

Dr. Jürgen Schermesser
Regionalgeschäftsführer der BARMER Ersatzkasse Leipzig

Forum Gesundheitswirtschaft Region Leipzig in der BIO CITY Leipzig

9. November 2006

Die Krankenkasse der Zukunft - Gestalter an der kurzen Leine ?

Es gilt das gesprochene Wort.

Sehr geehrte Damen und Herren,

selten impliziert bereits die Semantik in der Überschrift eine Problematik zumindest aus struktureller Sicht: „Krankenkasse der Zukunft“ - Singular oder Plural ? Auch der etwas eingefärbte zweite Satzteil in der Überschrift verrät die eine oder andere Schwierigkeit des Referenten mit einem Sachverhalt, der ebenso komplex wie in Bewegung ist. Allerdings - der Weg zur Hölle ist bekanntlich mit guten Absichten gepflastert.

Aus der kurzen Gliederung ergeben sich folgende inhaltliche Schwerpunkte: (Folie 2)

Meine Damen und Herren, Reformen und Reformversuche in eben dieser, unserer gesetzlichen Krankenversicherung sind bekanntlich nicht so neu. Blickt man in die jüngere Geschichte reihen sich die Reformen und Reformversuche aneinander wie die Perlen einer Schnur. Zumeist begegnen wir ihnen als reine Kostendämpfungsprogramme. Seit Einführung der freien Kassenwahl – auch das ein Ergebnis einer Reform - können die Versicherten mit den Füßen abstimmen, ob sich ihre Kasse angesichts der veränderten Situation in ihrem Sinne aufstellt. Mit der Folge, dass wir seitdem größere Wanderungsbewegungen zwischen den Kassen beobachten können. Offenbar nehmen die Versicherten also trotz erheblicher staatlicher Reglementierungen im Leistungsbereich die Krankenkassen recht differenziert wahr.

Das, was uns mit dem jetzigen Reformvorhaben bevorsteht, wird die Landschaft voraussichtlich so gravierend verändern wie nie etwas zuvor. Jede Krankenkasse wird davon betroffen sein. Der ganze Markt der gesetzlichen Krankenversicherungen wird radikal in Bewegung geraten – zumindest auf dem Versicherungsmarkt.

Was sich hier abspielen könnte, lässt sich am Beispiel der Niederlande erahnen. Erst ein dreiviertel Jahr ist es her, dass die Niederländer ihr System *grundlegend* reformiert haben. Die dort entstandene Entwicklung lässt sich in zwei Worten zusammenfassen: Hohe Dynamik. Knapp 20 Prozent der Versicherten sind zu einer anderen Krankenversicherung gegangen. Im Vergleich dazu sind im Jahr vor der Reform lediglich 4,2 Prozent der Versicherten gewechselt. Das heißt die Zahl der Wechsler hat sich nahezu verfünffacht.

Die Barmer ist für über 7 Millionen Versicherte eine attraktive Krankenkasse. Dennoch gilt es, unsere Attraktivität, unsere Anziehungskraft zu steigern. Auch wir hatten bis vor gar nicht allzu langer Zeit mit einem Rückgang der Versichertenzahlen zu kämpfen. Dieser Trend konnte inzwischen gebremst und umgekehrt werden. Der Wettbewerbsdruck auf dem Versicherungsmarkt hat jedoch nicht nachlassen, im Gegenteil. Übertragen wir das niederländische Wechselszenario 1:1 auf Deutschland, dürften angesichts der deutschen Reformpläne bei den Kassen die Alarmglocken schrillen.

Mit oder ohne Reform: Die entscheidende Frage für die Zukunft ist, welcher Kasse wird es gelingen, ihren Mitgliederstamm zu halten und vor allem weiter auszubauen. Wachstum, dieses Ziel lässt sich bei den großen Versorgerkassen erkennen. Nur durch ein Wachsen der Kasse, mehr Mitglieder und Versicherte, entsteht eine Marktmacht. Nur durch einen großen Marktanteil kann versucht werden, Einfluss auf

den Markt zu nehmen. Das schließt die Leistungserbringer ein. Kostengünstige Verträge kann nur der aushandeln, der selbst eine Marktmacht ist.

Wenn eine Krankenkasse den Markt besser erschließen will, mehr Markt machen will, muss sie sich von den anderen absetzen. Ihre Merkmale müssen hervorstechen von denen der anderen. Sie muss deutlich anders, besser wahrgenommen werden als die der Wettbewerber, praktisch wie ein Magnet sein.

Damit geht es um nichts anderes als darum, als den einzelnen Unternehmen ein unverwechselbares Profil zu geben. Es reicht nicht, einfach für Gesundheit zu stehen. Dass eine Kasse „Die Gesundheitskasse“, das „Unternehmen Leben“ oder die „Größte Krankenkasse Deutschlands“ ist. Sie muss mehr wert sein für Mitglieder, Kundinnen und Kunden, den Markt.

Die Lösung ist bis heute nicht gefunden. Also muss daran gearbeitet werden. Vergleicht man die strategischen Ansätze der maßgeblichen Versorgerkassen, wird ein gewandeltes Selbstverständnis der Kassen klar. Danach verwalten Kassen nicht mehr nur die Versichertengelder, sondern gestalten mit ihnen. Aus den Mittelverwaltern sind Spielgestalter geworden, deren Anstrengungen sich zusammengefasst auf vier Handlungsfelder konzentrieren. Diese sollen den Kassen ein unverwechselbares Profil geben. Die vier Handlungsfelder sind Leistung, Service, Preis und Image. Ich nenne Image bewusst, weil letztendlich entscheidend ist, wie wir wahrgenommen werden.

Leistung

Betrachten wir den Leistungsbereich. Als Krankenkasse kann es nicht mehr der Beliebigkeit überlassen werden, ob und wie schnell ein Patient kuriert wird und was die Behandlung kostet.

Den größten Anteil der Ausgaben verursacht der Krankenhaussektor. Allein im Bereich der Ersatzkassen beobachten wir in den neuen Ländern jährliche Ausgabensteigerungen um die 10 Prozent. Es kann auch dem Kostenträger nicht gleichgültig sein, ob beispielsweise ein Diabetiker zusätzlich seine Sehkraft einbüßt oder ihm der Fuß amputiert werden muss, wenn das bei richtiger Behandlung zu verhindern gewesen wäre. Nichthandeln verursacht in solchen Fällen nicht nur menschliches Leid sondern kostet der Versichertengemeinschaft auch unnötig mehr Geld.

Kassen werden mehr Ergebnisverantwortung zu übernehmen, gegenüber den Leistungserbringern stärker auf Qualität und Kosteneffektivität zu drängen haben. Die bisherig weitverbreitete Praxis „zahle und schweige“ wird einem modernen Gesundheitswesen nicht gerecht, kann ebenso wenig nicht losgelöst von Patientensouveränität und Transparenz betrachtet werden. Damit ist nicht Gängelei gemeint, sondern Standards, die Einhaltung von Qualitätsstandards.

Von den Fachgesellschaften anerkannte Standards müssen die Richtlinien für die Behandlung vorgeben. Die Kassen werden bei Verträgen darauf dringen, dass teilnehmende Ärzte und Therapeuten sich mehr kontinuierlich weiterbilden und diese Standards zur Richtlinie ihres Handelns machen. Das ist ganz der Geist der strukturierten Behandlungsprogramme, der so genannten Disease Management Programme!

Für Diabetes, Asthma, Koronare Herzkrankheiten und Brustkrebs haben wir, je nach Bundesland, schon entsprechende Programme oder sind in der Vorbereitung. Jetzt ist vorgegeben, wie die Betroffenen von ihrem Arzt behandelt werden müssen. Wir streben an, diesen Weg der Qualitätssicherung - wie auch immer benannt - für andere Krankheiten fortzuführen.

Die Abläufe patientengerechter zu organisieren ist auch das Anliegen der Vernetzung der verschiedenen medizinischen Versorgungsbereiche: In der Klinik, wo eben ein neues Kniegelenk eingesetzt wurde, setzt sofort die Rehabilitation ein. Nahtlos geht es im Anschluss in eine Reha-Klinik. Und das mit einer Qualitätsgarantie der Leistungserbringer.

Allerdings entstehen hier gegenwärtig Fragen. Zurecht wird der Gesundheitsmarkt als Wachstumsmarkt charakterisiert - wegen der Alterung der Gesellschaft, des wissenschaftlich-technischen, auch diagnostischen Fortschritts. Inwieweit allerdings eine dadurch gesteigerte Nachfrage durch preissenkende Effekte von Wettbewerbsprozessen zu einer höheren Effizienz oder eben mehr Qualität führt, hängt wesentlich von den Wettbewerbsparametern ab.

Qualität kann eben vor allem durch regulative Mindestanforderungen gewährleistet werden. Insofern soll der Leistungskatalog im wesentlichen einheitlich bleiben. Folie 4 zeigt exemplarisch mögliche Gestaltungsfunktionen. Der Wettbewerb gestaltet sich sozusagen kanalisiert, insofern circa 5 Prozent des Finanzvolumens über die von der Kasse in Einzelverträgen realisierten Nettopreise für medizinische Leistungen erfasst sind. 55 Prozent der Versorgungsbereich werden für alle Kassen gemeinsam geregelt, 25 Prozent durch kassenartspezifische Leistungen.

Die vom GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz intendierten Möglichkeiten der Vereinbarung zusätzlicher ambulanter Versorgungsverträge der einzelnen Kassen würde allerdings auch die Notwendigkeit zusätzlicher Mittel bedeuten. Versorgerkassen müssten dies über einen Zusatzbeitrag, eine Prämie kompensieren. Ein Kostenträger mit vielen gesunden Versicherten würde solche Angebote kaum implementieren wollen.

Service

Auch der Service hat sich zunehmend zu einem durchaus gestaltbaren Wettbewerbsparameter entwickelt. Hier vollzieht sich gegenwärtig ein Sichtwechsel. Früher hatte mancher den Eindruck, die Versicherten würden eher verwaltet. Etwa wenn man zur „Klärung eines Sachverhalts“ einbestellt wurde. Heute steht der Service im Mittelpunkt. Die Versicherten sind zu individuellen Kunden geworden. Neben der Erledigung des aktuellen Anliegens werden ihre Wünsche professionell nachgefragt, im Kundencenter, von Marktforschern.

So stellten Marktforscher fest, dass die Versicherten hinsichtlich Kompetenz, Zuverlässigkeit und Schnelligkeit bei der Bearbeitung der Aufträge die höchsten Anforderungen stellen. Die Qualität der relativ wenigen persönlichen Kontakte spielt bei diesen Kriterien eine entscheidende Rolle, um Zufriedenheit und Kundenbindung zu erreichen. Damit besteht selten die Möglichkeit, einen Versicherten durch guten Service zu begeistern. Die Chance ist jedoch groß, ihn bei den wenigen Kontakten durch schlechten Service nachhaltig zu verärgern, so die Experten.

Service wird angesichts des stärker werdenden Wettbewerbs damit noch bedeutender, lebenswichtiger. Durchschnittlich zu sein reicht nicht, entscheidend ist, besser zu sein.

Service heißt auch jederzeit erreichbar sein, technisch modern sein. Über Internet, kostengünstige Servicetelefone oder Geschäftsstellen vor Ort. Die BARMER hat dazu bundesweit über 800 Kundencenter eingerichtet und als eines der ersten Unternehmen überhaupt die Voice-over-IP-Telefontechnologie eingeführt. Die Servicepalette wurde und wird erweitert. Dazu gehört, dass die Kassen über die „klassische“ sozialversicherungsrechtliche Themenpalette hinaus neue Themen erschließen. Am augenfälligsten: Das einstige Alleinstellungsmonopol über medizinische Fachinformation wird kassenseitig weiter aufgeweicht. Zunehmend werden Expertendienste angeboten, die bei spezifischen Problemstellungen wie Verbraucherberater oder Lotsen funktionieren. Das kann soweit reichen, dass via Internet an anstehende Untersuchungen über Remindersysteme – gegebenenfalls auch über externe Dienstleister - erinnert wird. Kassen agieren zudem als Produktvermittler wie bei den Zusatzversicherungen für Kooperationspartner.

Preis

Schließlich dreht es sich um den Preis. Wenn Versicherte die Kasse wechseln, dann nicht weil sie mit dem Service unzufrieden sind. In den meisten Fällen ist der Preis das Entscheidende. Wir erleben schon jetzt einen höheren Wettbewerbsdruck in den Ländern, wo Kassen mit einem sehr niedrigen Beitragssatz am Markt sind.

Das große Kassen-Hopping hin zu „Billigkassen“ ist in letzter Zeit zurückgegangen. Einen Zustand der Ruhe kann ich jedoch nicht erkennen. Die Menschen sind weiterhin ausgesprochen preissensibel. Kommen weitere Belastungen des Geldsäckels, wird diese Sensibilität sicherlich zu Reaktionen führen. Solche Belastungen können steuerliche Mehraufwände sein oder deutliche Unterschiede in der Höhe der künftigen Zusatzprämie.

Das Kostenmanagement der Kassen wird demnach noch intensiver als jetzt betrieben werden. Noch effizientere Strukturen müssen geschaffen werden. Permanent wird nach Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit gesucht. Wir stehen unseren Versicherten gegenüber in der Pflicht, effizient mit ihren Beiträgen umzugehen! Gegenüber Vertragspartnern aus dem Leistungsbereich bekennen wir uns zu einem gezielten Leistungsmanagement. Auch unseren Versicherten gegenüber.

Dennoch, vorausschauende Kassen werden den Abschluss von Billig-Verträgen vermeiden. Etwa der Art, dass ihre Versicherten eine weniger günstige Versorgung als die anderer Kassen erhalten. Kämen sie einmal in den Ruf, aus Kostengründen solche Abschlüsse zu tätigen, wäre die Abwanderung von Versicherten abzusehen. Wir als BARMER wollen preiswert, aber nicht billig sein. Wirtschaftlichkeit ist die Voraussetzung für attraktive Beitragssätze!

Das setzt zugleich einen gerechten Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen voraus. Dieser Ausgleich soll die unterschiedlichsten Versichertenstrukturen berücksichtigen und einen fairen Wettbewerb berücksichtigen. Es kann nicht sein, dass Versorgerkassen für Ihr Engagement für Kranke noch bestraft werden.

Wie sich ein einheitlicher, zentral festgelegter Beitragssatz fördernd auf die Wettbewerbsstärkung der Krankenkassen auswirken soll, erschliesst sich nicht sofort und bedarf sicher einer weiteren eingehenden Untersuchung.

Image

Ziel muss sein, den Versicherten das Gefühl der Geborgenheit und der Sicherheit bei ihrer Kasse zu vermitteln. Zu wissen, dass sie bei einer starken Marke versichert sind, die führend ist, Vertrauen genießt und zuverlässig ist. Die BARMER kann dazu auf Tradition bauen. Über Jahrzehnte hinweg bieten wir unseren Versicherten Sicherheit, Geborgenheit, eine Solidargemeinschaft. Darin hat sich die BARMER bewährt. Auch in den Augen der Versicherten.

Es war daneben immer eine Tradition, die mit Innovation verbunden war - mit der Gestaltung neuer Produkte. Hier gilt es Schrittmacher zu sein, zu den Besten zu gehören und das offensiv zu „verkaufen“. Man ist auf einem speziellen Gebiet „Erster“, „Marktführer“ oder, in der Selbstbeschreibung eines in Deutschlands Norden angesiedelten Mitbewerbers „die modernste und leistungsfähigste Krankenkasse“.

Die BARMER hat hier in den letzten Jahren wesentlich das Tempo vorgegeben. Als *erste* Kasse hat sich unser Unternehmen für die Einführung von Bonusprogrammen für gesundheitsbewusstes Verhalten engagiert. Als *erste* Kasse hat sie einen bundesweiten Hausarztvertrag gestartet, als *erste* in diesen Vertrag die Apotheker eingebunden. Sie war die *erste*, die Zusatzversicherungen überhaupt anbot ebenso wie spezielle Angebote für die Altersgruppe 60plus. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz bestätigt in dieser Hinsicht den frühzeitig von der BARMER eingeschlagenen Kurs – ebenso wie der Abschluss von Verträgen mit diversen Generika-Herstellern.

Das Entscheidende dabei ist aber nicht, wie viele Verträge abgeschlossen worden sind, sondern das Bewußtsein bei den Versicherten, dass solch ein Mehrwertangebot vorhanden ist. Solche Verträge und Angebote sind im Verständnis der BARMER jedenfalls keine prioritären Marketinginstrumente.

Einige Beispiele: Bei den Zusatzversicherungen sind es etwa 250.000 Verträge, die innerhalb der letzten anderthalb Jahre abgeschlossen worden sind. Dann kommen noch über 200.000 Auslandskrankenversicherungen zu. An den Bonusprogrammen nehmen 520.000 Versicherte teil. Am Hausarztprogramm sind es 1,7 Millionen Versicherte, gut 30 Prozent unserer Versicherten über 18 Jahre! Pro Jahr wird rund 150.000 Mal das Gesundheitstelefon genutzt, über 11 Millionen Mal auf das BARMER-Internetportal zugegriffen.

Als Körperschaft des öffentlichen Rechts und soziale Krankenversicherung unterliegt die BARMER strengen Vorgaben beim Verwaltungskostenbudget. Das bringt mit sich, dass nur begrenzt Werbemittel zur Verfügung stehen. Umso bemerkenswerter ist es, dass die BARMER einen hohen Stellenwert in der Markenlandschaft hat. Als einzige gesetzliche Krankenversicherung wurde sie letztes Jahr mit einem „Superbrand“ zu den Top-100-Marken gekürt.

Meine Damen und Herren, die Krankenkassen werden weiter daran arbeiten, die vier aufgezeigten Handlungsfelder konkret zu besetzen, im Wettbewerb zu bestehen. Auf

diesem Weg werden sie meines Erachtens in ihrem Handeln immer mehr anderen im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsunternehmen ähneln. Sie werden sich immer mehr von dem behördenhaft empfundenen Charakter entfernen. Sie werden zu Dienstleistungsunternehmen. Statt Aufoktroierung kommt jetzt Kundensicht: Man schaut auf die Bedürfnisse, Erwartungen und Reaktionen der Versicherten. Mit dem daraus entwickelten Profil wird das Unternehmen ausgerichtet. Danach werden die Abläufe, Arbeitsprozesse und Strukturen des Unternehmens gestaltet, neue „Produkte“, Mehrwerte“ auf den Markt gebracht. Immer eng begleitet von Controlling und unter dem wachsamen Auge zahlreicher gut justierter Kundenbarometer.

Der Aufbruch in dieses neue Kassenzeitalter geschah schon vor einer Weile. Der gedankliche, der sprachliche Wandel der Kassen war bei den großen Versorgerkassen dann vollzogen, als Versicherte zu Kunden wurden. Der eigentliche innere Umbau braucht länger. Die BARMER hat in den letzten Jahren bereits zwei große interne Reformen hinter sich. Wir haben die Arbeit von 900 auf 78 Geschäftsstellen konzentriert, ein Netz mit 800 Kundencentern aufgebaut und die Arbeit in der Zentrale neu strukturiert. Manche andere Großkasse ist damit noch voll beschäftigt.

Aus der aktuellen Sicht ist an der Neuausrichtung und -aufstellung einer großen Körperschaft des öffentlichen Rechts insbesondere in den vergangenen fünf Jahren sehr intensiv und mit Erfolg gearbeitet worden. Allerdings gilt eben auch hier: nach der Reform ist vor der Reform.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.