen werden, ist das Wachstumspotenzial in diesem noch kleinen Markt sehr hoch.

Wie anhand der beschriebenen Teilmärkte ersichtlich, entspricht insbesondere der Zweite Gesundheitsmarkt den Bedürfnissen der Konsumenten nach Gesundheitsangeboten für alle Lebenssituationen mit individuellen und innovativen Lösungen. Die Weiterentwicklung der Rolle der gesetzlichen Krankenversicherung mit diesem Marktsegment beinhaltet die Chance, den Menschen eine umfassende Gesundheitsversorgung zu bieten.

Aktivität der Gesetzlichen Krankenversicherung im Gesundheitsmarkt

Angesichts der Vielfalt und Dynamik dieses Marktes ergeben sich vier grundsätzliche Geschäftsmodelle für gesetzliche Krankenkassen im Gesundheitsmarkt:

Vermittlung von Orientierung

Der Zweite Gesundheitsmarkt ist für Kunden durch eine sehr geringe Übersichtlichkeit gekennzeichnet. Weder weiß ein Kunde, welchen Versprechungen er trauen kann, noch hat er eine Informationsgrundlage, um die Qualität verschiedener Produkte zu vergleichen. Die GKV kann helfen, indem sie Empfehlungen abgibt. Zwar darf die GKV nicht einzelne Anbieter empfehlen, aber sie kann grundsätzliche Hinweise geben, welche Produkte und Dienstleistungen sinnvoll sind. Zum anderen kann sie den Aufbau von Zertifizierung fördern, etwa durch Kooperation mit entsprechenden Prüfinstituten oder die Einrichtung von Qualitätsräten. Entsprechende Konzepte sind in eigenen Projekten erarbeitet worden. Dieses Modell führt nicht unmittelbar zu Einnahmen, ist aber ein sinnvoller Kundenservice zur Ergänzung des Kerngeschäftes und positioniert eine Krankenkasse nach außen als innovativ. Bei entsprechender Rechtslage ließe sich hieraus ein Geschäftszweig entwickeln, der in der Lage wäre, Erlöse zu generieren.

Kooperationen mit Anbietern des Zweiten Marktes

Viele Angebote des Selbstzahlermarktes zielen auf die Vorbeugung von Krankheitsbildern, deren Behandlung für die GKV große Kosten verursacht. Ob Vitamine, Zusatzstoffe zur Senkung von Cholesterin oder Stärkung der Abwehrkräfte, allergenfreie Haushaltsreiniger, Pulsmesser oder andere Produkte – mit ihrer Hilfe sollen Krankheiten vermieden werden. Soweit diese Produkte ihre Ziele erfüllen, sind Kooperationen der GKV mit den Herstellern denkbar. Dies kann im Wege eines gemeinsamen Marketings geschehen oder mittels weitergehender Aktionen zur Förderung der Prävention. Auch hier sind Einschränkungen zu beachten, teilweise sind aber bereits erfolgreiche Kooperationen durchgeführt worden. Auch hier ist ein monetärer Erlös durch die bestehende Rechtslage eingeschränkt. Er ergibt sich allenfalls indirekt, indem Marketingkosten von privaten Partnern übernommen werden. Der wesentliche kurzfristige Ertrag liegt auch hier im Image.

Gemeinsame Gestaltung von Produkten und Dienstleistungen

Krankenkassen können Anbietern des Zweiten Gesundheitsmarktes helfen, ihre Produkte genauer auf verschiedene Zielgruppen auszurichten. Viele von Krankenkassen angebotene Gesundheitsreisen sind heute beispielsweise wenig attraktiv für jüngere Menschen – welcher 30- oder 40-Jährige würde schon eine Gesundheitsreise buchen, weil ein Arzt dabei ist? Hier könnten sich Krankenkassen mit den Anbietern zusammenschließen, um zielgenaue Angebote für die eigenen Zielgruppen zu schaffen, die in Kooperation vermarktet werden.

Vertrieb von Produkten und Dienstleistungen

Der privat finanzierte Gesundheitsmarkt wird bereits heute als zusätzliches Geschäftsfeld von einzelnen gesetzlichen Krankenversicherungen genutzt. Über eine assoziierte Vertriebsplattform werden den Versicherten zusätzliche Gesundheitsprodukte und -dienstleistungen angeboten, deren Qualität geprüft ist und für die teilweise rabattierte Preise ermöglicht werden können.

Am konkreten Beispiel einer Krankenkasse zeigt sich die hohe Nachfrage und der Erfolg dieser Strategie. Der „Gesundheitswelt direkt“ als Partner der Deutschen BKK ist es gelungen, innerhalb eines Jahres ein Drittel der Versicherten als Kunden dieser Plattform zu werben und dort pro Kopf im Schnitt 80 Euro umzusetzen (Deutsche BKK 2008). Anders ausgedrückt – etwa ein Zehntel des Pro-Kopf-Umsatzes dieser Kunden im Zweiten Gesundheitsmarkt (konkret 900 Euro pro Jahr, siehe Karte und Neumann 2007) konnte bereits auf die eigene Plattform umgeleitet werden. Angesichts des Vertrauens, das die Krankenkassen bei ihren Kunden genießen, sollte es perspektivisch möglich sein, sowohl einen größeren Teil der Kunden als auch einen größeren Anteil von deren Ausgaben im Gesundheitsmarkt über die eigene Plattform zu leiten. Die Kasse wird so aus Sicht der Kunden zu einem Lotsen auf dem unübersichtlichen Gesundheitsmarkt. Die Kunden werden sich langsam an die neue Funktion ihrer Krankenkasse gewöhnen.

Diese Geschäftsmodelle sind erste Schritte, die den Weg zur Rolle der GKV als umfassender Gesundheitsdienstleister im wettbewerblich organisierten Gesundheitsmarkt beschreiben. Um den Anforderungen des Marktes umfassend zu genügen und seine Chancen nutzen zu können, sollte eine Krankenkasse alle Bedürfnisse der Kunden rund um das Thema Gesundheit befriedigen können. Sie sollte damit auch alle gesundheitsbezogenen Produkte und Dienstleistungen vertreiben und finanzieren dürfen – selbstverständlich zu verschiedenen Beiträgen.

So könnte das Premiumangebot einer Krankenkasse Präventionsangebote wie Gesundheitsreisen umfassen, während ein Basisangebot lediglich eine Risikoabsicherung für kostenintensive medizinische Behandlungen bietet. Auch die für viele Versicherte wichtige Beratung zur Qualität von Gesundheitsangeboten, beispielsweise mittels der Vergabe eines kassenspezifischen Qualitätssiegels, wäre eine wichtige Dienstleistung. Ebenso wäre es denkbar, dass Krankenkassen gemeinsam mit Konsumgüterherstellern Präventionsprodukte entwickeln, die sie ihren Versicherten anbieten.

Fazit

Damit die gesetzlichen Krankenkassen alle Möglichkeiten des Marktes ausnutzen können, werden Gesetzesänderungen notwendig. Wie bereits erläutert, sollten Krankenkassen die Möglichkeit bekommen, ihr Spektrum an Tarifen noch wesentlich stärker zu variieren und neue Geschäftsfelder zu erschließen. Dadurch würden neue Erlösquellen geschaffen und das Kerngeschäft unterstützt. Voraussetzung hierfür wäre die in Fachkreisen bereits viel diskutierte Aufhebung des Status als Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Aus Sicht einer Krankenkasse ergeben sich aus den Entwicklungen des Gesundheitsmarktes folgende strategische Handlungsempfehlungen, die heute schon umsetzbar sind:

- Eine Krankenkasse muss ihr Selbstverständnis dahingehend erweitern, dass sie ihren Kunden möglichst bei allen Bedürfnissen rund um die Gesundheit mit Angeboten und Beratung zur Verfügung steht. In der Gesamtstrategie wird somit der Tätigkeitsbereich neu definiert und erweitert, wodurch völlig neue Geschäftsfelder entstehen.
- Für die Kunden ist eine wesentlich größere Produktvielfalt als heute notwendig, die im Rahmen einer bereichsübergreifenden strukturierten Produktentwicklung, differenziert nach Kundensegmenten, zu schaffen ist.
- Präventionsangebote und ein wachsendes Gesundheitsinteresse sind noch stärker für die Entlastung des bisherigen Kerngeschäfts zu nutzen.
- Geschäftsfelder rund um den Gesundheitsmarkt sind entlang der in den Ausführungen weiter oben skizzierten Entwicklungsrichtungen zu entwickeln.
- Das Handeln als Teilnehmer in einem Markt erfordert auch eine unternehmerische Grundausrichtung im Inneren, also in der Unternehmensstruktur. Hierzu ist eine unternehmerische Steuerung mit einem einheitlichen Zielsystem sowie mit Anreiz- und Sanktionsmechanismen einzuführen. Die Organisation ist weiter zu professionalisieren. Zahlreiche Funktionen, die in der Privatwirtschaft selbstverständlich sind, existieren noch gar nicht oder werden gerade erst aufgebaut, wie etwa eine institutionalisierte Produktentwicklung oder ein Einkauf im Bereich des Leistungsmanagements. Markt und Unternehmertum bedingen schließlich auch das Eingehen unternehmerischer Risiken – die Krankenkassen der Zukunft können mehr gewinnen und mehr verlieren als heute.

Der Gesundheitsmarkt ist in Bewegung und die gesetzliche Krankenversicherung hat gute Chancen, eine noch stärkere Rolle in einer umfassenden Gesundheitsversorgung zu spielen. Eine Weiterentwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen kann sie unterstützen, diese Chancen zu nutzen.

Literatur

- Anstieg der privaten Gesundheitsausgaben: Handelsblatt 2. April 2008, Yahoo online, 5. Juli 2007, Hr info radio, „Das Wirtschaftsradio“, 9. Juli 2007, 9.05h, Gesundheitszeitung online, 11. August 2007., Zukunftslatter, Health Markets 1.9.07, W&V Compact, 30. August 2007, www.welt.de, 2. September 2007, www.abendblatt.de 5. September 2007, IGeL Aktiv 1. August 2007, www.welt.de, 11. November 2007, Berliner Morgenpost, 19. Januar 2008, www.heute.de, 6. Februar 2008, Financial Times Deutschland (Beilage medbiz) 7. Februar 2008, Kölnische Rundschau 7. April 2008, WAZ 8. April 2008, ntv, „Der Mittag“, 10. April 2008 12h, dpa-Meldung 2. Mai 2008, www.medianet.at, 6. Mai 2008.
- „Bio zieht an“. Textilwirtschaft. 09/2006.
- BMBF 2008: Seiten zu „Ambient Assisted Living“ auf der Homepage des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, www.bmbf.de (28. Mai 2008).
- Daimler AG: Ausführung zu Ageing Workforce bei www.daimler.com (28. Mai 2008).
- Datamonitor (2004): Neutraceuticals in Germany – Industry profile.
- Datamonitor (2005): Organic Food in Germany – Industry profile.
- „Der Markt für Fitness und Wellness“. FOCUS 2006.
- Deutsche BKK (2008): dpa-Meldung vom 2. Mai 2008.
- „Funktionelle Mode – Marktpotenziale 2008/09“. BBE-Branchenreport. Köln.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes: www.gbe-bund.de.
- Hamm, U., und M. Rippin (2005): Umsatzentwicklung der Bio-Lebensmittel. In P. Schommer, T. Harms, H. Gottschlich: LOHAS Lifestyle of Health and Sustainability. Düsseldorf, Heilbronn: Ernst&Young.
- Institut für Freizeitwirtschaft (2004): Das Profil der Wellness-Reisenden. München.
- „Kampf dem Übergewicht – Zutrauen statt Zumutung“. Süddeutsche Zeitung. 28. Mai 2008.

- Karte, J., und K. Neumann (2007): Der Zweite Gesundheitsmarkt. Roland Berger Studie. www.rolandberger.com/expertise/industries/healthcare.
- Karte, J., und K. Neumann (2008): Der Gesundheitsmarkt – Sicht der Bürger, Strategien der Anbieter. Roland Berger Studie. „Kreislauf-Training zum Sonderpreis“. Handelsblatt Spezial Gesundheit. 2. April 2008.
- Spoehr, S. (2006) : Wohlbefinden à la Carte. In: Touristik R.E.P.O.R.T. Nummer 10.
- Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12. Reihe 6.1.1.
- Wille, E. (2007): Demographische Entwicklungen in der Europäischen Union. Auswirkungen auf das deutsche Sozialversicherungssystem. Referat am 18. Juni 2007 in Berlin.

