

Das Geschäftsmodell des selektiven Kontrahierens – Eine Analyse wertschöpfender Aktivitäten gesetzlicher Krankenkassen

Von T h o m a s N e b l i n g, Hamburg¹

Inhaltsübersicht

1. Einführung
2. Definition und Abgrenzung eines Geschäftsmodells
3. Modelle der Wertschöpfungsanalyse
4. Wertschöpfende Aktivitäten einer Krankenkasse
5. Entwicklung eines Geschäftsmodells für Krankenkassen
6. Fazit

1. Einführung

Gesetzliche Krankenkassen durchlaufen einen Wandel in der Definition ihres Selbstverständnisses. Die viel zitierte Parole „vom Payer zum Player“ dokumentiert ihre zunehmende Emanzipation. Krankenkassen wollen sich nicht länger als bloße Kostenträger und Verwalter von Zwangsbeiträgen wissen, sondern aktiv die Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten (Kunden) mitgestalten. Sie bezeichnen sich selbst als moderne Dienstleistungsunternehmen und nehmen die Herausforderung des Wettbewerbs an. Um im Wettbewerb erfolgreich zu bestehen ist eine konsequente Kundenorientierung erforderlich. D. h. alle angebotenen Dienstleistungen müssen so weit wie möglich den Bedürfnissen und Präferenzen der Kunden Rechnung tragen, und zwar besser als die Konkurrenz das tut. Dies insbesondere dann, wenn die Kunden leicht zu einem anderen Wettbewerber wechseln können, so wie es auch in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der Fall ist. In der Literatur werden Mitgliederwachstum und damit einhergehend die Erhöhung des Marktanteils als zentrales unternehmenspolitisches Ziel einer Krankenkasse genannt.² Empirische Untersuchungen kommen zum gleichen Ergebnis. Bei einer im Jahr 2000 durchgeführten Befra-

¹ Thomas Nebling, Techniker Krankenkasse, Hamburg.

² Vgl. Curtius, B. (1999), S. 1 f., Okoniewski, U. (2000), S. 10 und Haenecke, H. (2001), S. 168.

gung von Krankenkassenmanagern zu den von ihnen verfolgten Zielen wurde die Erhöhung der Kassengröße (neben einem niedrigen Beitragssatz) mit deutlichem Abstand am häufigsten genannt.³ Vor diesem Hintergrund müssen sich auch Krankenkassen damit auseinandersetzen, mit welchen Tätigkeiten sie für ihre Kunden einen Wert schaffen, um diese zu binden und neue zu gewinnen.

Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, einen analytischen Rahmen zu entwickeln, welcher sich zur Beschreibung der Wertschöpfungsaktivitäten einer Krankenkasse eignet. Dies ist die Grundlage zur Aufdeckung relevanter Wettbewerbsvor- und nachteile bzw. unternehmensinterner Stärken und Schwächen. Nach einer Definition des Begriffs des Geschäftsmodells in Abschnitt 2, gilt es zunächst in Abschnitt 3 ein geeignetes Analyseinstrument zu identifizieren, bevor dann in Abschnitt 4 die wertschöpfenden Aktivitäten einer Krankenkasse detailliert untersucht werden. Darauf aufbauend widmet sich Abschnitt 5 anschließend mit der Entwicklung des «Geschäftsmodells des selektiven Kontrahierens». Wie diese Bezeichnung deutlich macht, erfolgen sämtliche Überlegungen in diesem Beitrag vor dem Hintergrund selektiven Kontrahierens, so wie es derzeit im Rahmen der Integrierten Versorgung möglich ist. Selektives Kontrahieren bedeutet, dass eine einzelne Krankenkasse eigenständig und individuell mit ausgewählten Leistungserbringern Versorgungsverträge abschließt. Während selektives Kontrahieren in vielen Abhandlungen eher aus Systemsicht untersucht wird, steht hier eine kassenindividuelle, betriebswirtschaftliche Sichtweise im Vordergrund. Dieser Beitrag endet mit einem Fazit in Abschnitt 6.

2. Definition und Abgrenzung eines Geschäftsmodells

Nach *Amit* und *Zott* lässt sich der Begriff des Geschäftsmodells wie folgt von einem Erlösmodell abgrenzen: „A business model depicts the content, structure, and governance of transactions designed so as to create value through the exploitation of business opportunities.“⁴ Ein Geschäftsmodell beschreibt also den Inhalt, die Struktur und die Steuerung von Transaktionen derart, dass deutlich wird, wie Werte unter der Ausnutzung von Geschäftsmöglichkeiten geschaffen werden können. „A revenue model refers to the specific modes in which a business model enables revenue generation.“⁵ Ein Erlösmodell bezieht sich hingegen auf die spezifische Art und Weise, wie ein Geschäftsmodell Erlöse generiert. *Stähler* nennt verschiedene Bestandteile eines Geschäftsmodells. Die sog. «Value Proposition» beschreibt welchen Nutzen bzw. welchen Wert ein Geschäftsmodell für die

³ Vgl. *Haenecke, H.* (2001), S. 176 f.

⁴ *Amit, R. / Zott, C.* (2001), S. 511.

⁵ *Amit, R. / Zott, C.* (2001), S. 515.

Anspruchsgruppen eines Unternehmens generiert. Ein Geschäftsmodell definiert sich somit einerseits über die Art des Nutzens und das Ausmaß der Bedürfnisbefriedigung beim Kunden. Andererseits stehen auch die am Wertschöpfungsprozess beteiligten Geschäftspartner im Fokus. Die Value Proposition gibt somit auch den Nutzen an, der die Wertschöpfungspartner zur Teilnahme am Geschäftsmodell bewegt.⁶ Einen weiteren Baustein stellt die «Architektur der Leistungserstellung» dar. Diese beschreibt, wie ein bestimmter Nutzen bzw. ein bestimmter Wert geschaffen wird. Hierzu gehören u. a. die Festlegung der Wertschöpfungsstufen sowie die Koordination aller interner und externer Akteure, die am Wertschöpfungsprozess beteiligt sind.⁷ Zusammenfassend lässt sich ein Geschäftsmodell als einen Plan beschreiben, der angibt, *welche* Werte für *welche* Anspruchsgruppen *wie* geschaffen werden.

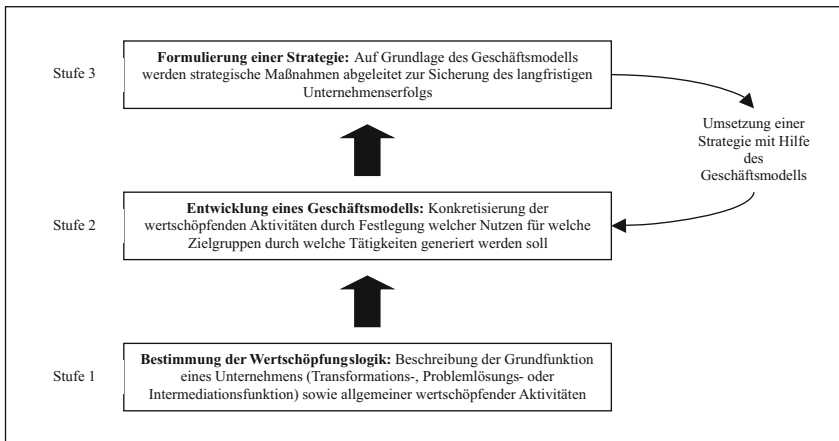


Abbildung 1: Einordnung eines Geschäftsmodells im Unternehmensmanagement

Bei einem Geschäftsmodell handelt es sich noch nicht um eine Strategie, sondern vielmehr um eine Basis auf deren Grundlage anschließend Strategien entwickelt werden können (Abbildung 1).⁸ Geschäftsmodelle können als Bindeglied zwischen strategischem Management und operativen Tagesgeschäft gesehen werden.⁹

⁶ Vgl. Stähler, P. (2001), S. 41 – 43.

⁷ Vgl. Stähler, P. (2001), S. 41.

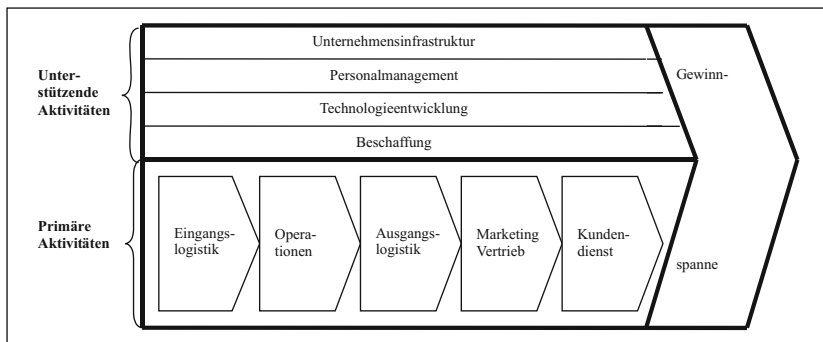
⁸ Vgl. Stähler, P. (2001), S. 48 f.

⁹ Vgl. Mummert Consulting / F.A.Z.-Institut (2004), S. 4.

3. Modelle der Wertschöpfungsanalyse

3.1 Wertkette nach Porter

Jedem Ökonom dürfte das Modell der Wertkette von *Porter* bekannt sein. Dieses Analyseinstrument wird in nahezu jedem Management-Lehrbuch thematisiert. Mit Hilfe der Wertkette wird ein Unternehmen in strategisch relevante Tätigkeiten gegliedert.¹⁰ *Porter* unterscheidet dabei primäre und unterstützende Aktivitäten. Zu den primären Aktivitäten gehören hier Eingangslogistik, Operationen, Ausgangslogistik, Marketing/Vertrieb und Kundendienst. Die unterstützenden Aktivitäten, bestehend aus Beschaffung, Technologieentwicklung, Personalmanagement und Unternehmensinfrastruktur, sorgen für die Aufrechterhaltung der primären Aktivitäten.¹¹ Die Wertkette beschreibt Wertschöpfungsaktivitäten, welche durch eine Transformationsfunktion gekennzeichnet sind. Die einzelnen primären Aktivitäten laufen hier sequenziell ab (Abbildung 2). Im Mittelpunkt steht die Transformation von Produktionsfaktoren in Güter und Dienstleistungen.¹²



Quelle: Porter, M. E. (2000), S. 66.

Abbildung 2: Wertkette nach Porter

Die Wertkette ist somit ein probates Instrument zur Erklärung von traditionellen Produktions- und Industriebetrieben, stößt jedoch bei vielen Dienstleistungsunternehmen schnell an ihre Grenzen. Ursache hierfür ist eine fundamental andere Wertschöpfungslogik dieser Unternehmen. Anstelle einer Transformationsfunktion, erfüllen diese eine Problemlösungs- oder Intermediationsfunktion.¹³ Eine Krankenkasse ist kein typisches Pro-

¹⁰ Vgl. Porter, M. E. (2000), S. 63.

¹¹ Vgl. Porter, M. E. (2000), S. 69 – 75.

¹² Vgl. Woratschek, H. / Roth, S. / Pastowski, S. (2002), S. 59 f.

¹³ Vgl. Woratschek, H. / Roth, S. / Pastowski, S. (2002), S. 60.

duktionsunternehmen. Ihre wesentliche Aufgabe, die Absicherung des Krankheitsrisikos durch Finanzierung und Bereitstellung medizinischer Leistungen, ist nicht durch eine Transformation physischer Inputs in Outputs beschreibbar. *Stabell* und *Fjeldstad* haben weitere Modelle zur Erklärung wertschöpfender Unternehmenstätigkeiten herausgearbeitet.¹⁴ Das von ihnen entwickelte Modell des Wertnetzwerks soll für den weiteren Verlauf dieser Arbeit als theoretisches Fundament dienen.

3.2 Wertnetzwerk nach *Stabell* und *Fjeldstad*

Das Wertnetzwerk unterscheidet sich von der Wertkette in der Darstellung der primären Aktivitäten. Die Kategorien der unterstützenden Aktivitäten sind hingegen in beiden Modellen identisch.¹⁵ Bei einem Wertnetzwerk erfolgt die Wertschöpfung dadurch, dass die direkte oder indirekte Kontaktaufnahme zwischen verschiedenen Akteuren (Konsumenten, Unternehmen, Organisationen etc.) organisiert und ermöglicht wird. Das Wertnetzwerk erfüllt somit eine Intermediationsfunktion. Dabei ist es nicht zwingend notwendig, Kontakte tatsächlich zu vermitteln. Vielmehr kann allein durch die Möglichkeit, im Bedarfsfall einen nutzenstiftenden Kontakt aufnehmen zu können, bereits ein Wert für den Kunden des Netzwerkbetreibers generiert werden.¹⁶ Die vermittelten Kontakte können unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen. Je nach Eingriffsintensität in die Beziehungen der Netzwerkteilnehmer können die reine Kontakthanbahnung, die Vertragsvermittlung sowie die Vertriebsübernahme unterschieden werden.¹⁷ Insgesamt umfasst das Wertnetzwerk drei Kategorien primärer Aktivitäten (Abbildung 3):¹⁸

- (1) Netzwerkpromotion (Aktivitäten der Selektion und Akquisition von Netzwerkteilnehmern sowie der Vertragsgestaltung und Festlegung der Teilnahmebedingungen)
- (2) Netzwerkservices (Aktivitäten der Herstellung, Unterhaltung und Beendigung von Kontakten sowie der Abrechnung in Anspruch genommener Leistungen der Netzwerkteilnehmer)
- (3) Netzwerkinfrastruktur (Aktivitäten der Aufrechterhaltung, Verbesserung und Erweiterung der Netzwerkinfrastruktur)

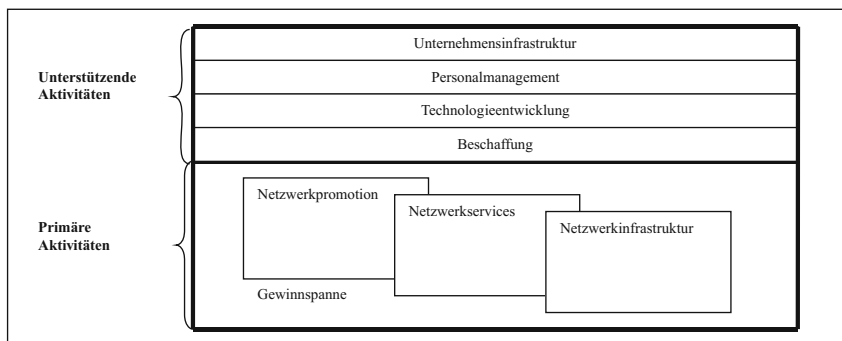
¹⁴ Vgl. *Stabell, C. B. / Fjeldstad, Ø. D.* (1998).

¹⁵ Vgl. *Stabell, C. B. / Fjeldstad, Ø. D.* (1998), S. 418.

¹⁶ Vgl. *Stabell, C. B. / Fjeldstad, Ø. D.* (1998), S. 427 f.

¹⁷ Vgl. *Woratschek, H. / Roth, S. / Pastowski, S.* (2002), S. 61.

¹⁸ Vgl. *Stabell, C. B. / Fjeldstad, Ø. D.* (1998), S. 429.



Quelle: Stabell, C. B. / Fjeldstad, Ø. D. (1998), S. 430.

Abbildung 3: Wertnetzwerk nach Stabell und Fjeldstad

Die Ausführung der primären Aktivitäten erfolgt hier simultan. Zu den typischen Unternehmen, deren Wertschöpfungslogik sich durch ein Wertnetzwerk abbilden lässt, zählen neben Telekommunikationsunternehmen, Postdiensten, Reisebüros und Banken auch Versicherungsunternehmen.¹⁹ Krankenkassen können als Krankenversicherungsunternehmen in die Kategorie der Intermediäre eingeordnet werden.²⁰ So kann eine Krankenkasse als Netzwerk angesehen werden, welches einen Wert dadurch schafft, dass einerseits indirekte Kontakte zwischen den Versicherten ermöglicht werden. Hierbei handelt es sich um die Umverteilung von Versicherten ohne Leistungsausgaben zu solchen mit Leistungsausgaben wie bei jeder anderen Versicherung auch. Weiterhin werden auch direkte Kontakte zwischen Patienten und Leistungserbringern organisiert. Nachfolgend sei die Wertschöpfungslogik einer Krankenkasse einer ausführlichen Betrachtung unterzogen, wobei die Kontaktvermittlung zwischen Patienten und Leistungserbringer im Vordergrund steht.

4. Wertschöpfende Aktivitäten einer Krankenkasse

4.1 Primäre Aktivitäten

4.1.1 Netzwerkpromotion

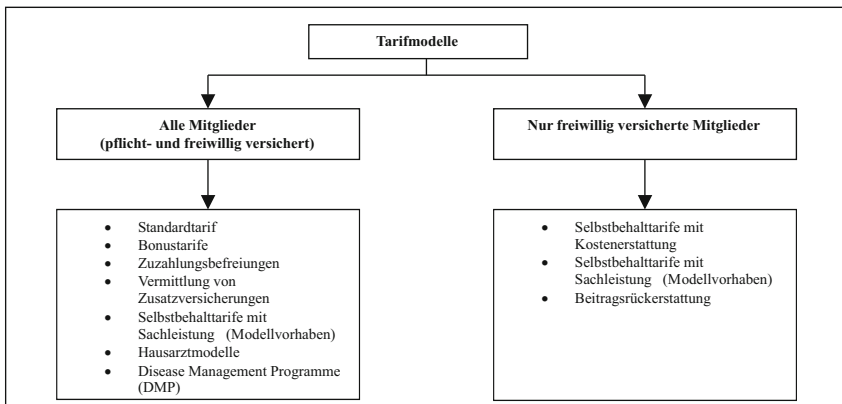
Die Teilnehmer am Netzwerk «Krankenkasse» lassen sich in zwei Gruppen aufteilen: auf der einen Seite die Gruppe der Versicherten bzw. Patienten²¹ und auf der anderen Seite die Gruppe der Leistungserbringer. Die Ak-

¹⁹ Vgl. Stabell, C. B. / Fjeldstad, Ø. D. (1998), S. 414 und 427.

²⁰ Vgl. Breyer, F. et al. (2001), S. 164.

²¹ Die Begriffe «Versicherte» und «Patienten» werden nachfolgend synonym verwendet.

tivitäten zur Anwerbung neuer Mitglieder sind Aufgaben des Vertriebs, welcher durch die Marketing-Abteilung unterstützt werden sollte. Hinsichtlich der Akquisition von neuen Versicherten kann eine Krankenkasse auf verschiedene Distributionsorgane zurückgreifen. Hierzu gehören die Kundenberater in den Betreuungs- und Geschäftsstellen, die Außendienstmitarbeiter, ehrenamtliche Berater sowie teilweise auch Arbeitgeber. In der Regel dürften dabei die Außendienstmitarbeiter sowie die ehrenamtlichen Berater den Schwerpunkt bei der Neukundenakquisition darstellen.²² Die Kontrahierungspolitik eines Unternehmens umfasst sämtliche Maßnahmen, welche den Preis für eine Leistung, eventuelle Rabatte sowie Lieferungs-, Zahlungs- und Kreditierungsbedingungen bestimmen.²³ Zur Gestaltung ihrer Preispolitik stehen einer Krankenkasse inzwischen verschiedene Instrumente bzw. Tarifmodelle zur Verfügung (Abbildung 4).



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schlösser, R. / Schreyögg, J. (2005), S. 333.

Abbildung 4: Instrumente der Preispolitik

Die Tarifmodelle können danach unterschieden werden, ob sie allen Mitgliedern (pflicht- und freiwillig versichert) oder nur den freiwillig versicherten Mitgliedern angeboten werden können. Letztere haben eine größere Auswahlfreiheit. Das SGB V regelt grundsätzlich sämtliche Konditionen zur Teilnahme der Versicherten am Netzwerk einer Krankenkasse im Standardtarif, wie z. B. die Voraussetzungen und mögliche Arten von Versicherungsverhältnissen, den Kontrahierungszwang, die Kündigungsfristen sowie die Höhe und Berechnung der Beiträge (Abbildung 5). Ebenfalls ist ein Ausschluss nur unter wenigen Umständen möglich, etwa im Falle eines

²² Vgl. Fröck, M. (2004), S. 139 f.

²³ Vgl. Meffert, H. (2000), S. 482.

schwerwiegenden Zahlungsverzugs bei freiwillig Versicherten. Insbesondere der Kontrahierungszwang, also die Pflicht einer Krankenkasse jeden Antragsteller zu versichern, der die gesetzlichen Anforderungen erfüllt, schränkt die Selektion der Netzwerkteilnehmer stark ein.²⁴

Rechtsquelle im SGB V	Inhalt	Rechtsquelle im SGB V	Inhalt
§ 5	Versicherungspflicht	§§ 186 ff.	Beginn und Ende der Mitgliedschaft
§§ 6, 9	freiwillige Versicherung	§§ 226 ff.	beitragspflichtige Einnahmen
§ 10	Familienversicherung	§§ 241 ff.	Beitragssätze
§ 175 Abs. 1	Kontrahierungszwang	§§ 249 ff.	Tragung der Beiträge
§ 175 Abs. 4	Kündigungsfristen	§§ 252 ff.	Beitragszahlung

Abbildung 5: Relevante Rechtsquellen für die Netzwerkteilnahme der Versicherten

Eine Krankenkasse kann ihren Versicherten, welche regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten oder qualitätsgesicherte Leistungen zur primären Prävention in Anspruch nehmen, einen Bonus gewähren. Nehmen Versicherte an einem Hausarztmodell (hausarztzentrierte Versorgung) oder einem DMP (strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch Kranke) teil, können diese eine Ermäßigung von Zuzahlungen oder des Beitrags erhalten (§ 65a Abs. 1 und 2 SGB V). Darüber hinaus kann allen Versicherten für die weitere Dauer eines Kalenderjahres eine Befreiung von den Zuzahlungen gewährt werden, sofern die bisher geleisteten Zuzahlungen die individuelle Belastungsgrenze in Höhe von 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen (1% bei chronisch Kranken) erreicht (§ 62 Abs. 1 SGB V). Zur Ergänzung des Leistungsumfangs im Standardtarif können Krankenkassen Zusatzversicherungen von privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln (§ 194 Abs. 1a SGB V). Im Rahmen eines Selbstbehalttarifs kann eine Krankenkasse ihren Versicherten einen Bonus auszahlen. Im Gegenzug müssen sich die Versicherten dazu bereit erklären die Kosten für im Voraus definierte Leistungen bis zu einer ebenfalls im Voraus vereinbarten Obergrenze selbst zu tragen. In der GKV existieren Selbstbehalttarife auf Basis des Sachleistungsprinzips, die sowohl von pflicht- als auch von freiwillig versicherten Mitgliedern gewählt werden können, und solche, die nur freiwillig versicherten Mitgliedern offen stehen. Mit wenigen Ausnahmen

²⁴ Auf sozialpolitische Aspekte des Kontrahierungszwangs wird hier nicht näher eingegangen.

bieten fasst alle Ortskrankenkassen einen Selbstbehalttarif für alle ihre Mitglieder an, während das Pionier-Modell der Techniker Krankenkasse, auf Druck des Bundesgesundheitsministeriums, auf den Personenkreis der freiwillig versicherten Mitglieder beschränkt werden musste. Während diese Selbstbehalttarife auf Basis des Sachleistungsprinzips als Modellvorhaben etabliert sind, sieht das Gesetz auch «reguläre» Selbstbehalttarife vor. Demnach können Krankenkassen ihren freiwillig versicherten Mitgliedern einen Selbstbehalttarif anbieten, sofern diese das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 SGB V gewählt haben (§ 53 SGB V). Diesem Personenkreis kann auch alternativ oder ergänzend eine Beitragsrückerstattung gewährt werden. Voraussetzung hierfür ist, dass in einem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch genommen wurden (§ 54 SGB V).

Die Aktivitäten zur Akquirierung von Leistungserbringern sind Aufgabe des Vertragsmanagements, welches ebenfalls durch die Marketing-Abteilung unterstützt werden sollte. Die Gestaltung des Zugangs für die Gruppe der Leistungserbringer ist für den Bereich kollektiver Verträge durch eine einzelne Krankenkasse nicht beeinflussbar. Anders jedoch vor dem Hintergrund selektiven Kontrahierens, welcher dieser Arbeit zugrunde liegt. Mit den Regelungen der §§ 140a ff. SGB V ist es einer einzelnen Krankenkasse möglich direkt mit einzelnen oder einer Gruppe von Leistungserbringern Verträge zur Integrierten Versorgung auszuhandeln und abzuschließen.²⁵ In diesen Verträgen können die Vertragspartner jeweils das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen ihrer Inanspruchnahme sowie die Vergütungen festlegen. In der Auswahl ihrer Vertragspartner sind die Krankenkassen eingeschränkt. So dürfen solche Verträge u. a. nur mit zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten oder Trägern zugelassener Krankenhäuser geschlossen werden. Auch hier ist ein Einsatz kontrahierungspolitischer Instrumente möglich. Diese werden in Abschnitt 3.1.3 näher beschrieben.

Die Zusammensetzung der Netzwerkteilnehmer stellt einen wesentlichen wertschöpfenden Aspekt dar. Hierbei sind quantitative und qualitative Aspekte gleichermaßen zu berücksichtigen.²⁶ Um für die Gruppe der Versicherten einen hohen Wert zu generieren, bedarf es einer ausreichenden Anzahl von zur Verfügung stehenden Leistungserbringern. Wird diese Auswahl für die Patienten zu stark eingeschränkt, verliert das Angebot der Krankenkasse für die Versicherten an Attraktivität.²⁷ Gleiches gilt für die Qualität der am Netzwerk der Krankenkasse teilnehmenden Leistungserbringer. Erreichen diese nicht ein hohes Qualitätsniveau, welches die Erwartungen der zunehmend emanzipierten Patienten mindestens zufrieden

²⁵ Vgl. Korenke, T. (2001), S. 268 f.

²⁶ Vgl. Stabell, C. B. / Fjeldstad, Ø. D. (1998), S. 431.

²⁷ Vgl. Richard, S. (2001), S. 11.

stellt, wenn nicht sogar übertrifft, wird es der Krankenkasse schwer fallen, ihre Versicherten langfristig zu binden.²⁸ Ferner dürfte die Attraktivität für Leistungserbringer umso mehr steigen, je mehr Versicherte und damit potenzielle Patienten eine Krankenkasse vorzuweisen hat, da hiermit entsprechende Erlösmöglichkeiten sowie hohe Auslastungsgrade verbunden sind.²⁹

Grundsätzlich erhöht sich mit jeder Hinzufügung eines neuen Teilnehmers der Wert eines Netzwerks für alle Netzwerkteilnehmer.³⁰ Hierbei sind jedoch zwei Restriktionen zu beachten. Zum einen kann es je nach Art des Wertnetzes eine kritische Menge von Teilnehmern geben, bei deren Überschreitung der Wert des Netzes wieder abnimmt.³¹ Zum anderen ist die Aufnahme weiterer Netzwerknutzer nur dann sinnvoll, wenn sich diese als mit den anderen Nutzern kompatibel erweisen.³² Durch die Integration weiterer Leistungserbringer in das Netzwerk einer Krankenkasse erhöht sich die Auswahlmöglichkeit der Versicherten sowie die Absatzmöglichkeit der neuen Leistungserbringer, was zunächst eine Wertsteigerung für beide Gruppen vermuten lässt. Die Anzahl der insgesamt in einem Krankenkassennetzwerk vereinten Leistungserbringer muss sich am Bedarf der Versicherten orientieren. Sind zu viele Leistungserbringer vorhanden, besteht die Gefahr, dass einzelne von ihnen nicht die angestrebte Auslastung erfahren. Können diese Vertragspartner daher nur wenige Behandlungen für die Versicherten einer Krankenkasse erbringen, sinkt aus ihrer Sicht der Wert des Netzwerks.

Wesentliche Merkmale eines Wertnetzwerkes, wie Qualität und Reputation sind im besonderen Maße abhängig von den Merkmalen der Netzwerkteilnehmer. Sind in einem Netzwerk Akteure mit hoher Reputation vereinigt, so kann ein Reputationstransfer von den Netzwerkteilnehmern auf den Intermediär erfolgen. Dieser hat folglich bei der Auswahl der Netzwerknutzer auf deren Qualität und Kompatibilität zu achten. Netzwerke mit einem hohen Ansehen können damit wiederum neue attraktive Netzwerkteilnehmer akquirieren.³³ Zur Kompatibilität der zu kontrahierenden Vertragspartner gehört die Erfüllung bestimmter Voraussetzungen, wie bei-

²⁸ Vgl. *Korenke, T.* (2001), S. 272. So widerspricht auch beispielsweise der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbands, Dr. Hans Jürgen Ahrens, der Befürchtung, selektives Kontrahieren ginge zulasten der medizinischen Versorgungsqualität: „Die Sorge, das wären dann alles Billigverträge, ist völlig falsch. Denn wenn wir als AOK beispielsweise einmal den Ruf bekämen, aus Kostengründen Billigverträge abzuschließen, hätten wir ganz schnell keine Versicherten mehr.“ Vgl. *Flintrop, J. / Rieser, S.* (2006), S. A226.

²⁹ Vgl. *Hildebrandt, H. / Hesselmann, H.* (2000), S. 134.

³⁰ Vgl. *Katz, M. L. / Shapiro, C.* (1985) und *Bental, B. / Spiegel, M.* (1995).

³¹ Dies ist z. B. bei Sportligen der Fall. Vgl. *Woratschek, H.* (2003), S. 23.

³² Vgl. *Stabel, C. B. / Fjeldstad, Ø. D.* (1998), S. 428.

³³ Vgl. *Chu, W. / Chu, W.* (1994), S. 178 und 187 sowie *Woratschek, H. / Roth, S. / Pastowski, S.* (2002), S. 68.

spielsweise das Qualitätsniveau der Leistungserstellung. Diese werden im Rahmen der Netzwerkinfrastruktur (Anschnitt 3.1.3) erneut aufgegriffen.

4.1.2 Netzwerkservices

Zu den Netzwerkservices zählen alle Aktivitäten zur Herstellung, Unterhaltung und Beendigung von Kontakten zwischen den Teilnehmern sowie die Abrechnung in Anspruch genommener Leistungen. Hier ist in erster Linie die Beratung der Versicherten zu nennen, die von den Kundenberatern der Krankenkasse alle relevanten Informationen über die zur Verfügung stehenden Leistungen erhalten. Die entsprechenden Auskünfte beinhalten die Nennung von zur Verfügung stehenden und geeigneten Vertragspartnern, deren besonderen Eigenschaften (Ausstattungs- und Qualitätsmerkmale), vertraglich geregelte besondere (Service)Leistungen, Ansprechpartner, Voraussetzungen und Prozedere der Leistungsanspruchnahme etc. Diese Informationen können persönlich, schriftlich, telefonisch, per E-Mail oder im Internet zur Verfügung gestellt werden. Für die Herstellung bzw. Unterhaltung eines Kontaktes sind ferner Kostenübernahmezusagen zu nennen, die entweder gegenüber dem Versicherten oder direkt gegenüber dem Leistungserbringer erklärt werden können.

Anders als z. B. bei Telekommunikationsdiensten, können hier die Netzwerkservices nicht einzeln und direkt den Versicherten in Rechnung gestellt werden.³⁴ Vielmehr erfolgt die Finanzierung der Beratungsleistungen (Verwaltungskosten) mit über die Mitgliedsbeiträge, womit sämtliche medizinische und nicht-medizinische Leistungen für die Versicherten abgedeckt sind.³⁵ Weitere Beratungsleistungen beziehen sich auf die Art und Weise der Ausgestaltung eines Versicherungsverhältnisses, einschließlich der Berechnung und des Einzugs der Beiträge. Hier ist auch der Beitragseinzug von den Arbeitgebern der beschäftigten Mitglieder zu nennen. Mit Blick auf die Leistungserbringer gehören zu den Netzwerkservices weiterhin sämtliche Aktivitäten des schriftlichen und elektronischen Datenaustausches (z. B. Aufnahme- und Entlassungsanzeigen, Kostenübernahmezusagen und Verlängerungsanträge im stationären Bereich) sowie die Zahlung der Vergütung für die erbrachten Leistungen.

³⁴ Dem steht allein schon die allgemeine Aufklärungs-, Beratungs- und Auskunftspflicht nach den §§ 13, 14 und 15 SGB I entgegen. Betreffend der Integrierten Versorgung hat der Gesetzgeber weiterhin in § 140a Abs. 3 SGB V den Versicherten ein umfassendes Informationsrecht eingeräumt.

³⁵ Mit Ausnahme von gesetzlichen Zuzahlungen bzw. Eigenbeteiligungen und im Falle von freiwilligen Selbstbehalttarifen.

4.1.3 Netzwerkinfrastruktur

Die Netzwerkinfrastruktur kann grundsätzlich physischer, virtueller und informeller Natur sein.³⁶ Die physische Netzwerkinfrastruktur besteht aus den Geschäfts- und Betreuungsstellen.³⁷ Hierzu können ebenfalls die Vertriebsmitarbeiter im Außendienst sowie die von einigen Krankenkassen vorgehaltenen Landesvertretungen gezählt werden. Ein weiteres Element stellen Call-Center und die dort zum Einsatz kommenden Telefonanlagen dar, sowie auch spezielle medizinische Call-Center zur Beratung der Versicherten in medizinischen Fragen. Die virtuelle Infrastruktur besteht aus dem allgemeinen Internetangebot, geschützten Mitgliederbereichen, E-Mail-Software, der gesamten internen Informationstechnologie zur Betreuung von Versicherten und Bearbeitung von Leistungsfällen sowie den elektronischen Datenleitungen zu den Leistungserbringern und Arbeitgebern.

Die Gestaltung der Rahmenbedingungen der Kontaktaufnahme ist ebenfalls Bestandteil der Netzwerkinfrastruktur. Hierzu sind entsprechende Standards zu erstellen. In der Fußball-Bundesliga bestehen solche Standards z. B. aus den Spielregeln, den Regeln des Auf- und Abstiegs oder den Regeln für das Sperren von Spielern bei regelwidrigem Verhalten.³⁸ Die Netzwerkstandards einer Krankenkasse bestehen demnach aus den Regeln der Inanspruchnahme von Leistungen. Hierzu gehört die Festlegung, welche Versicherte unter welchen Voraussetzungen von welchen Leistungserbringern behandelt werden können, sowie die vertraglich vereinbarten Behandlungsmethoden und die Höhe der Vergütung der Leistungserbringer. Dies beinhaltet die Festlegung von Standards hinsichtlich sog. Managed-Care-Instrumente. Managed Care beschreibt die Einflussnahme auf einzelne Leistungserbringer durch die einzelne Krankenkasse. Zu diesen Steuerungsinstrumenten gehören u. a. Kriterien für die Auswahl von Leistungserbringern, Honorierungssysteme und Qualitätssicherungsmaßnahmen.³⁹

Hinsichtlich der Vergütung ihrer Leistungserbringer stehen einer Krankenkasse verschiedene Honorierungsverfahren zur Auswahl. Neben einer Einzelleistungsvergütung und Tagespflegesätzen sind dies weiterhin u. a. Fall-, Kopf- und Komplexpauschalen. Bei der Fallpauschale erhält der Leistungserbringer für jeden behandelten Fall eine im Voraus festgelegte pauschale Vergütung. Diese kann nach Diagnose, Krankheitsschwere, Alter, Geschlecht etc. differenziert werden. Im Falle der Kopfpauschale verpflichtet sich der Leistungserbringer zur Behandlung einer im Voraus definierten Anzahl von Versicherten. Unabhängig von der tatsächlichen Anzahl an Patienten und Behandlungsfällen erhält der Leistungserbringer für jeden po-

³⁶ Vgl. Woratschek, H. / Schafmeister, G. (2005), S. 41.

³⁷ Vgl. Stabell, C. B. / Fjeldstad, Ø. D. (1998), S. 429.

³⁸ Vgl. Woratschek, H. (2003), S. 24.

³⁹ Vgl. Oberender, P. / Ecker, T. (2001), S. 38 f.

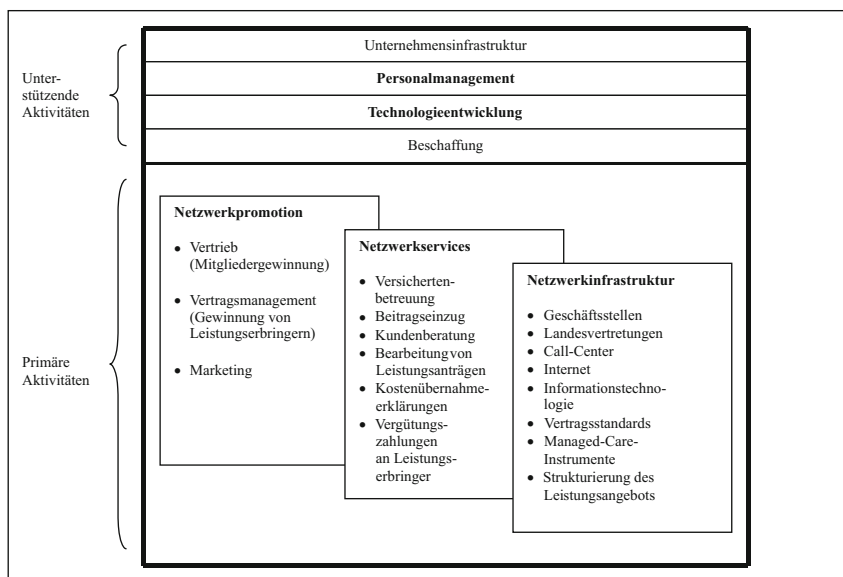
tenziellen Patienten im Voraus eine pauschale Vergütung, mit der sämtliche Leistungen für eine bestimmte Periode abgegolten sind. Auch hier sind Differenzierungen möglich. Bei Komplexpauschalen werden bestimmte Einzelleistungen zu Leistungsbündel (Komplexe) zusammengefasst und pauschal vergütet.⁴⁰

Zur Sicherung der Versorgungsqualität kann sich eine Krankenkasse an verschiedenen Indikatoren orientieren. Qualitätsindikatoren können z. B. sein: Personalschlüssel, technische Ausstattung, Leitlinien, Qualitätszirkel, Heilungsquoten, Mindestmengen, Zertifizierungen, Garantien etc. Qualität ist letztlich immer subjektiv.⁴¹ Von daher muss jede Krankenkasse für sich selbst festlegen, was für sie (auch im Sinne ihrer Versicherten) als gute Qualität gelten soll. Hierbei sind das Know-how und die Kompetenz des Managements gefragt. Global gesehen mag hinsichtlich der Qualität in der Gesundheitsversorgung in Deutschland noch ein relativ hohes Maß an Intransparenz gegeben sein. Anders ist die Situation jedoch zu beurteilen, wenn sich konkret eine Krankenkasse und ein Leistungserbringer gegenüberstehen. So kann die Krankenkasse die für sie relevanten Qualitätsindikatoren in einem Dialog zur Vorbereitung von Vertragsverhandlungen abfragen. Beispielsweise können sich die Vertreter der Krankenkasse erläutern lassen, wie ein Krankenhaus die Fort- und Weiterbildung ihrer Ärzte und Pflegekräfte organisiert, wie viel Personal pro bestimmter Anzahl Patienten permanent auf einer Station im Einsatz ist oder wie sich das zum Einsatz kommende Qualitätsmanagement-System gestaltet. Gleiches gilt für die medizinisch-technische Ausstattung, die im Rahmen einer Begehung vorgestellt werden kann. Welche Leitlinien wie zum Einsatz kommen und wie es um die Heilungs-, Komplikations- bzw. Sterbequoten bestellt ist kann ebenfalls bei Bedarf abgefragt werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass Leistungserbringer mit einem ernsthaften Interesse an einem Vertrag, diese Daten gegenüber der Krankenkasse preisgeben (sog. „Signaling“ zum Abbau von Qualitätsunsicherheit), um damit die Chancen auf einen Vertragsabschluss mit für sie möglichst günstigen Konditionen zu erhöhen.

Ferner muss auch entschieden werden, wie einzelne Leistungserbringer in das Netzwerk der Krankenkasse eingebunden und deren Leistungsangebote strukturiert werden sollen. Niedergelassene Arztpraxen, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Apotheken bzw. Pharmahersteller, Sanitätshäuser und weitere Anbieter medizinischer Leistungen müssen mittels Einzel- oder Gruppenverträge kontrahiert und im Netzwerk untereinander sowie mit den Patienten koordiniert werden.

⁴⁰ Vgl. *Amelung, V. E. / Schumacher, H.* (2000), S. 77.

⁴¹ Vgl. *Viethen, G.* (1995), S. 10 und *Woratschek, H.* (2004), S. 77. Für die Subjektivität des Qualitätsbegriffs spricht auch die Tatsache, dass es keine einheitliche Definition gibt. Vgl. hierzu die Definitionsvielfalt bei *Malorny, C. / Kassebohm, K.* (1994), S. 67.



Quelle: In Anlehnung an Stabell, C. B. / Fjeldstad, Ø. D. (1998), S. 430.

Abbildung 6: Wertnetzwerk einer Krankenkasse

Abbildung 6 fasst die einzelnen wertschöpfenden Aktivitäten einer Krankenkasse zusammen. Das Überlappen der Felder für die primären Aktivitäten (Netzwerkpromotion, Netzwerkservices und Netzwerkinfrastruktur) symbolisiert die Simultanität mit der die primären Aktivitäten ablaufen. Die hervorgehobenen unterstützenden Aktivitäten Technologieentwicklung und Personalmanagement werden im nachfolgenden Abschnitt 4.2 behandelt.

4.2 Unterstützende Aktivitäten

4.2.1 Technologieentwicklung

Als unterstützende Aktivität wird in Wertnetzwerken die Technologieentwicklung besonders hervorgehoben. Hierbei lassen sich die Entwicklung der Netzwerkinfrastruktur und der Entwicklung von neuen Serviceleistungen unterscheiden.⁴² Bezogen auf die physische Infrastruktur ist hier beispielsweise an die (Re-)Strukturierung der Aufbau- und Ablauforganisation zu denken.⁴³ Zur Aufrechterhaltung der virtuellen Infrastruktur müssen

⁴² Vgl. Stabell, C. B. / Fjeldstad, Ø. D. (1998), S. 430.

⁴³ Ein aktuelles Beispiel hierfür ist die Techniker Krankenkasse, die jüngst ihre gesamte Unternehmensstruktur reformiert hat. Vgl. o. V. (2005).

Anwendungsprogramme entwickelt, implementiert, gewartet und kontinuierlich verbessert werden. Gleiches gilt z. B. hinsichtlich des Aufbaus und der Pflege eines geschützten Mitgliederbereichs im Internetauftritt der Krankenkasse. Die Versicherten erhalten hier die Möglichkeit ihre persönlichen Daten zu aktualisieren sowie Bescheinigungen und Formulare herunter zu laden. Das IT-System einer Krankenkasse stellt einen wichtigen Wettbewerbsparameter dar. Eine adäquate technologische Infrastruktur ist Voraussetzung zur Gestaltung kundenorientierter, effektiver und effizienter Geschäftsprozesse.⁴⁴ Weiterhin können Datenanalysen mit einem Data Warehouse dabei helfen neue Versorgungsformen zu entwickeln. So nutzt etwa die Techniker Krankenkasse ihr Data Warehouse um die optimalen Kureinrichtungen für ihre Versicherten auszuwählen.⁴⁵

Die Entwicklung entsprechender Serviceleistungen unterstützt die Versicherten bei der Kontaktaufnahme und der Kommunikation mit den Leistungserbringern. Nachfolgend seien einige Beispiele hierfür genannt:

- Übersetzung von verschlüsselten Diagnosen mit anschließender Nennung von besonderen Behandlungsangeboten im Internet
- Bereitstellung einer personalisierten Aufstellung über bisher verwendete Arzneimittel zur Unterstützung von Beratungsgesprächen zwischen Arzt und Patient
- Angebot eines Fahrkartenbestellservice, so wie ihn einige Krankenkassen bereits im Falle einer stationären Reha-Behandlung vorhalten
- Erinnerungsservice bei Vorsorgeuntersuchungen (Zahnprophylaxe, Krebsvorsorge und Gesundheits-Check-up)

4.2.2 Personalmanagement

Wie schon bei der Beschreibung der Netzwerkservices deutlich wurde, gestaltet sich die Betreuung der Netzwerkteilnehmer (Versicherte) sehr beratungsintensiv. Daher ist bei einer Krankenkasse als Netzwerkbetreiber weiterhin die Bedeutung des Personalmanagements zu betonen. Während die Vertriebsmitarbeiter für die Gewinnung neuer Kunden verantwortlich sind, ist es eine strategisch wichtige Aufgabe der Mitarbeiter in der Kundenbetreuung die neu gewonnenen sowie die bisherigen Versicherten durch exzellente Beratungs- und Betreuungsleistungen langfristig an das Unternehmen zu binden. Dem Personalmanagement kommt dabei die Aufgabe zu, Mitarbeiter mit der je nach Einsatz benötigten Qualifikation in ausreichender Anzahl zur Verfügung zu stellen. Die Mitarbeiter stellen den wichtigsten Erfolgsfaktor eines Dienstleistungsunternehmens dar. Ihre Befähigung,

⁴⁴ Vgl. Schlösser, R. / Schreyögg, J. (2005), S. 339.

⁴⁵ Vgl. Klusen, N. / Horváth, P. (2005), S. 687.

Zufriedenheit und Motivation sind zwingende Voraussetzungen, um Veränderungsbereitschaft zu generieren, Herausforderungen anzunehmen, Innovationen anzustoßen sowie Strategien umzusetzen. Mit der Erfüllung dieser Erfordernisse kann schließlich eine hohe Kundenzufriedenheit realisiert werden.⁴⁶ Die Bereitstellung von jeweils entsprechend qualifiziertem Personal kann in Form von Aus-, Fort- und Weiterbildung geschehen (Personalentwicklung) oder durch Neueinstellungen (Personalbeschaffung) erfolgen. „Mit Personalentwicklung werden alle betrieblich veranlassten Maßnahmen bezeichnet, mit denen Qualifikationen von Mitarbeitern und Führungskräften durch die Organisation von Lernprozessen weitgehend systematisch erhalten und erweitert bzw. diese Veränderungen angeregt werden.“ (...) „Aufgabe der Personalentwicklung ist die Vermittlung als notwendig erachteter Qualifikationen bzw. Handlungskompetenz zur Aufgabenerfüllung.“⁴⁷ Eine aussichtsreiche Strategie kann z. B. die Verfolgung und Umsetzung von besonderen Eigenqualifizierungsmaßnahmen darstellen.⁴⁸ So schickt etwa die Techniker Krankenkasse jedes Jahr mehrere ihrer frisch ausgebildeten Sozialversicherungsfachangestellten zum Studium des Diplom-Studiengangs Gesundheitsökonomie an die Universität Bayreuth, dessen Gründung sie mit unterstützt hat.⁴⁹ Ihre Mitarbeiter fördert die Krankenkasse dabei während des Studiums sowohl finanziell als auch ideell.

Um Mitarbeiter zur Teilnahme an Qualifikationsmaßnahmen zu motivieren, können sowohl monetäre als auch nicht-monetäre Anreize gesetzt werden. Kann aus Kosten- oder Zeitgründen keine angemessene Mitarbeiterqualifikation erfolgen, muss entsprechend ausgebildetes Personal von extern eingestellt werden. Wird der Qualifikationsaufwand für vorhandene Mitarbeiter als zu hoch empfunden oder sind diese unzureichend motiviert sich neues Wissen anzueignen, kann es für eine Krankenkasse günstiger sein passende Mitarbeiter neu einzustellen.⁵⁰

5. Entwicklung eines Geschäftsmodells für Krankenkassen

5.1 Typologie von Geschäftsmodellen

Wie bereits angedeutet, können Wertnetzwerke verschiedene Geschäftsmodelle verfolgen. Das Geschäftsmodell der Kontakthanbahnung beinhaltet die Bereitstellung einer Werbepattform durch das Netzwerk, welches sich im Wesentlichen durch Werbeeinnahmen finanziert. Die Leistungen sind

⁴⁶ Vgl. Rose, C. (2000), S. 236–238 und Schlösser, R. / Schreyögg, J. (2005), S. 339 f.

⁴⁷ Fröck, M. (2004), S. 182 f.

⁴⁸ Vgl. Schlösser, R. / Schreyögg, J. (2005), S. 340.

⁴⁹ Vgl. Klusen, N. (1999), S. 42.

⁵⁰ Vgl. Fröck, M. (2004), S. 180.

auf die Bereitstellung der für die Kontaktaufnahme benötigten Infrastruktur und die reine Kontaktanbahnung beschränkt.⁵¹ Das Geschäftsmodell der Vertragsvermittlung hat Maklergeschäfte zum Inhalt. Maklergeschäfte basieren auf der Vermittlung von Verträgen zwischen Anbietern und Nachfragern.⁵² In die Vertragsbeziehungen zwischen Anbieter und Nachfrager greift der Makler jedoch nicht direkt ein. Hingegen tritt bei der Vertriebsübernahme ein Händler anstelle eines Maklers zwischen Anbieter und Nachfrager, welche jeweils eigenständige Verträge mit dem Händler schließen. Der Händler erwirbt gegen Zahlung des Kaufpreises Produkte der Anbieter, um sie anschließend auf eigene Rechnung an die Nachfrager weiter zu veräußern.⁵³ „In Netzwerken mit Vertriebsübernahmen greift der Netzwerkbetreiber direkt in die vertragliche Struktur zwischen den Netzwerknutzern ein. Die unmittelbaren Beziehungen zwischen den Netzwerkteilnehmern werden aufgebrochen und durch bilaterale Verträge mit dem Netzwerkbetreiber ersetzt. Die Distributionsübernahme wird in diesem Zusammenhang in einem weiten Sinne verstanden. Nach dem hier verfolgten Verständnis erwirbt der Intermediär Güter und Dienstleistungen, um sie an andere Teilnehmer des Netzwerkes weiterzuveräußern.“⁵⁴ Kontaktanbahnung, Vertragsvermittlung und Vertriebsübernahme stellen Grundtypen von Geschäftsmodellen dar. Diese können in der Praxis in zahlreichen Variationen zum Einsatz kommen.

5.2 Geschäftsmodell des selektiven Kontrahierens

5.2.1 Grundstruktur des Geschäftsmodells

Das Netzwerk einer Krankenkasse kann als eine Kombination von Vertragsvermittlung und Vertriebsübernahme beschrieben werden. In Abbildung 7 ist das Geschäftsmodell des selektiven Kontrahierens einer Krankenkasse dargestellt. Es lassen sich hier Merkmale sowohl des Geschäftsmodells der Vertragsvermittlung als auch des Geschäftsmodells der Vertriebsübernahme beschreiben, so dass eine eindeutige Zuordnung nicht möglich erscheint.

Die Krankenkasse schließt mit den Versicherten einen Versicherungsvertrag und mit den Leistungserbringern einen Versorgungsvertrag. Für die Erbringung von medizinischen Behandlungen erhalten die Leistungserbringer ihre Vergütung von der Krankenkasse, die diese wiederum mit den Beiträgen ihrer Mitglieder finanziert. Diese Merkmale entsprechen denen der Vertriebsübernahme. Jedoch kann die Krankenkasse die Absatzleistung der

⁵¹ Vgl. Woratschek, H. / Roth, S. / Pastowski, S. (2002), S. 67.

⁵² Vgl. Woratschek, H. (2001), S. 583.

⁵³ Vgl. Woratschek, H. (2001), S. 586.

⁵⁴ Woratschek, H. / Roth, S. / Pastowski, S. (2002), S. 68.

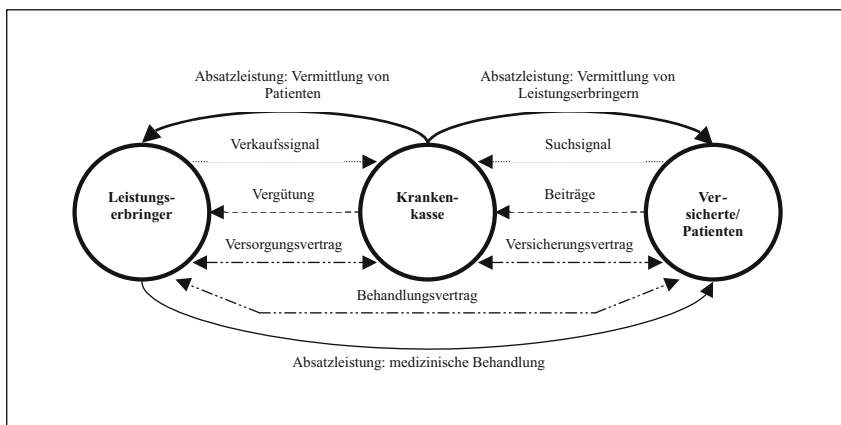


Abbildung 7: Geschäftsmodell des selektiven Kontrahierens

Leistungserbringer nicht selbst erwerben um sie anschließend an die Versicherten weiter zu veräußern. Dies liegt in einem hohen Integrativitätsgrad bei der Erstellung medizinischer Dienstleistungen begründet. Daraus folgt, dass der externe Faktor, hier der Patient, bei der Dienstleistungserstellung anwesend sein muss. Dieser Umstand wird auch als *Uno-actu-Prinzip* (Simultanität von Produktion und Konsum) bezeichnet und betont die Nichtlagerfähigkeit von medizinischen Dienstleistungen. Ferner geht der Erbringung einer medizinischen Behandlung der Abschluss eines privatrechtlichen Behandlungsvertrages zwischen Patient und Leistungserbringer voraus. Hierzu wählt der Patient einen Leistungserbringer aus dem Pool der zur Verfügung stehenden Anbieter aus und sucht diesen auf. Während der Behandlungsvertrag mit einem niedergelassenen Arzt konkludent, d. h. ohne besondere Aussprache oder schriftliche Vereinbarung zustande kommt, schließen Krankenhäuser mit ihren Patienten regelmäßig einen schriftlichen Behandlungsvertrag ab.⁵⁵

Die direkte „Lieferung“ der Absatzleistung medizinische Behandlung an den Endabnehmer (Patient) und der dieser Leistungserstellung vorausgehende Behandlungsvertrag zwischen Produzent (Leistungserbringer) und Konsument (Patient) sind Merkmale der Vertragsvermittlung.

Eine Verflechtung beider Geschäftsmodelltypen entsteht nun dadurch, dass die Rahmenbedingungen des Behandlungsvertrages wesentlich durch die Bestimmungen des Versicherungs- sowie des Versorgungsvertrages determiniert werden. Einerseits wird der Vertrag über die konkrete Absatzleistung direkt zwischen Leistungserbringer und Patient geschlossen, wobei

⁵⁵ Vgl. Netzer, N. (1996), S. 46.

die Krankenkasse hier als Vertragsvermittler (Makler) auftritt. Andererseits greift die Krankenkasse gleichzeitig direkt in diese Vertragsbeziehungen ein. Zwar werden hierdurch nicht die direkten Vertragsbeziehungen zwischen den Netzwerkteilnehmern ersetzt, vielmehr existieren Versicherungs-, Versorgungs- und Behandlungsvertrag parallel nebeneinander, jedoch wird der Inhalt des letzteren wesentlich durch die beiden ersten Verträge bestimmt. Es lässt sich somit festhalten, dass eine Krankenkasse Funktionen sowohl eines Maklers, als auch eines Händlers übernimmt.

5.2.2 Funktionsweise des Geschäftsmodells

Ein Intermediär schafft dadurch einen Wert für die Teilnehmer seines Netzwerkes, indem er die Transaktionskosten für deren gegenseitige Kontaktaufnahme stark reduziert.⁵⁶ Unter Transaktionskosten sind alle Kosten der Anbahnung, Vereinbarung und Durchsetzung von Verträgen zu verstehen. Neben rein monetären Kosten zählen hierzu ferner auch ökonomische Nachteile wie Zeit, Mühe und entgangene Gewinne.⁵⁷ Der Transaktionskostenbegriff kann demnach in die Kategorien Such-, Informations-, Zeit- und Opportunitätskosten unterteilt werden. Der transaktionskostenreduzierende Effekt eines Intermediärs kommt insbesondere durch die Realisierung von Skaleneffekten (economies of scale) zustande. So können die Kosten für die Beschaffung und Auswertung von Informationen auf einem bestimmten Markt auf eine Vielzahl von Netzwerkteilnehmern (Anbieter und Nachfrager) verteilt werden. Damit kann eine Effizienzsteigerung generiert werden. Die Kostenanteile sind hier für jeden Netzwerkteilnehmer geringer, als wenn sich jeder Akteur die entsprechenden Informationen selbst am Markt beschafft. Weiterhin ist ein Intermediär mit Hilfe seines spezialisierten Know-hows in der Lage, Barrieren wie opportunistisches Verhalten und Probleme im Zusammenhang mit Informationsasymmetrien zu überwinden.⁵⁸ *Spulber* nennt als Aufgaben eines Intermediärs neben der Kontaktherstellung weiterhin die Distribution von Gütern und Dienstleistungen, die Mitwirkung an der Preisbestimmung sowie die Sicherstellung der qualitativen und quantitativen Verfügbarkeit der nachgefragten Absatzleistungen.⁵⁹

Diese Aufgaben werden von einer Krankenkasse erfüllt. Wie in Abbildung 7 dargestellt, erbringt eine Krankenkasse im Rahmen selektiven Kontrahierens Leistungen zur Vermittlung von Leistungserbringern an ihre Versicherten. Benötigt ein Versicherter eine medizinische Behandlung, kann er

⁵⁶ Vgl. *Gümbel, R.* (1985), S. 168 und *Hammann, P.* (1998), S. 15 – 17.

⁵⁷ Vgl. *Roth, S.* (2001), S. 54.

⁵⁸ Vgl. *Aschenbrenner, S. / Napel, S.* (2004), S. 68.

⁵⁹ Vgl. *Spulber, D. F.* (1996), S. 135 f.

sich an seine Krankenkasse wenden (Suchsignal), die ihn darüber informiert, welche Leistungserbringer diese unter Vertrag hat, die geeignet sind, die jeweils erforderliche Behandlung durchzuführen. Durch selektives Kontrahieren schafft eine Krankenkasse für ihre Versicherten einen Wert, indem sie für diese eine Vorauswahl an qualitätsgeprüften Leistungserbringern durchführt, Behandlungsabläufe, Diagnose- und Therapieverfahren, Höhe der Vergütung sowie Gewährleistungsansprüche und Garantien vereinbart. Darüber hinaus nimmt die Krankenkasse auch die Zahlung der Vergütungen an die Leistungserbringer vor, so dass die Patienten hier nicht in Vorleistung treten müssen. Je mehr eine Krankenkasse dabei Instrumente zur Leistungssteuerung einsetzt, desto mehr fungiert diese als professioneller Partner des Patienten, der ihn dabei unterstützt seine Interessen gegenüber den Leistungserbringern zu artikulieren und durchzusetzen. Unter Leistungssteuerung sind hier Maßnahmen zu verstehen, die darauf abzielen, das Leistungsanspruchsverhalten der Versicherten zu beeinflussen, um einerseits eine Optimierung der Kosten herbeizuführen und andererseits auf eine Erhöhung der Versorgungsqualität hinzuwirken.⁶⁰ Im großen, für die Patienten oft unübersichtlichen, Angebot an medizinischen Dienstleistungen vereinbart die Krankenkasse Konzepte für eine qualitätsgesicherte Versorgung. Ein koordiniertes Behandlungskonzept garantiert den Versicherten darüber hinaus, dass keine überflüssigen Untersuchungen oder sich widersprechende Behandlungsmethoden zum Einsatz kommen.

Zur Erhöhung der Transparenz sowie zur Verbesserung der Entscheidungsfindung bei der Wahl eines Leistungserbringers kann eine Krankenkasse die Erfahrungen von Patienten systematisch erfassen und ihren Versicherten zur Verfügung stellen. Hierzu bietet es sich an, beispielsweise Patienten nach einer Krankenhausentlassung über ihre subjektiven Einschätzungen zur Zufriedenheit mit dem Krankenhaus (Freundlichkeit des Personals, Unterbringung, Informationsfluss, Organisation und Ablauf der Behandlung etc.) zu befragen. Die ausgewerteten Ergebnisse können dann etwa im geschützten Bereich des Internetauftritts der Krankenkasse allen Versicherten zur Verfügung gestellt werden.⁶¹ Dieser Erfahrungstransfer reduziert wiederum die Transaktionskosten von Patienten bei der Suche eines geeigneten Leistungserbringers. So kann ein einzelner Versicherter gleichzeitig auf die bisherigen Erfahrungen einer Vielzahl von Patienten zurückgreifen. Je größer die Versichertengemeinschaft einer Krankenkasse, desto größer ist der vorhandene Erfahrungsschatz.

Gleichzeitig erbringt die Krankenkasse gegenüber den Leistungserbringern Leistungen zur Vermittlung von Patienten. Einzelne oder eine Gruppe

⁶⁰ Vgl. Spenk, C. (2001), S. 199 f.

⁶¹ Dies plant z. B. gegenwärtig die Techniker Krankenkasse. Vgl. *Techniker Krankenkasse* (2006), S. 22.

von Leistungserbringern treten mit bestimmten Behandlungsangeboten an eine Krankenkasse heran (Verkaufssignal). Die Krankenkasse schließt darauf hin (nach entsprechender Prüfung) einen Vertrag mit diesen Leistungserbringern, der diese verpflichtet, die angebotenen Behandlungen gegenüber den Versicherten der Krankenkasse zu erbringen. Die Vermittlung von Patienten erfolgt nun dadurch, dass die Krankenkasse die vertraglich gebundenen Leistungsanbieter an die Versicherten weiterempfiehlt, um diese gezielt zu den Vertragspartnern zu steuern. Die Wertschöpfung der Krankenkasse für die Leistungserbringer manifestiert sich auch hier in einer Reduktion der Transaktionskosten. So substituiert das Aushandeln eines Vertrages mit einer Krankenkasse eine Vielzahl von Vertragsverhandlungen mit einzelnen Patienten. Der Inhalt des Behandlungsvertrags reduziert sich dadurch auf die Funktion der Auftragserteilung durch den Patienten bzw. der Auftragsannahme durch den Leistungserbringer jeweils zu den Rahmenbedingungen des Versicherungs- und Versorgungsvertrags. Diese Rahmenbedingungen gelten für eine Vielzahl von Behandlungsverträgen.

Nach *Stabell* und *Fjeldstad* sind alle Teilnehmer eines Netzwerkes als Kunden des Intermediärs anzusehen.⁶² Demnach sind aus dem eben erläuterten Blickwinkel heraus auch Leistungserbringer Kunden einer Krankenkasse. Während sich die Gruppe der Versicherten durch Zahlung von Mitgliedsbeiträgen einen Zugang zu dem Netzwerk der Krankenkasse verschafft, erhält die Gruppe der Leistungserbringer einen kostenlosen Zugang.⁶³ Eine derartige Differenzierung der Nutzergruppen lässt sich auch im E-Business beobachten.⁶⁴ Aus Sicht der Versicherten ist die Krankenkasse ein Agent zur Beschaffung von medizinischen Leistungen. Aus der Sicht von Leistungserbringern ist die Krankenkasse nicht nur ein (aggregierter) Nachfrager, sondern gleichzeitig auch ein Agent zur Beschaffung von Patienten und damit verbundenen Erlösquellen. Somit lässt sich eine ambivalente Anbieter-Nachfrager-Beziehung zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer konstatieren.

5.2.3 Erfolgsfaktoren des Geschäftsmodells

Eine Krankenkasse, die das Geschäftsmodell des selektiven Kontrahierens anwendet, definiert ihren Erfolg nicht in erster Linie über die Realisie-

⁶² Vgl. *Stabell, C. B. / Fjeldstad, Ø. D.* (1998), S. 428.

⁶³ Theoretisch könnte eine Krankenkasse aus der Vermittlung von Patienten Provisionszahlungen von den Leistungserbringern fordern. Da jedoch die Kosten einer Behandlung nicht von den Patienten selbst, sondern von der Krankenkasse den Leistungserbringern erstattet werden, ist es denkbar, dass sich der gedankliche Anspruch auf solche Provisionen in günstigere Konditionen bei der Vertragsverhandlung für die Krankenkasse niederschlägt.

⁶⁴ Vgl. *Woratschek, H. / Roth, S. / Pastowski, S.* (2002), S. 67.

rung eines möglichst günstigen Beitragssatzes. Vielmehr stehen hier die Effektivität und die Effizienz im Vordergrund, mit denen Patienten und die, gemessen am Bedarf der Patienten, jeweils besten Leistungserbringer zusammengeführt werden. Es geht also darum, einen „Fit“ zwischen medizinischem Bedarf bzw. den Präferenzen der Versicherten und den Angeboten der Leistungserbringer zu erzeugen, d. h. jeweils kompatible Akteure auf beiden Seiten zusammenzubringen. Um den Erfolg des Geschäftsmodells und damit letztendlich die Wettbewerbsposition einer Krankenkasse zu sichern, können sechs Erfolgsfaktoren beschrieben werden (Abbildung 8).

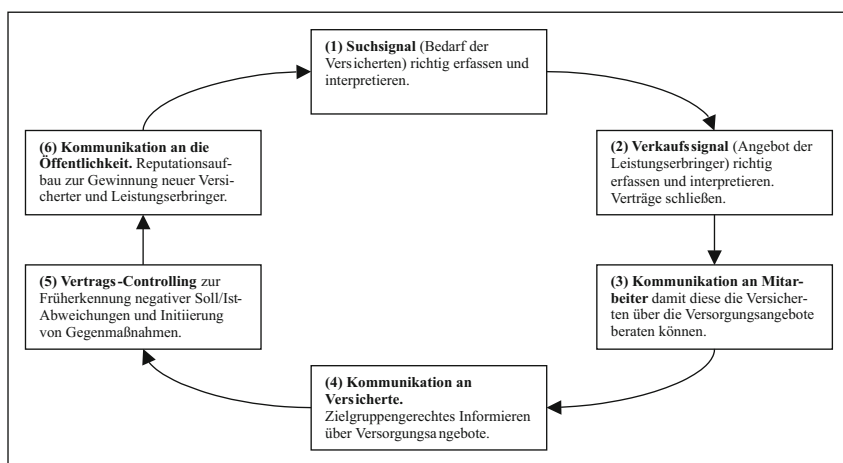


Abbildung 8: Erfolgsfaktoren des selektiven Kontrahierens

- (1) Grundlage für erfolgreiches selektives Kontrahieren ist die Erfassung von verbal und non-verbal ausgesendeten Signalen der Marktakteure (Patienten und Leistungserbringer). Zunächst müssen der medizinische Bedarf und die individuellen Präferenzen der Versicherten, also das Suchsignal in Abbildung 7, erfasst und richtig interpretiert werden. Konkret bedeutet dies, dass eine Krankenkasse versuchen muss ihre Versichertengemeinschaft nach Präferenzgruppen zu segmentieren. So gibt es Versicherte, die eine hohe Priorität auf eine wohnortnahe Versorgung legen. Andererseits gibt es Versicherte, die eine hohe Priorität auf besondere Leistungs- und Ausstattungsmerkmale der Leistungserbringer legen und bereit sind, hierfür auch längere Wegstrecken zurückzulegen. Um Patienten sinnvoll zu segmentieren können verschiedene Maßnahmen ergriffen werden. Hierzu zählen etwa die Definition von medi-

zinisch geeigneten Kriterien, die Beschreibung von steuerbaren Kosten sowie die Befragung der Versicherten selbst.⁶⁵ Wichtige Hinweise können auch Analysen von Leistungsdaten geben, z. B. Aufnahme- und Entlassanzeigen bei Krankenhausbehandlungen.

- (2) In einem zweiten Schritt gilt es die Märkte für medizinische Dienstleistungen systematisch zu durchforsten, also die Verkaufssignale der Leistungserbringer in Abbildung 7 zu erfassen, zu interpretieren und auszuwerten. Mit denjenigen Leistungserbringern, die sich aus Sicht der Krankenkasse am Besten dazu eignen, die Bedürfnisse der Versicherten zu befriedigen, die sich also als besonders kompatibel erweisen, werden (Integrations-)Verträge geschlossen.
- (3) Nachdem eine Krankenkasse zusammen mit den Leistungserbringern ein Versorgungsangebot entwickelt haben, muss dieses nach innen und nach außen kommuniziert werden. Bevor eine Kommunikation nach außen erfolgen kann ist es unabdingbar, dass eine unternehmensinterne Kommunikation stattfindet. Alle Mitarbeiter, die in der Kundenbetreuung tätig sind, müssen über sämtliche vorhandenen Versorgungsverträge informiert werden, und zwar bevor die Versicherten oder die Öffentlichkeit davon erfährt. Erfahren Versicherte beispielsweise aus der lokalen Tagespresse von neuen Versorgungsverträgen und fragen daraufhin bei einem Kundenberater ihrer Krankenkasse nach näheren Informationen, führt entsprechendes Nichtwissen des Krankenkassenmitarbeiters zu Enttäuschungen bei den Versicherten. Häufen sich solche Vorfälle, wird damit das Vertrauen der Versicherten verspielt. Um den Mitarbeitern in der Kundenberatung alle notwendigen Informationen zeitnah zur Verfügung zu stellen, bedarf es einer adäquaten Informationstechnologie. Diese stellt daher einen strategisch wichtigen Wettbewerbsparameter dar (Vgl. Abschnitt 4.2.1).
- (4) Die externe Kommunikationspolitik umfasst Maßnahmen zur Kommunikation der Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse gegenüber den Versicherten durch die Dokumentation spezifischer Dienstleistungs-kompetenzen und die Darstellung des Fähigkeitenpotenzials.⁶⁶ Die besten Versorgungsverträge und die besten Versorgungsprogramme nützen nichts, wenn die Versicherten nichts davon erfahren, dass es entsprechende Angebote gibt. Die jeweiligen Zielgruppen sind daher über das jeweils für sie entwickelte Versorgungsangebot hinreichend zu informieren. Nur wenn die Versicherten wissen, dass es auf ihre Bedürfnisse abgestimmte spezielle Versorgungsangebote gibt, können sie diese auch in Anspruch nehmen. Machen sie dabei die Erfahrung, dass diese Angebote einen höheren Nutzen stiften als die üblichen Versorgungsformen im

⁶⁵ Vgl. Schlösser, R. / Schreyögg, J. (2005), S. 337.

⁶⁶ Vgl. Meffert, H. / Bruhn, M. (2003), S. 423.

Rahmen der Kollektivverträge, stellt die Versicherung bei ihrer Krankenkasse einen besonderen Wert für die Versicherten dar.⁶⁷

- (5) Um Misserfolg frühzeitig erkennen und abwehren zu können bedarf es der Etablierung eines entsprechenden Controlling-Systems, welches als Frühwarnindikator fungiert. Hierbei sollten regelmäßige Vergleiche der Soll/Ist-Zahlen hinsichtlich der Anzahl von teilnehmenden Versicherten in den einzelnen Versorgungsprogrammen durchgeführt werden. Bleiben die Ist-Zahlen dauerhaft unter den Soll-Zahlen, müssen die hierfür verantwortlichen Mängelkriterien über Patientenbefragungen evaluiert werden, um mit geeigneten Maßnahmen die Attraktivität der Angebote zu erhöhen. Damit selektives Kontrahieren einen Mehrwert für die Versicherten darstellt, müssen für sie spürbare Qualitätsverbesserungen vorliegen. Langfristige negative Abweichungen der Soll-Zahlen können eine Krankenkasse aus Sicht der Leistungserbringer als unattraktiv für selektive Verträge erscheinen lassen. Werden vereinbarte Auslastungsgerade und Erlösmöglichkeiten nicht realisiert, besteht die Gefahr, dass renommierte Leistungserbringer zu anderen Krankenkassen «abwandern». Ferner müssen Qualitäts- und Kostenentwicklungen überwacht und entsprechend gesteuert werden. Hier gilt es ebenfalls frühzeitig negative Soll/Ist-Abweichungen mit Hilfe der zuvor definierten Qualitäts- und Kostenkriterien zu identifizieren und gegebenenfalls Gegenmaßnahmen zu ergreifen.
- (6) Gelingt es schließlich einer Krankenkasse durch selektive Verträge erfolgreich neue Versorgungsprogramme zu initiieren, kann dies über entsprechende Medien sowohl gegenüber der Fachwelt als auch gegenüber der allgemeinen Öffentlichkeit kommuniziert werden. Ziel ist es hierdurch positive Einstellungen gegenüber der eigenen Krankenkasse zu erzeugen.⁶⁸ Diese Aufgabe kommt der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Krankenkasse zu. Mit dem dadurch realisierten Reputationsaufbau kann die Krankenkasse wiederum neue Versicherte sowie weitere attraktive und renommierte Leistungserbringer gewinnen. Auch hier gilt es dann wieder Bedürfnisse bzw. Präferenzen zu beschreiben und kompatible Angebote zur Verfügung zu stellen.

6. Fazit

Das hier entwickelte Geschäftsmodell des selektiven Kontrahierens eignet sich nicht für alle Krankenkassen. Kleine Krankenkassen und solche mit einer überdurchschnittlich guten Risikostruktur im Versichertenbestand

⁶⁷ Vgl. Schlösser, R. / Schreyögg, J. (2005), S. 335.

⁶⁸ Vgl. Schlösser, R. / Schreyögg, J. (2005), S. 337.

dürften nur schwer eine gewisse Mindestanzahl an Versicherten aufweisen, die selektiv geschlossene Versorgungsverträge nutzen würden. Der Aufwand hierfür kann sowohl für die Krankenkassen als auch für die Leistungserbringer wenig rentabel sein. Krankenkassen, die von der Anwendung des Geschäftsmodells profitieren, sind tendenziell größere Krankenkassen. Große Krankenkassen haben entsprechende Massen von Versicherten hinter sich, die sowohl direkt von den Verträgen profitieren können als auch für die Leistungserbringer attraktiv sind. Krankenkassen, die aufgrund einer schlechten Risikostruktur in ihrem Versichertenbestand im Beitragswettbewerb eher das Nachsehen haben können mit Hilfe des selektiven Kontrahierens eine Wertsteigerung erzielen. Ziel ist es, eine Steigerung der Preisbereitschaft bei den Versicherten zu erreichen. Für den besonderen Nutzen, den das Geschäftsmodell des selektiven Kontrahierens für die Versicherten generiert, sind diese u. U. dazu bereit höhere Beiträge zu zahlen.⁶⁹

Als Intermediär schafft eine Krankenkasse durch selektives Kontrahieren nicht nur für die Versicherten einen Wert, bei denen schon konkreter Bedarf an Versorgungsprogrammen besteht. Darüber hinaus kann eine solche Krankenkasse auch für gesunde Mitglieder attraktiv sein, die sich für den Bedarfsfall einen Zugang zu den besten Leistungserbringern bei stark reduzierten Transaktionskosten sichern möchten. Diese Argumente können sowohl der Kundengewinnung als auch der Kundenbindung dienen. Der Nutzen des selektiven Kontrahierens kann auch einen Wettbewerbsparameter gegenüber der privaten Krankenversicherung (PKV) darstellen. Dies ergibt sich daraus, dass die PKV solche Vertragsbeziehungen zu Leistungserbringern nicht unterhält und daher im Wesentlichen nur auf die Kostenerstattungsfunktion reduziert bleibt.

Vor dem Hintergrund selektiven Kontrahierens steht eine Krankenkasse immer vor dem Problem eines Trade-offs zwischen der Absicht nur die besten Leistungserbringer im Markt unter Vertrag zu nehmen und der Gewährung einer ausreichenden Wahlfreiheit der Versicherten, um deren Zufriedenheit nicht zu gefährden. Der Erfolg einer Krankenkasse hängt auch davon ab, wie gut es ihr gelingen wird, hier eine optimale Balance zwischen diesen beiden Polen zu realisieren.

In Abschnitt 5.2.2 wurden Leistungserbringer auch als Kunden einer Krankenkasse beschrieben. Diese Sichtweise eröffnet die Möglichkeit bzw. Erfordernis völlig neue Ansätze im Krankenkassenmanagement zu entwickeln. Werden Leistungserbringer auch als Kunden angesehen, stellt es eine Herausforderung dar, entsprechende Instrumente des Customer-Relationship-Managements (CRM) zu entwickeln und zu implementieren. Dadurch könnte sich eine Krankenkasse wiederum einen künftigen Wettbewerbsvorteil verschaffen.

⁶⁹ Vgl. Andersen, H. H. / Schwarze, J. (2000), S. 50.

Wie in Abschnitt 2 dargestellt, handelt es sich bei einem Geschäftsmodell um eine Basis, auf deren Grundlage Strategien abgeleitet werden können. Eine Mögliche Strategie könnte beispielsweise das Einbinden ausländischer Leistungserbringer in das Netzwerk der Krankenkasse sein.⁷⁰ Selektives Kontrahieren mag gegenwärtig in der GKV noch in den Kinderschuhen stecken. Für eine zukunftsorientierte Krankenkasse empfiehlt es sich jedoch sich schon heute mit den entsprechenden betriebswirtschaftlichen Aspekten zu beschäftigen, um künftig eine gute Positionierung im GKV-Markt zu realisieren. Das in dieser Arbeit vorgestellte Geschäftsmodell des selektiven Kontrahierens bietet eine Orientierung hierfür.

Literaturverzeichnis

- Amelung, V. E. / Schumacher, H.* (2000), *Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement*, 2. Auflage, Wiesbaden.
- Amit, R. / Zott, C.* (2001), Value Creation in E-Business, in: *Strategic Management Journal*, Vol. 22, S. 493–520.
- Andersen, H. H. / Schwarze J.* (2000), Innovative Versorgung im Qualitätswettbewerb: Welche Präferenzen haben die Versicherten der GKV?, in: *Sozialer Fortschritt*, 49. Jg., Nr. 2–3, S. 48–56.
- Aschenbrenner, S. / Napel, S.* (2004), Insurance Intermediation – Theoretical Analysis and Practical Issues in the European Market, in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, Bd. 93, Nr. 1, S. 67–99.
- Bental, B. / Spiegel, M.* (1995), Network Competition, Product Quality, and Market Coverage in the Presence of Network Externalities, in: *Journal of Industrial Economics*, Vol. 43, Nr. 2, S. 197–208.
- Breyer, F., et al.* (2001), Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen – Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Berlin.
- Chu, W. / Chu, W.* (1994), Signaling Quality by Selling through a Reputable Retailer: An Example of Renting the Reputation of another Agent, in: *Marketing Science*, Vol. 13, No. 2, S. 177–189.
- Curtius, B.* (1999), *Qualitätsmanagement in gesetzlichen Krankenkassen*, München.
- Flintrop, J. / Rieser, S.* (2006), Einflussnahme auf die Versorgung: Gestalten statt Verwalten – die Kassen meinen es ernst, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 103. Jg., Nr. 5, S. A221–A226.
- Fröck, M.* (2004), *Die GKV im Wettbewerb – Eine Analyse ausgewählter Aktionsparameter*, Berlin.
- Gümbel, R.* (1985), *Handel, Markt und Ökonomik*, Wiesbaden.

⁷⁰ Ein anschauliches Beispiel hierfür stellt z. B. die AOK Brandenburg dar. Vgl. *Nebling, T.* (2006) S. 10 f.

- Haenecke, H.* (2001), Krankenkassen-Marketing – Eine empirische Analyse der Erfolgsfaktoren, München.
- Hammann, P.* (1998), Der Beitrag Wroe Alderson zur Entwicklung der Marketingtheorie und zur Betriebswirtschaftslehre des Handels, in: Woratschek, Herbert (Hrsg.), Perspektiven ökonomischen Denkens – Klassische und neue Ansätze des Managements, Frankfurt, S. 3 – 22.
- Hildebrandt, H. / Hesselmann, H.* (2000), Patientenrecht und Partizipation: Wahl- und Abwahlmöglichkeiten der Patienten und Versicherten im Zusammenhang mit integrierten Versorgungsformen, in: Sozialer Fortschritt, 49. Jg., Nr. 6, S. 130 – 137.
- Katz, M. L. / Shapiro, C.* (1985), Network Externalities, Competition, and Compatibility, in: American Economic Review, Vol. 73, Nr. 3, S. 424 – 440.
- Klusen, N.* (1999), Modernes Unternehmensmanagement im Gesundheitswesen – Herausforderungen für Organisationen, Strukturen und Akteure, in: Oberender, P. / Schlüchtermann, J. (Hrsg.), Gesundheitswesen zwischen Kostendämpfung und Wachstum – Dokumentation der Eröffnung des Diplomstudienganges Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth am 12. November 1998, Bayreuth, S. 33 – 43.
- Klusen, N. / Horváth, P.* (2005), TK – Strategieorientierung einer Krankenkasse, in: Controlling, Nr. 11, S. 685 – 688.
- Korenke, T.* (2001), Innovativer Wettbewerb infolge integrierter Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung?, in: Sozialer Fortschritt, 50. Jg., Nr. 11, S. 268 – 277.
- Malorny, C. / Kassebohm, K.* (1994), Brennpunkt TQM, Stuttgart.
- Meffert, H.* (2000), Marketing – Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung, 9. Auflage, Wiesbaden.
- Meffert, H. / Bruhn, M.* (2003), Dienstleistungsmarketing: Grundlagen – Konzepte – Methoden, 4. Auflage, Wiesbaden.
- Mummert Consulting / F.A.Z.-Institut (Hrsg.)* (2004), Managementkompass Geschäftsmodelle, Frankfurt.
- Nebeling, T.* (2006), Auslandsbehandlungen: Grenzüberschreitende Verträge der Krankenkassen sichern Qualität, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 11. Jg., Nr. 1, S. 9 – 11.
- Netzer, N.* (1996), Haftungsrecht und Haftpflicht im Krankenhaus, München.
- Oberender, P. / Ecker, T.* (2001), Grundelemente der Gesundheitsökonomie, Bayreuth.
- Okoniewski, U.* (2000), Organisationsreform der Krankenkassen – Professionelles Management und wirksame Aufsicht, in: Soziale Sicherheit, Jg. 49, Nr. 1, S. 7 – 20.
- o. V.* (2005), Techniker Kasse setzt auf neue Servicezentren, in: Ärzte Zeitung vom 23. 06. 2005.
- Porter, M. E.* (2000), Wettbewerbsvorteile – Spitzenleistungen erreichen und behaupten, 6. Auflage, Frankfurt.
- Richard, S.* (2001), Integrierte Versorgung: Chancen und Perspektiven, in: Arbeit und Sozialpolitik, 55. Jg., Nr. 1 – 2, S. 8 – 13.
- Rose, C.* (2000), Schnittstelle zwischen Controlling und Knowledge Management, in: Controlling, Nr. 4 – 5, S. 231 – 241.

- Roth, S. (2001), Interaktionen im Dienstleistungsmanagement – Eine informations-ökonomische Analyse, in: Bruhn, M. / Stauss, B. (Hrsg.), Jahrbuch Dienstleistungsmanagement 2001 – Interaktionen im Dienstleistungsbereich, Wiesbaden, S. 35 – 66.
- Schlösser, R. / Schreyögg, J. (2005), Die Balanced Scorecard als Kennzahlensystem für Krankenkassen, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Bd. 94, Nr. 2, S. 323 – 345.
- Spenk, C. (2001), Leistungssteuerung in der gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Paradigmenwechsel, in: Sozialer Fortschritt, 50. Jg., Nr. 8, S. 199 – 200.
- Spulber, D. F. (1996), Market Microstructure and Intermediation, in: Journal of Economic Perspectives, Vol. 10, Nr. 3, S. 135 – 152.
- Stabell, C. B. / Fjeldstad, Ø. D. (1998), Configuring Value for Competitive Advantage – On Chains, Shops and Networks, in: Strategic Management Journal, Vol. 19, S. 413 – 437.
- Stähler, P. (2001), Geschäftsmodell in der digitalen Ökonomie, Lohmar.
- Techniker Krankenkasse (2006), Patientenbefragung: TK testet Kliniken, in: TK-Aktuell, Nr. 1, S. 22.
- Viethen, G. (1995), Qualität im Krankenhaus – Grundbegriffe und Modelle des Qualitätsmanagements, Stuttgart.
- Woratschek, H. (2001), E-Commerce im Business-to-Consumer-Marketing – Die Effizienz unterschiedlicher Geschäftsmodelle, in: Böhler, H. (Hrsg.), Marketing-Management und Unternehmensführung, Wiesbaden, S. 572 – 591.
- Woratschek, H. (2003), Kooperation im Sportmanagement – Eine Konsequenz der Wertschöpfungslogik von Sportwettbewerben und Ligen, in: Zieschang, K. / Woratschek, H. / Beier, K. (Hrsg.), Kooperation im Sportmanagement, Köln, S. 9 – 29.
- Woratschek, H. (2004), Qualitätsmanagement im Dienstleistungsbereich – Eignung der Qualitätsmessung für das Kennzahlen-Controlling, in: Controlling – Zeitschrift für erfolgsorientierte Unternehmensführung, Nr. 2, S. 73 – 84.
- Woratschek, H. / Roth, S. / Pastowski, S. (2002), Geschäftsmodelle und Wertschöpfungskonfigurationen im Internet, in: Marketing Zeitschrift für Forschung und Praxis, 24. Jg., Spezialausgabe „E-Marketing“, S. 57 – 71.
- Woratschek, H. / Schafmeister, G. (2005), Ist das Management von Sportbetrieben ein besonderes Business? – Eine Analyse der Besonderheiten in der Wertschöpfung von Sportbetrieben, in: Brehm, W. / Heermann, P. W. / Woratschek, H. (Hrsg.), Sportökonomie – Das Bayreuther Konzept in zehn exemplarischen Lektionen, Bayreuth, S. 27 – 49.

Zusammenfassung

Im Rahmen der Integrierten Versorgung haben gesetzliche Krankenkassen die Möglichkeit Leistungserbringer selektiv zu kontrahieren. Während viele Abhandlungen dieses Thema eher aus Systemsicht untersuchen, widmet sich der vorliegende Beitrag der kassen-individuellen, betriebswirtschaftlichen Sichtweise. Ziel ist es zu erklären, wie eine Krankenkasse durch selektives Kontrahieren Werte schafft. Dabei werden Krankenkassen

als Intermediäre beschrieben, die zwischen ihren Versicherten und ausgewählten Leistungserbringern Kontakte vermitteln. Bei der Zusammensetzung des Krankenkassen-Netzwerks sind sowohl quantitative als auch qualitative Aspekte zu berücksichtigen. So muss sich die Anzahl der zu kontrahierenden Leistungserbringer am Bedarf der Versicherten orientieren. Gleichzeitig stellt die Qualität der Vertragspartner auch ein Leistungsmerkmal der Krankenkasse dar. Durch selektives Kontrahieren schafft eine Krankenkasse Werte für ihre Versicherten, indem sie für diese eine Vorauswahl an qualitätsgeprüften Leistungserbringern vornimmt, Behandlungsabläufe, Diagnose- und Therapieverfahren sowie Gewährleistungsansprüche und Garantien vereinbart. Gleichzeitig schafft selektives Kontrahieren für die Leistungserbringer einen Wert, indem die Krankenkasse für diese Dienstleistungen der Patientenvermittlung erbringt.

Abstract

By establishing Integrated Care sickness funds are introduced the possibilities of signing individual contracts with single or a group of health care providers (selective contracting). So far, this topic has been discussed a lot from the health care system's point of view. The research presented in this paper however focuses on business aspects from a single sickness fund's point of view. By selective contracting of providers a sickness fund creates additional value for insurants. Besides the traditional payer function this is especially done by pre-selecting quality-proved providers, stipulating diagnosis and therapy methods, stipulating guarantees and negotiating remunerations. Customer-orientation requires identification of the patient's different needs and preferences. To satisfy those individually varying demands a sickness fund has to choose carefully its contract partners. A sickness fund's success depends on the quality of its contracted providers. As selective contracting means that only a chosen number of providers will be contracted, value is created for those by mediating patients with the opportunity of raising both income and utilisation. The value creation by selective contracting can be summarized both for patients as well as for providers as a strong reduction of transaction costs.