

unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsprinzips⁹⁸ und dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität⁹⁹.

Unter Berücksichtigung der vom Gesetzgeber vorgegebenen Rahmenbedingungen, können Krankenkassen auf den darunter liegenden Ebenen die Ziele ihres unternehmerischen Handelns selbst festlegen.

3.2.2 Kundenbindung als Unternehmensziel von Krankenkassen

Die klassische Theorie der Unternehmung geht davon aus, dass das Streben nach maximalem Gewinn das Oberziel eines Unternehmens darstellt. Dieser absolute Anspruch der Gewinnmaximierungshypothese wurde auf Basis empirischer Untersuchungen inzwischen jedoch revidiert. In der Praxis stehen mittlerweile andere Ziele im Vordergrund, wie z.B. die Sicherung des Unternehmensbestandes, die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens oder die Zufriedenheit der Kunden. Welche Ziele priorisiert werden, hängt zum Beispiel von situativen Faktoren ab, wie der Wettbewerbsintensität, der Größe sowie dem Überlebens- oder Gewinn-Niveau eines Unternehmens.¹⁰⁰

Auch Krankenkassen können unterschiedliche Unternehmensziele verfolgen. Eine Gewinnerzielung ist jedoch ausdrücklich untersagt. Fallen Überschüsse an, sind diese an die Mitglieder in Form niedrigerer Zusatzbeträge oder Ausschüttung zurückzugeben.¹⁰¹

Zu den Zielen von Krankenkassen gehören:¹⁰²

- die Erhöhung der Kassengröße,
- die Erhöhung der Kundenzufriedenheit,
- die Steigerung des Bekanntheitsgrades,
- die Verbesserung der medizinischen Versorgung,
- die Stabilisierung bzw. Senkung des Beitragssatzes¹⁰³ sowie

⁹⁸Vgl. § 12 SGB V.

⁹⁹Vgl. § 71 SGB V.

¹⁰⁰Vgl. Meffert (2000), S.72; Becker (2006), S.14 ff.

¹⁰¹Vgl. Simon (2008), S.123.

¹⁰²Vgl. Haenecke (2001a), S.168 ff.; Bogner/Loth (2004), S.45 ff.

¹⁰³Seit der Einführung des einheitlichen Beitragssatzes im Jahr 2009 bezieht sich dieses Ziel auf die Höhe von Zusatzbeiträgen oder Ausschüttungen.

- die Verbesserung der Risikostruktur.

Im Rahmen einer schriftlichen Befragung von 61 Kassenmanagern konnten im Jahr 2000 drei Oberziele von Krankenkassen identifiziert werden:¹⁰⁴

- die Sicherung des Kassenfortbestands,
- das Erhöhen bzw. Halten der Kassengröße sowie
- das Senken bzw. Halten des Beitragssatzes.

Bei der Frage nach dem wichtigsten Ziel von Krankenkassen lag die Sicherung des Kassenfortbestands mit rund 45 Prozent der Nennungen an vorderster Stelle. Das Halten bzw. die Erhöhung der Kassengröße gaben etwa 21 Prozent der Befragten als wichtigstes Ziel an. Bei der Frage nach den fünf wichtigsten Zielen wurde auch die Höhe des Beitragssatzes als zentrale Zielgröße genannt. Eine erneute empirische Erhebung durch Reile (2006) bestätigte diese Ergebnisse.¹⁰⁵

Welche Ziele eine Krankenkasse priorisiert, hängt von ihren individuellen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen ab; diese können sehr unterschiedlich sein. Einige Krankenkassen versichern nur wenige Tausend Menschen, andere Kassen zählen dagegen mehrere Millionen Versicherte zu ihren Kunden. Ähnlich ist es bei der personellen Aufstellung: Während kleine Krankenkassen mit 10-20 Mitarbeitern auskommen, haben die großen Krankenkassen in Deutschland mehrere Tausend Beschäftigte.¹⁰⁶ Auch die Risiko- und Einkommenstrukturen sind ungleich verteilt. Darüber hinaus nutzen einige Krankenkassen die Möglichkeit, sich nur für die Beschäftigten bestimmter Trägerunternehmen zu öffnen und somit nur eine bestimmte Klientel zu bedienen. Andere Kassen wiederum agieren uneingeschränkt auf Landes- und Bundesebene. Aufgrund dieser Heterogenität erscheint es schwer, ein allgemein gültiges Oberziel von Krankenkassen zu bestimmen.

Bei einer genaueren Betrachtung der empirisch ermittelten Oberziele von Krankenkassen liegt es allerdings nahe, die Ziele nicht isoliert zu betrachten, sondern als *Wirkungskette* zu verstehen: Der Beitragssatz bzw. die Zusatzbeiträge oder Ausschüttung können als „Preis für die Krankenversicherung“ die Wechselbereitschaft bestehender und potenzieller Kunden und somit die Größe einer Krankenkasse (gemessen an der Anzahl ihrer Versicherten) beeinflussen. Das Erhöhen oder

¹⁰⁴Vgl. Haenecke (2001a), S.175 ff.; Haenecke (2001c), S.31 ff.

¹⁰⁵Vgl. Reile (2006), S.47 ff.

¹⁰⁶Die BARMER Ersatzkasse zählte zum Beispiel im Jahr 2009 rund sieben Millionen Versicherte und etwa 17.000 Mitarbeiter (vgl. www.barmer.de).

Halten der Kassengröße ist wiederum eine notwendige Bedingung für deren Fortbestand.

3.2.2.1 Motive für den Erhalt und die Erhöhung der Kassengröße

Die *Sicherung des Fortbestands* einer Krankenkasse ist als Ziel sehr allgemeingültig. Marktteilnehmer, die dieses Ziel nicht als unmittelbar gefährdet ansehen, werden es kaum als oberstes Unternehmensziel hervorheben. Die Bedeutung der Sicherung des Kassenfortbestands, die aus den empirischen Ergebnissen hervorgeht, lässt daher vermuten, dass viele Kassen zum Zeitpunkt der Befragung ihre Stellung im Markt nicht als gefestigt ansahen. Der Rückgang der Krankenkassen in Deutschland liefert hierfür eine mögliche Erklärung: Von 1994 bis zur Befragung im Jahr 2000 war die Zahl der Krankenkassen von mehr als 1.000 auf etwa 400 gesunken. Anfang 2011 wurden nur noch 156 Kassen gezählt.¹⁰⁷

Folgt man den Prinzipien des Wettbewerbs, dann scheiden ineffiziente Anbieter früher oder später aus dem Markt aus. Dies gilt dem Grundsatz nach auch in der GKV: Eine Krankenkasse ist von der zuständigen Aufsichtsbehörde zu schließen, wenn ihre Leistungsfähigkeit auf Dauer nicht mehr gesichert ist.¹⁰⁸ Auch die Insolvenz ist seit dem 1. Januar 2010 für fast alle Krankenkassen möglich.¹⁰⁹ Die Schließung einer Kasse zieht allerdings hohe Kosten für die übrigen Kassen einer Kassenart nach sich: Kredite müssen getilgt und Sozialpläne finanziert werden. Aus diesem Grund kam es in der Vergangenheit nur zu wenigen Kassenschließungen; zahlungsunfähige Akteure wurden stattdessen saniert oder mit einer anderen Krankenkasse vereint.¹¹⁰ Nicht alle Fusionen in der gesetzlichen Krankenversicherung sind jedoch auf die Zahlungsunfähigkeit einzelner Marktteilnehmer zurückzuführen. Ein Großteil der fusionierten Kassen schloss sich in den letzten Jahren mit dem Ziel zusammen, Synergie-Effekte zu nutzen und ihre Wettbewerbsposition zu stärken.

Darüber hinaus ist anzunehmen, dass der Vorstand einer Krankenkassen daran interessiert ist, die Wettbewerbsposition der eigenen Kasse zu stärken und zukunftsfähig auszubauen, um seine Stellung (und die damit verbundene Vergütung und das Prestige) nicht zu gefährden.

¹⁰⁷Vgl. Abbildung 2.1.

¹⁰⁸Vgl. §§ 146a, 153, 163, 170 SGB V.

¹⁰⁹Zur Insolvenz von Krankenkassen siehe z.B. Lambertin (2008), Minn (2008), Steinmeyer (2008), Polaszek/Zellmann (2009).

¹¹⁰Vgl. Laschet (2004).

Als Maßstab für den Erhalt der Marktstellung kann die *Größe einer Krankenkasse*, gemessen an der Anzahl ihrer Mitglieder bzw. Versicherten, herangezogen werden. Ob der Erhalt der aktuellen Kassengröße jedoch ausreicht, um das langfristige Überleben einer Krankenkasse zu sichern, ist mit Blick auf die vielen kleinen Krankenkassen, die nur wenige Tausend Menschen versichern, zu hinterfragen.

Mögliche Vorteile von mitgliederstarken Krankenkassen sind:¹¹¹

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

Trotz dieser Vorteile, konnte die Anzahl der Mitglieder bislang nicht als notwendige Voraussetzung für den Fortbestand einer Kasse bestätigt werden. Die Einführung des Wettbewerbs hat einerseits nicht zu einem kategorischen Ausschluss aller kleinen Krankenkassen geführt; für viele dieser Kassen war und ist es auch weiterhin möglich, sich im Markt zu behaupten. Große Krankenkassen arbeiten zudem nicht zwingend kostengünstiger als kleine Kassen wie mehrere Untersuchungen zeigen.¹¹²

Bei einer Ausweitung des Vertragswettbewerbs gewinnt die Anzahl der Versicherten und die damit verbundene Verhandlungsmacht einer Krankenkasse allerdings an Bedeutung. Kleine Krankenkassen müssen jedoch nicht zwangsläufig mit einer schlechteren Verhandlungsposition rechnen, wenn sie es verstehen, ihre Kräfte zu bündeln. In einer im Frühjahr 2007 durchgeführten Befragung zur Entwicklung des

¹¹¹Vgl. z.B. Curtius (1999), S.2; Haenecke (2001a), S.168 ff.; Stapf-Finé (2009); Kartte/Neumann (2008), S.16.

¹¹²Vgl. Stoschek (2003); Brennenstuhl/Schulz (2007), S.299 f.; Unterhuber/Zacher (2009). Schon Mühlenkamp stellt im Jahr 1995 fest, dass „bisher alle empirischen Untersuchungen den Hoffnungen auf eine Steigerung der Verwaltungseffizienz in der GKV durch die Vereinigung von Kassen“ (Mühlenkamp (1995), S.302) widersprechen. Auch in einer von der BKK Mittelstandsoffensive initiierten Studie zur Analyse der optimalen Kassengröße aus dem Jahr 2004 wurden nur vereinzelte Größenvorteile, z.B. bei IT-Lösungen, beobachtet (vgl. Fritz Beske Institut für Gesundheitssystem-Forschung (2004)). Die Vorteilhaftigkeit kleiner Kassen zeigte sich dagegen in flexibleren Angebots- und Servicestrukturen und einer höheren Innovationsrate. Ähnliche Ergebnisse gehen aus einer im Jahr 2006 von Rürup durchgeführten Untersuchung zur Entwicklung der Verwaltungskosten von Orts- und Innungskrankenkassen hervor. Ein Vergleich der Verwaltungskosten vor und nach dem Zusammenschluss der untersuchten Kassen ergab, dass große Krankenkassen sogar eher kostengünstiger arbeiten. Eine Senkung der Verwaltungskosten war nach der Fusion der Kassen nicht festzustellen (vgl. Rürup (2006); Hoffmann (2006)).