

Lernbrief

Privatkunden akquirieren und halten, dabei beraten

3.0
Basisprozess

Prozesshandbuch, Stand: August 2025

Herausgeber:
AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

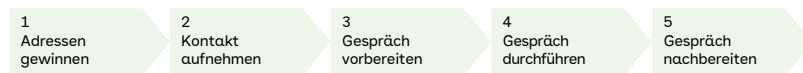
Bearbeitung: Tobias Weidenbacher, AOK Baden-Württemberg

Redaktion: Referat Berufliche Bildung

Ansprechpartnerin: Anja Michelchen, Tel.: 030 34646-2175

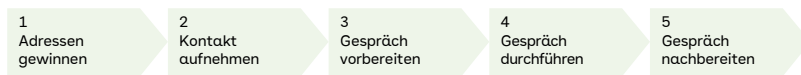
Druck und Vertrieb durch
Bonn & Fries, Frankfurter Straße 51, 57074 Siegen.

Vervielfältigung der Materialien oder einzelner Beiträge daraus
(auf fotomechanischem oder sonstigem Wege) ist nur mit vorheriger
Genehmigung des Herausgebers gestattet.

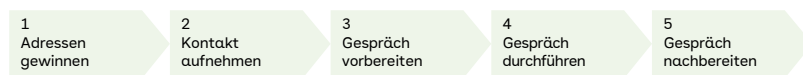


Gliederung

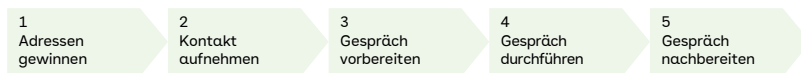
1 Einleitung	4
2 Lernziele	6
3 Markt als Lebensraum des Unternehmens	7
3.1 Marktbegriff und Marktarten	7
3.2 Marktteilnehmer	9
3.3 Messgrößen des Markts	10
3.3.1 Besonderheiten von Marktanteilen in der GKV	13
3.3.2 Entwicklungstendenzen der Marktanteile in der GKV	15
4 Krankenversicherungsmarkt als Teil des Gesundheitsmarkts	16
4.1 Grundzüge des Krankenversicherungsmarkts	16
4.2 Größe und Kundenströme des Krankenversicherungsmarkts	20
4.3 Marktteilnehmer auf dem Krankenversicherungsmarkt	21
4.4 Herausforderungen der AOK auf dem Krankenversicherungsmarkt	22
5 Marketing als Handlungsfeld der GKV	23
5.1 Marketingbegriff	23
5.1.1 Entstehung des Marketingbegriffs	23
5.1.2 Entstehungsphasen des Marketingbegriffs	25
5.1.2.1 Phase der Produktorientierung	25
5.1.2.2 Phase der Verkaufsorientierung	25
5.1.2.3 Phase der Marketingorientierung	25
5.1.2.4 Phase der Kundenorientierung	26
5.1.2.5 IT-gestütztes Marketing	26
5.1.3 „Marketing“ – Begriffsdefinitionen	27
5.2 Die beiden großen Handlungsfelder des Marketing	28
5.3 Wettbewerb und Marketing auf dem Krankenversicherungsmarkt	32
5.4 Blickwinkel des Marketing	34
5.5 Wettbewerbsvorteile im Marketing	35
5.6 Übungen zum Lernabschnitt 5	36
6 Marktbetrachtung und Marktforschung	37
6.1 Definition und Bestandteile der Marktforschung	37
6.1.1 Analyse der Nachfrageverteilung	39
6.1.2 Image- und Zufriedenheitsanalysen	40



6.1.3 Standortforschung	44
6.2 Gütekriterien der Marktforschung	46
6.3 Prozess der Marktforschung	47
6.4 Methoden der Markt-forschung	48
6.4.1 Methoden der Primärforschung	49
6.4.1.1 Befragung	49
6.4.1.2 Beobachtung	52
6.4.1.3 Experiment	52
6.4.1.4 Panelerhebung	53
6.4.2 Methoden der Sekundärforschung	54
6.5 Individuelle Behandlung von Zielgruppen aus Marktforschungsergebnissen	54
6.6 Übungen zum Lernabschnitt 6	56
7 Strategische Perspektiven des Marketing	58
7.1 Bestimmung von Marketingzielen	58
7.2 Entwicklung von Marketingstrategien	60
7.3 Übungen zum Lernabschnitt 7	62
8 Marketinginstrumente und Marketingmix	63
8.1 Produktpolitik	66
8.1.1 Produktpolitik der AOK	68
8.1.2 Produktpolitik der PKV	74
8.1.2.1 Rechtsgrundlagen	75
8.1.2.2 Allgemeine Versicherungs-bedingungen (AVB)	76
8.1.2.3 Besondere Versicherungsbedingungen (BVB)	78
8.1.2.4 Versicherungsbeginn, vorvertragliche Pflichten und Versicherungsende	80
8.1.2.5 Leistungen der PKV	94
8.2 Preispolitik	105
8.2.1 Preispolitik der AOK	107
8.2.1.1 Mittelfristige Finanzplanung (Beitragsstrategie)	109
8.2.1.2 Rücklagenmanagement	110
8.2.1.3 Zielgruppenspezifische Angebote	110
8.2.1.4 Ausgabenmanagement	111
8.2.1.5 Weitere Möglichkeiten der Beitragspolitik in der AOK	112



8.2.1.6 Beitragssatzgestaltung nach dem GKV-FQWG und dem GKV-VEG	112
8.2.2 Preispolitik der PKV	113
8.2.2.1 Prämienzusammensetzung in der PKV	115
8.2.2.2 Prämienkalkulation in der PKV	116
8.2.2.4 Altersbedingte Prämienänderungen	124
8.2.2.5 Prämienzahlung	126
8.2.2.6 Prämienzuschuss des Arbeitgebers	127
8.2.2.7 Versicherungszeiten in der Rentenversicherung	130
8.2.2.8 Versicherungszeiten in der Arbeitslosenversicherung	131
8.3 Kommunikationspolitik	132
8.3.1 Werbung	132
8.3.1.1 Allgemeines	132
8.3.1.2 Öffentlichkeitsarbeit	138
8.3.1.3 Verkaufsförderung	139
8.3.1.4 Sponsoring	140
8.3.2 Kommunikationspolitik in der AOK	140
8.3.3 Kommunikationspolitik in der PKV	152
8.4 Vertriebspolitik	152
8.4.1 Vertriebspolitik der AOK	154
8.4.2 Vertriebspolitik der PKV	156
8.5 Übungen zum Lernabschnitt 8	157
9 Mehrwertstrategie	161
9.1 Grundsätzliches	161
9.2 Ergänzung des Produktportfolio der AOKs um Kooperationsangebote	162
10 Marketing-Controlling	166
10.1 Begriff „Controlling“	167
10.2 Begriff „Marketing-Controlling“	168
10.2.1 Ziele und Aufgaben des Marketing-Controlling	169
10.2.2 Instrumente des Marketing-Controlling	172
11 Zusammenfassende Selbstkontrolle	176
12 Lösungen zu den Übungen im Text	180
13 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle	193



1 Einleitung

Dieser Lernbrief soll Ihnen verdeutlichen, wie die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die private Krankenversicherung (PKV) im Bereich des Marketing auf ihre Kunden einwirken. Sowohl GKV als auch PKV sind auf dem Gesundheitsmarkt im weiteren Sinne tätig. Gesundheit, Wellness und Fitness sind Themen, die in der deutschen Gesellschaft von wachsender Bedeutung sind. Digitaler Content zur Work-Life-Balance umgibt uns tagtäglich. Die Zahl der Angebote in diesem Themenkomplex ist entsprechend groß; die Angebote schwer überschaubar. Es werden nicht nur medizinische Leistungen, sondern alle möglichen Angebote rund um das Thema „Wohlfühlen und Gesundsein“ angeboten. Dies geht vom einfachen Vitaminpräparat über die Wellnessmassage bis hin zu komplexen und aufwendigen Krankenbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen. Aber was haben GKV- und PKV-Anbieter mit Anbietern von Gesundheitsleistungen wie Fitnessstudios, Leistungserbringern, Krankenhäuser oder Apotheken gemeinsam? Hauptsächlich folgendes: GKV und PKV sichern ihre Kundschaft als Versicherer gegen die finanziellen Risiken im Zusammenhang mit Gesundheit ab. Sie finanzieren damit die Leistungen, die die Leistungserbringer erbringen. Die AOK ist größter Anbieter der GKV; sie steht mit den anderen Anbietern der GKV und der PKV im Wettbewerb. Die PKV ist gegenüber der GKV ein bedeutender Wettbewerber auf dem Krankenversicherungsmarkt. Sie selektiert vor allem sehr erfolgreich die „guten Versicherungsrisiken“ und nimmt damit Einfluss auf das dauerhafte Funktionieren der GKV und somit auch der AOK. Dies gilt trotz folgender Regelungen, die der PKV in den letzten Jahren ein „soziales Gesicht“ geben und an die GKV heranführen sollen:

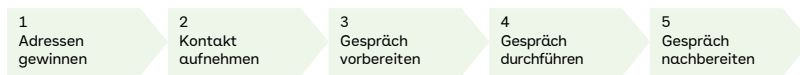
- erschwerter Zugang von bisher GKV-Versicherten zur PKV
- Schaffung eines Basistarifs
- Übertragung von Alterungsrückstellungen
- Pflicht zur Versicherung für bestimmte Personen in der PKV
- Verpflichtung der PKV, „Unisex-Tarife“ anzubieten (Frauen und Männer zahlen die selben Prämien)

Diese Neuregelungen der letzten Jahre haben das Geschäft der PKV erschwert. Die Entwicklung in der Arbeitsmarktpolitik, z.B. Existenzgründungen durch eine „Ich-AG“, hingegen haben sich positiv auf das Geschäft der PKV ausgewirkt.

Auch Regelungen wie Wartezeiten vor einem Wechsel in die PKV und die Höhe der Jahresarbeitsentgeltgrenze wirken sich auf die Wechselbewegungen von der GKV zur PKV aus.

In der Praxis zeigt sich, dass Entscheidungen zugunsten der PKV häufig nicht rein rational getroffen werden: Die emotionsbetonten Werbestrategien der PKV spielen eine wichtige Rolle, z.B. mit dem Hinweis auf die privatärztliche Behandlung.

Die PKV bietet tatsächlich auf den ersten Blick für einige Kundengruppen den unmittelbaren Vorteil der Preisersparnis. Aber: Die Risiken, die sich aus dem Versicherungsvertrag ergeben, und auch die Leistungen der PKV, sind vielfach nicht ausreichend bekannt, sodass meist beim Abschluss eines PKV-Vertrags von falschen Voraussetzungen ausgegangen wird. Dies führt oftmals nach dem Wechsel von der GKV zur PKV zu Problemen. Denn die Entscheidung für die PKV ist grundsätzlich eine Festlegung für das ganze Versicherungsleben. Was für jüngere, gesunde, gut verdienende, alleinstehende Versicherte – also „gute Risiken“ – günstig



ist, kann in der Lebensphase der Familiengründung schon teuer werden. Eine Rückkehr in die GKV ist dann meistens nicht mehr möglich.

Sie als AOK-Mitarbeitende sollten unseren Kunden also nicht nur vor einem Wechsel zu einem anderen Anbieter der GKV, sondern auch vor einem Wechsel in die PKV Entscheidungshilfen anbieten. Dies erfordert die Kenntnis des privaten Versicherungswesens. Darüber hinaus ist es notwendig, dass Sie sich auf dem Krankenversicherungsmarkt auskennen, um nicht nur reagieren, sondern auch agieren zu können. Sie können dabei auch die positiven Ansätze einer kooperativen Vorgehensweise von Anbietern aus der GKV und der PKV nutzen.

So können die Satzungen der gesetzlichen Krankenkassen eine Bestimmung enthalten, nach der sie den Abschluss privater Zusatzversicherungen, z.B. Wahlleistungen im Krankenhaus oder eine Auslandsreisekrankenversicherung, vermitteln können. Die Vermittlung privater Zusatzversicherungen aufgrund der jetzt bestehenden Kooperationen zwischen der AOK und verschiedenen privaten Krankenversicherungsunternehmen fordern von Ihnen daher auch Detailkenntnisse des privaten Versicherungswesens und der bestehenden Kooperationsvereinbarungen.

Schon die bisherigen Ausführungen verdeutlichen die Komplexität Ihrer Arbeit als AOK-Mitarbeitende.

Hinweise

Sofern nicht erforderlich, haben wir auf die Angabe einer konkreten AOK und auf Jahreszahlen verzichtet. Gehen Sie in diesen Fällen von Ihrer AOK und den Werten des aktuellen Kalenderjahres aus.

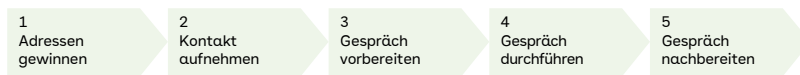
Die Textteile, deren Inhalt nicht prüfungsrelevant, aus unserer Sicht jedoch wichtig für das Gesamtverständnis und die AOK-Praxis sind, haben wir in grüner Schrift gedruckt.

Zudem haben wir für die Berechnung von Beiträgen einen für alle AOKs gültigen Zusatzbeitragssatz in Höhe von 2,5 % unterstellt.

Wir hoffen, dass Ihnen dies bei der Bearbeitung und Prüfungsvorbereitung eine Hilfe ist. Außerdem wissen wir aus der Erfahrung, dass unsere Lernbriefe, obwohl sie ausdrücklich nur ein internes Medium für Mitarbeitende der AOK sind, gelegentlich auch den Mitarbeitenden der Mitbewerber zugänglich gemacht werden. Um einen Know-how-Transfer via Lernbrief an die Mitbewerber einzuschränken und auch aufgrund zahlreicher regionaler Besonderheiten im Marketing, finden Sie daher gerade in diesem Thema bei den Übungen den Hinweis, die Lösung mit Ihren Ausbildern, Ausbildungsleitung oder Mentoren zu besprechen. Nutzen Sie dies. Es ist Teil dieser Lerneinheit.

Haben Sie Tipps, Anregungen oder Verbesserungsvorschläge zu den Inhalten des Lernbriefs? Dann zögern Sie nicht, uns anzusprechen.

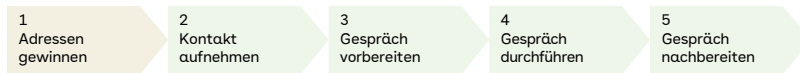
So viel zur Einleitung und nun viel Spaß bei der Erarbeitung des Themas.



2 Lernziele

Der Lernbrief soll Sie in der Entwicklung folgender Kompetenzen unterstützen:

- Marketing als Voraussetzung für den Erfolg des Unternehmens zu erklären
- die Situation der AOK auf dem Krankenversicherungsmarkt zu erläutern
- Auswirkungen des Wettbewerbs auf das Handeln der Krankenkassen zu erläutern
- Marketingziele aus Unternehmenszielen der AOK abzuleiten
- Möglichkeiten der Zielgruppensegmentierung und geeignete Methoden zur Ermittlung der Kundenwünsche zu beschreiben
- die Marketinginstrumente zu beschreiben
- den Marketingmix (aus Produkt-, Preis-, Kommunikations- und Vertriebspolitik) als Grundlage der Marketingaktivitäten zu beschreiben
- private Krankenversicherungsunternehmen als Mitbewerber auf dem Krankenversicherungsmarkt zu beschreiben und ihre Organisation aufzuzeigen
- die Zielgruppen, Marktanteile und Vertriebswege der GKV und der PKV zu nennen
- die Möglichkeiten der Produktpolitik und das daraus resultierende Leistungsangebot der GKV und der PKV darzustellen
- die Grundlagen des PKV-Versicherungsverhältnisses und des PKV-Versicherungsvertrags als Grundlagen der Produktpolitik zu erläutern
- die Prämiengestaltung der PKV (Preispolitik) zu erläutern und in diesem Zusammenhang über den Beitragszuschuss des Arbeitgebers für privat Kranken- und Pflegeversicherte zu informieren
- die Regelungen der PKV in der privaten Pflegeversicherung zu nennen
- bei der Kundenberatung konkrete Vorteile der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber den Leistungen und der Tarifgestaltung der privaten Krankenversicherungsunternehmen aufzuzeigen
- dem Kunden die sich durch die Kooperation mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen ergebenden Vorteile aufzuzeigen



3 Markt als Lebensraum des Unternehmens

1 Adressen gewinnen

Unternehmen sind ein Teil und wichtige Akteure auf Märkten. Was aber genau versteht man unter „Märkten“?

3.1 Marktbegriff und Marktarten

1 Adressen gewinnen

In der volkswirtschaftlichen Betrachtung stellt der Markt einen Ort dar, an dem Nachfrage und Angebot aufeinandertreffen. Der Markt ist also ein Ort, an dem Anbieter ihre Produkte zum Erwerb bereitstellen und Interessenten diese Produkte nachfragen. Dieser Ort (Markt) ist häufig nicht geografisch zu lokalisieren. Bei Börsen oder auch im Internet (z.B. bei Käufen im Internet usw.) existiert exemplarisch kein geografisch fester Ort, an dem die konkreten Produkte ausgetauscht werden. Das ist auch nicht erforderlich, denn die Einigung von Nachfrage und Angebot kann auch über weite Distanzen erfolgen, so beispielsweise auch telefonisch, per Internetbestellformular oder E-Mail.

Der Markt stellt also das Betätigungsfeld des Unternehmens dar. Jedes Unternehmen – und natürlich auch die AOK – tritt am Markt gleichzeitig als Nachfrager und Anbieter auf.

Man kann daher zwischen Beschaffungs- und Absatzmärkten unterscheiden. Die folgende Grafik soll Ihnen diese grobe Unterscheidung zwischen Beschaffungs- und Absatzmarkt verdeutlichen. Dabei haben wir den Beschaffungsmarkt in die wichtigsten Teilbereiche unterteilt.



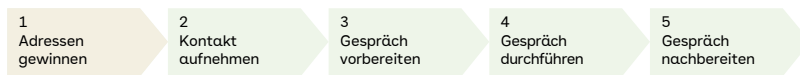
Märkte sind für Unternehmen also in zwei große Bereiche unterteilt; einen Bereich, in dem das Unternehmen Leistungen nachfragt und einen Bereich, in dem das Unternehmen seine eigenen Leistungen anbietet.

Der Absatzmarkt eines Unternehmens ist die Gesamtheit aller potenziellen und tatsächlichen Nachfrager des Produkts des Unternehmens.

Das Unternehmen muss sich seinen Markt suchen und kann durch gezielte Maßnahmen Einfluss auf die Marktsituation nehmen, indem es z.B. potenzielle Nachfrager als tatsächliche Käufer gewinnt.

Märkte können über die Einteilung in Absatz- und Beschaffungsmarkt hinaus auch nach folgenden Kriterien beschrieben werden:

1. Angebots- und Nachfragestruktur
2. Zugang zu den Märkten
3. geografische Aspekte



Zu 1.

Es gibt verschiedene Arten von Angebotsmärkten:

- a) Monopol (nur ein Anbieter auf dem Markt)
- b) Oligopol (nur wenige Anbieter auf dem Markt, sodass schon das Handeln eines Anbieters einen beobachtbaren Einfluss auf die Gesamtsituation des Markts hat)
- c) Polypol (faktisch unbegrenzte Zahl von Anbietern auf dem Markt)

Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Wirtschaftslehre, Teil 3“.

Für das Unternehmen, das am Markt teilnimmt – oder teilnehmen will – ist es bedeutend, welche Form der jeweiligen Markt besitzt. So ist ein Eindringen in einen monopolistischen Markt fast unmöglich und die absolute Marktmacht auf einem polypolistischen Markt nahezu unerreichbar.

Der Krankenversicherungsmarkt kennt viele Anbieter (sowohl aus der GKV als auch aus der PKV) und eine große Menge an Nachfragern. Damit ist er schnell und relativ eindeutig als polypolistischer Markt beschreibbar.

Zu 2.

Es lassen sich unterscheiden:

- a) beschränkt Zutrittsberechtigter Markt
- b) offener Markt

Märkte mit beschränkten Zutrittsmöglichkeiten zeichnen sich durch Kontingentierung (eine mengenmäßige

Beschränkung des Angebots) und/oder eine Konzessionierung (mengenmäßige Beschränkung der Anbieter) aus. So sind z.B. Taxiunternehmen konzessioniert. Auch darf nicht jeder eine Krankenversicherung eröffnen, da diese besonderen Ansprüchen genügen muss.

Offene Märkte sind jedem frei zugänglich und bieten eine entsprechende Anzahl von Angeboten und Nachfragern.

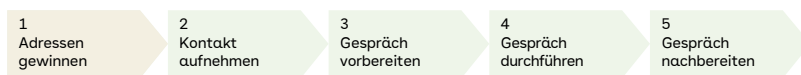
Zu 3.

Bei dieser Unterscheidung wird nach geografischen Bereichen unterteilt. So kann es sich um einen

- a) lokalen,
- b) regionalen,
- c) nationalen oder
- d) internationalen

Markt handeln. Für die AOK ist diese Unterteilung auch relevant, da sich durch die EU auch der Handlungsraum der AOK entsprechend erweitert hat. Neben der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (EU-Projekte bestehen mit Belgien, Frankreich und den Niederlanden sowie Spanien) durch die European Health Insurance Card (EHIC) wird sicher der Gesundheitsmarkt durch Anbieter aus anderen EU-Ländern stetig zunehmen. Eine erste rein wirtschaftliche Öffnung hat das Angebot der Internet-Apotheke „Doc Morris“ gebracht; weitere sind gefolgt.

Philipp Kotler (lesen Sie ruhig einmal im Internet oder einer Bibliothek seine Veröffentlichungen) hat uns noch eine Unterteilung an die Hand gegeben, die uns sehr gut hilft, den Markt näher zu untersuchen, um bessere Entscheidungen zu treffen.



So lassen sich Märkte nach den „4 W“ abgrenzen:

1. Was wird auf diesem Markt gekauft? (Kaufobjekt)
2. Warum wird auf diesem Markt gekauft? (Kaufmotive und Kaufzielsetzungen)
3. Wer kauft auf diesem Markt? (Träger der Kaufentscheidung)
4. Wie wird auf diesem Markt gekauft? (Kaufpraxis, Kaufentscheidungsprozess)

Je nachdem, wie diese Merkmale ausfallen, können folgende weitere Marktarten unterschieden werden:

- a) Konsumentenmarkt (Konsumgüter)
- b) Produzentenmarkt (Investitions- und Produktionsgüter)
- c) Wiederverkäufermarkt (Weiterverkauf von Gütern)
- d) Markt der öffentlichen Betriebe (öffentl. Verwaltung, Bund, Länder usw.)

Nachdem wir die wichtigsten Marktarten unterschieden haben, untersuchen wir nun die Teilnehmer des Markts und die relevanten Größen, die uns Aufschluss über die Beschaffenheit des Markts geben können. Die Klärung dieser Begriffe hilft uns bei der Planung der späteren Marktaktivitäten.

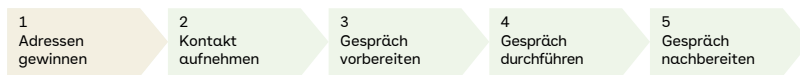
3.2 Marktteilnehmer

Die Unternehmen stehen in vielfacher Beziehung zu anderen Individuen oder Unternehmen. Es gibt für die Unternehmen eine Vielzahl von Marktpartnern, die am Tauschprozess beteiligt sind oder damit in enger Verbindung stehen. Diese Beziehungen können entweder schon lange bestehen, gerade erst entstanden sein oder werden neu aufgebaut. Um die wichtigsten Marktpartner einmal zu beschreiben, bietet sich eine Gliederung in drei Gruppen an:

1 Adressen gewinnen

Marktpartner

vorgelagerter Marktpartner	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitnehmende • Zulieferer • Kapitalgeber (Anteilseigner und Banken)
nebegelagerter Marktpartner	<ul style="list-style-type: none"> • Konkurrenzunternehmen • Öffentlichkeit • Vereine • Verbände • Gewerkschaften • Kirche • Parteien • Presse/Medien
nachgelagerter Marktpartner	<p>Absatzhelfer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spediteure, Werbeagenturen, Marktforschungsinstitute <p>Absatzmittler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Handel, Verkäufer, Vertrags- und Leistungspartner <p>Bedarfsträger</p> <ul style="list-style-type: none"> • alle Kunden



Von vorgelagerten Marktpartnern spricht man, wenn irgendeine Art von Vorleistung für das eigene Angebot erstellt wurde. Dazu ein Beispiel aus der Autoindustrie: Bei der Produktion von Autos in Deutschland werden ca. 70 % aller Leistungen von anderen Unternehmen erbracht. Lediglich ca. 30 % – wie z.B. die Endmontage der zugelieferten Teile – werden bei den Autoproduzenten selbst erstellt. Also müssen sich Autoproduzenten sehr intensiv mit ihren Zulieferern einigen und abstimmen.

Die sogenannten nebengelagerten Marktpartner sind diejenigen Marktteilnehmer, die (noch) in keiner direkten Leistungsaustauschbeziehung zum Unternehmen stehen und somit keine besondere Verbindung zum Unternehmen haben; das sind alle Mitanbieter und die Öffentlichkeit, also die Bevölkerung. Diese große, anonyme Menge „Bevölkerung“ ist als solches nicht zu überblicken. Sie besteht aus Vereinen, Verbänden, Presse, Kirche, Gewerkschaften, Parteien, Kommunen usw.

Als nachgelagert werden die Marktpartner bezeichnet, die Unternehmen bei der Verbreitung ihres Angebots unterstützen. Absatzhelfer unterstützen bei der Anbahnung von Kontakten zwischen Unternehmen und ihren Endkunden. Adressverlage, Kommissionäre, Handelsvertreter, Werbeagenturen und Marktforschungsunternehmen können als Absatzhelfer bezeichnet werden. Absatzmittler dagegen sind die Personen oder Institutionen, die das Angebot direkt an die Kunden verteilen. Sofern es einen Handel gibt, zählt dieser zu den Absatzmittlern, ebenso wie Ärzte oder Krankenhäuser für die AOK.

Die Bedarfsträger sind alle Verbraucher oder Verwender des Angebots.

Der eigentliche Sinn dieser Unterscheidungen liegt – wie fast immer – darin, dass die unüberschaubare Menge und Komplexität des Markts reduziert wird und wir wissen, mit wem Unternehmen in Beziehung treten oder stehen.

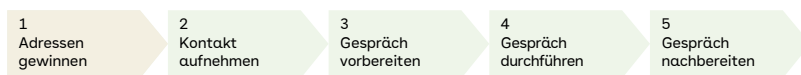
3.3 Messgrößen des Markts

Im nächsten Schritt werden wir uns mit den wichtigsten Marktkennzahlen befassen, damit Sie ein besseres Verständnis für die häufig genannten Zahlen bekommen. Im Arbeitsalltag begegnen uns ständig Begriffe wie „Marktanteil“, „Kündigerquote“, „Akquisezahlen“ usw. Doch erst der etwas genauere Blick zeigt uns, welche Bedeutung diese Zahlen haben und wie sie entstehen.

Der Markt selbst ist dynamisch und somit ständig in Bewegung. Also werden wir regelmäßig Kennzahlen und ihre Entwicklung im Zeitverlauf ansehen müssen, um die Position eines Unternehmens einzuschätzen und mit anderen Jahren oder Konkurrenten vergleichen zu können. Nur dann erhalten wir ein gutes und aussagekräftiges Bild über die Entwicklung am Markt.

Die wichtigsten Begriffe, die Sie kennen sollten, werden wir nun nacheinander und ihrer Reihenfolge nach beschreiben.

1
Adressen
gewinnen



Marktkapazität:

Sie ergibt sich aus der Menge der Bedürfnisse aller Nachfrager (Bedarfsträger). Wenn Bedarfsträger das Angebot oder Produkt mehrfach kaufen können, muss man dies entsprechend berücksichtigen. Diese Kennziffer drückt also die überhaupt vorhandenen Bedürfnisse des Markts aus, ohne die Kaufkraft der (potenziellen) Nachfrager zu berücksichtigen. Das bedeutet, die Marktkapazität für beispielsweise Zahnpasta in Deutschland in einem Jahr ergibt sich aus der Summe der Wünsche nach Zahnpasta von allen in Deutschland lebenden Menschen in diesem Jahr – unabhängig davon, ob sie sich den Wunsch auch erfüllen können. Es geht lediglich darum, die absolute potenzielle Größe des Markts zu erfassen. Im Krankenversicherungsmarkt sind die Bedürfnisse aller berechtigten/verpflichteten Personenkreise zu berücksichtigen. Das sind

- a) die Personenkreise, denen die GKV als Krankenversicherung offensteht bzw. die sich in der GKV versichern müssen oder
- b) die Personenkreise, denen die PKV als Krankenversicherung offensteht bzw. die sich in der PKV versichern müssen.

Für diese Personenkreise werden alle Bedürfnisse, die auf dem Krankenversicherungsmarkt befriedigt werden können, berücksichtigt. Natürlich haben daher die Zusatzangebote, die in der GKV angeboten werden, die Marktkapazität auch der AOK deutlich erhöht.

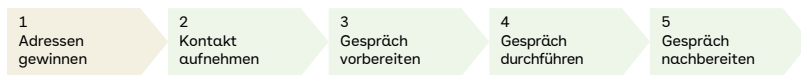
Marktpotenzial:

Das Marktpotenzial drückt aus, welche Menge eines Produkts oder Angebots unter Berücksichtigung der Kaufkraft am Markt zu welchem Preis gehandelt werden kann. Das Marktpotenzial drückt also den Bedarf (Bedarf = mit Kaufkraft gedeckte Bedürfnisse) der Nachfrager aus. Näheres zu den Begriffen Bedürfnisse, Bedarf und Nachfrage haben Sie bereits im Lernbrief zum Thema „Wirtschaftslehre, Teil 1“ erfahren. Somit ergibt sich das Marktpotenzial aus der Marktkapazität abzüglich der Nachfrage von potenziellen Nachfragern, die nicht genügend Kaufkraft für das jeweilige Angebot besitzen.

Im Beispiel der Zahnpasta sollte das Marktpotenzial ungefähr der Marktkapazität entsprechen, weil Zahnpasta vergleichsweise günstig ist. Bei teureren Produkten sieht das anders aus.

In Zeiten, in denen die Bevölkerung weniger Kaufkraft besitzt, sinkt also für viele Produkte das Marktpotenzial. Diese Kenntnis ist für die Unternehmen essentiell wichtig, um ihre Planung entsprechend anpassen zu können.

Das Marktpotenzial kann gesteigert werden, indem die Marktkapazität (durch das Erschließen neuer Märkte) und/oder die angesprochenen Kundengruppen erweitert werden. Im GKV-Markt umfasst das Marktpotenzial alle Personen, die pflichtversichert sind, oder sich aus eigenen Mitteln eine gesetzliche (freiwillige) Krankenversicherung leisten können.



Marktvolumen:

Diese Kennzahl drückt die tatsächlich beobachtbare Absatzmenge (oder eine Prognose zu zukünftig beobachtbaren Absatzmengen) des Angebots einer Branche aus. Gemessen werden kann sie auch in der Summe aller Umsätze der Branche. Das Marktvolumen kann also nur maximal so groß sein wie das Marktpotenzial, denn wenn alle am Markt agierenden Unternehmen ihre theoretisch möglichen maximalen Umsätze dieses Angebots kumulieren, erhält man die maximal absetzbare Menge im Markt, also das Marktpotenzial. Im Zahnpastabeispiel sollte das Marktvolumen ungefähr dem Marktpotenzial entsprechen, weil die meisten Menschen in Deutschland Zahnpasta als wichtig erachten und sie sich dann auch tatsächlich kaufen. Für den GKV-Markt bedeutet das: alle Krankenversicherungsbedarfe, die von der GKV gedeckt werden, weil die Bedarfsträger sich für die GKV und nicht die PKV entscheiden, stellen das Marktvolumen des GKV-Markts dar.

Absatzpotenzial:

Das Absatzpotenzial stellt das unternehmensindividuelle Marktpotenzial dar, also den Anteil am Marktpotenzial, welches das Unternehmen höchstmöglich erreichen kann. Bei der Ermittlung und Realisierung dieses Absatzpotenzials spielen insbesondere die Unternehmensziele und die Restriktionen des Marktvolumens eine große Rolle. Das Absatzpotenzial der AOK im Krankenversicherungsmarkt stellt den zu erreichenden Kundenanteil der AOK am Krankenversicherungsmarkt dar.

Absatzvolumen:

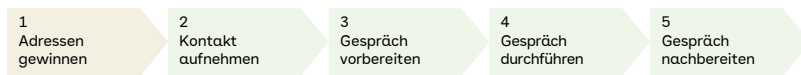
Das Absatzvolumen drückt aus, welche Gesamtmenge an Produkten das Unternehmen tatsächlich abgesetzt hat. Es wird also zum Ende der Produktionsperiode festgestellt. Gleichzeitig sagt diese Größe etwas über den Umsatz des Unternehmens aus.

Denn wenn die Menge der abgesetzten Produkte mit dem jeweiligen Verkaufspreis (pro Stück bzw. Dienstleistung) multipliziert wird, erhält man den Erlös, also den Umsatz des Unternehmens.

Marktanteil:

Der Marktanteil ist der prozentuale Anteil des Absatzvolumens am Marktvolumen. Diese Kennzahl werden Sie häufig hören und lesen, denn sie sagt aus, wie stark die Position des Unternehmens im Vergleich zu den anderen Anbietern am Markt ist. Das ist eine gute Vergleichszahl, wenn uns interessiert, wie sich die Geschäfte in der letzten Zeit entwickelt haben. Der Marktanteil kann noch unterschieden werden in den absoluten und den relativen Marktanteil.

Der absolute Marktanteil gibt an, welchen Anteil am Marktvolumen das Unternehmen insgesamt hat. Der relative Marktanteil drückt aus, welchen Anteil am Marktvolumen das Unternehmen im Vergleich zu Wettbewerbern (meistens im Vergleich zum stärksten Konkurrenten) hat. Dieser Wert ist der wohl am häufigsten genutzte.



Marktsegment:

Das Marktsegment ist ein abgegrenzter Teilbereich des Markts, der sich dadurch auszeichnet, dass die Kundengruppen sich jeweils in ihrem Kaufverhalten oder wegen anderen Kriterien (z.B. Grundlohnsumme, Bildungsniveau) sehr ähnlich sind.

3.3.1 Besonderheiten von Marktanteilen in der GKV

Der eigene Marktanteil ist ein Indiz für die Stärke der Marktposition des Unternehmens auf dem entsprechenden Marktsegment (hier dem GKV-Segment des Krankenversicherungsmarkts). Dies wirkt sich u.a. auch bei Preisverhandlungen mit Leistungsanbietern oder im Marketing im Hinblick auf die Mund-zu-Mund-Propaganda aus. Der Marktanteil der Mitanbieter zeigt dagegen die Stärke der Konkurrenz.

Um die Marketingaktivitäten zielorientiert ausrichten zu können, ist es erforderlich, neben den Konditionen der Mitbewerber (z.B. Zusatzbeiträge) auch ihren Marktanteil möglichst genau zu kennen. Erkundigen Sie sich deshalb in Ihrer AOK nach den Mitbewerbern in Ihrer Region und vergleichen Sie einmal den Marktanteil aller AOKs mit denen der anderen Anbieter in Deutschland.

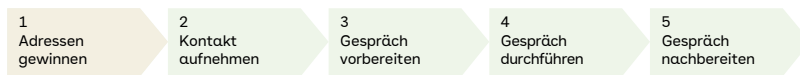
Was bei der Betrachtung der Marktanteile in der GKV auffällt: In der GKV wird der Marktanteil regelmäßig nicht umsatzbezogen ermittelt. Hintergrund hierfür dürfte vor allem sein, dass der Umsatz in der GKV nur bedingt aussagekräftig ist. Der Umsatz ermittelt sich aus:

$$\text{Umsatz} = \text{Preis des Angebots} \times \text{Abnahmemenge des Angebots}$$

In einem Marktsegment, in dem die Preise grundsätzlich frei zwischen dem Anbieter und dem Nachfrager ausgehandelt werden, enthält der Preis die Information, wie viel der Nachfrager bereit ist für ein Angebot zu zahlen. Tendenziell steigt dabei bei sinkendem Preis die Anzahl der Nachfrager, die ein Produkt erwerben. D.h. ein Unternehmen kann durch eine Niedrigpreispolitik die Abnahmemenge seines Angebots erhöhen. Da allerdings der Preis des Angebots niedriger ist, kann es durchaus sein, dass der Umsatz des Unternehmens in diesem Fall sogar sinkt (je nachdem in welchem Verhältnis die Preissenkung zur Steigerung der Abnahmemenge steht). Ein entsprechendes Vorgehen hätte dann also zur Folge, dass das Unternehmen zwar mehr Kunden hat, aber einen niedrigeren Anteil am Gesamtumsatz des Markts. Es würde daher an Marktmacht tendenziell verlieren.

Der Preis des Angebots einer Krankenversicherung der AOK wird allerdings von der AOK nicht ausgehandelt, sondern ergibt sich automatisch aus den Vorschriften des SGB. Die AOK kann ihre Marktmacht kurzfristig aktiv also nur durch eine Steigerung ihrer Absatzmenge durch z.B. vertriebliche Maßnahmen steigern. (Langfristig könnten natürlich z.B. durch Einsparung von Leistungsausgaben auch Einfluss auf die Höhe des vom Kunden letztlich zu tragenden Beitrags genommen werden.)

3.0 · Privatkunden akquirieren und halten, dabei beraten



Hinzu kommt, dass der vom Kunden zu zahlende Beitrag keine Informationen darüber enthält, welchen Betrag die AOK für diesen Kunden aus dem Risikostrukturausgleich erhält. Die von den Kunden gezahlten Beiträge geben also keinen Aufschluss über die Finanzstärke der AOK.

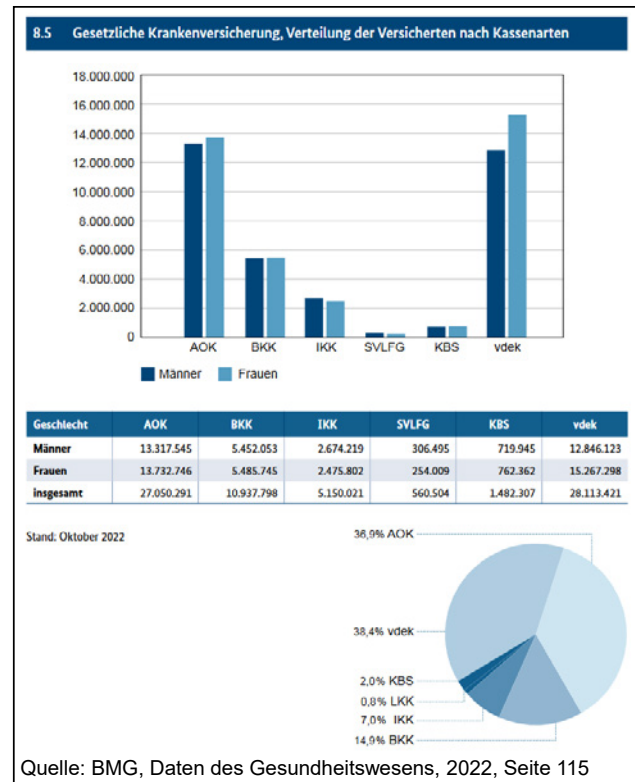
Die Berücksichtigung des Preises für die Bestimmung des Marktanteils ist daher in der GKV mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Aus diesem Grund bemessen sie sich nur an der Abnahmemenge des Produkts. Diese entspricht der Zahl der Versicherten, die die AOK hat, bzw. der Anzahl der Mitglieder, die die AOK wählen.

$$\text{absoluter Marktanteil} = \frac{\text{Unternehmensumsatz oder -absatz}}{\text{Marktvolumen}} \times 100$$

Marktanteilsberechnung in der GKV:

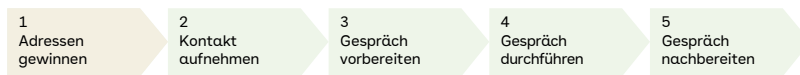
$$\text{absoluter Marktanteil} = \frac{\text{Mitgliederzahl des GKV-Versicherers}}{\text{Gesamtzahl aller GKV}} \times 100$$

Daraus ergab sich am 01. 08. 2021 folgende Verteilung der Marktanteile der AOK:



Die nebenstehende Marktanteilsrechnung lässt sich nun in vielen Varianten noch weiter differenzieren, z.B.:

- nach Versicherten- bzw. Kundengruppen (z.B.: Beschäftigte, Familienangehörige, Studierende, freiwillige Mitglieder)
- nach Altersgruppen (z.B.: Wer hat die jüngsten Mitglieder?)
- nach Regionen (z.B.: Wie sieht die Lage der AOK vor Ort aus?)
- nach Leistungsausgaben (z.B.: Wer zahlt das meiste Krankengeld? Welche Krankenkasse hat die höchste Belegungsrate in Krankenhäusern?)
- nach Beitragseinnahmen (z.B.: Welche Krankenkasse hat die meisten Beitragseinnahmen pro Mitglied?)



Interessant ist aber daneben auch zu beobachten, wie hoch der Anteil der Versicherten der AOK an der Bevölkerung ist (z.B. 35 % der Einwohner der Stadt A sind bei der Geschäftsstelle A der AOK versichert). Dadurch wird der Faktor „PKV“ und die Bevölkerungsentwicklung bei der Analyse der Marktsituation mit berücksichtigt.

3.3.2 Entwicklungstendenzen der Marktanteile in der GKV

Die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen nimmt weiter ab. Im Januar 2025 gab es bundesweit 64. Zurzeit gibt es elf AOKs. Die Anzahl der BKKs hat durch Zusammenschlüsse ebenfalls abgenommen. Die Zahl der IKKs bleibt wie bisher bei sechs IKKs (173 IKKs Stand 1992). Gegenwärtig existieren sechs Ersatzkassen für Arbeiter und Angestellte.

Die Statistik verzeichnet als Sonderkrankenkassen u.a. eine landwirtschaftliche Krankenkasse und die für ganz Deutschland zuständige Knappschaft-Bahn-See. Und die Konzentration in der deutschen Krankenkassenlandschaft ist keineswegs abgeschlossen. Auch in Zukunft ist mit weiteren Zusammenschlüssen zu rechnen.

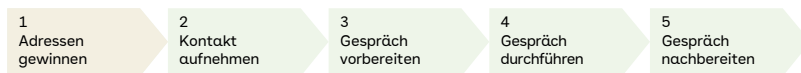
Die Ursache für die Konzentrationsbestrebungen der GKV liegt nicht zuletzt bei der Kassenwahlfreiheit der Versicherten, die der Gesetzgeber seit dem Jahr 1996 ermöglicht hat. Die dadurch entstandenen Mitgliederbewegungen gewährleisten nur noch größeren Krankenkasseneinheiten ein langfristiges wirtschaftliches Überleben.

Die Krankenkassen werden ihre Marktanteile nur halten (oder gar ausbauen) können, wenn sie durch

a) frühzeitige Marketingentscheidungen (z.B. Vermittlung eines Mehrwerts und von guten Versorgungsangeboten) ihren Kunden Wettbewerbsvorteile anbieten können und

b) gutes Kostenmanagement wettbewerbsfähige Beiträge haben.

Nicht allen Krankenkassen ist dabei der quantitative Marktanteil wichtig (Marktanteil über alle Mitgliedergruppen). Viele streben mehr einen hohen qualitativen Marktanteil an. Das heißt, alle Anstrengungen der Unternehmen sind auf die Gewinnung sogenannter „guter Risiken“ gerichtet. Das ist deutlich an den Aktivitäten zu erkennen, die diese Unternehmen auf dem Markt der Berufsstarter oder Studienanfänger entwickeln. Manchmal gerät dabei in Vergessenheit, dass die GKV als Gesamtheit das Ziel hat, den versicherten Menschen eine gute Krankenversicherung anzubieten. Es kommt in einzelnen Fällen vor, dass manche Anbieter versuchen, die „Risiken“ zu selektieren. Das ist jedoch ein nur kurzfristiger Erfolg für diese Unternehmen. Denn, wenn die Versicherten diese Selektionspolitik erkennen, werden auch die gewünschten Versicherten diese Unternehmen künftig meiden. Das wird sicher zu einem Verlust an Mitgliedern führen und auch die Risikostruktur entsprechend verändern. Die AOK schließt für sich jede Selektion der Mitglieder – oder Risiken – aus. Denn wir stellen eine gute Versicherung für alle Menschen zur Verfügung. Das ist eine unserer großen Stärken als Versorgerkasse.



4 Krankenversicherungsmarkt als Teil des Gesundheitsmarkts

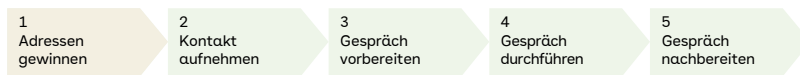
Ein stabiler Beitragssatz ist ein wichtiges Argument im Wettbewerb. Aber geht bei einer Selektion der Mitglieder nicht der Grundgedanke der Solidarität in der GKV verloren? Das Risiko besteht. Wenn alle Versicherer nur noch darauf achten, die vermeintlich finanziell interessantesten Mitglieder zu akquirieren und die Kostenschrauben anziehen, geht der Grundgedanke der sozialen Sicherung verloren. Dann ist es nur noch ein kleiner Schritt bis zu einem komplett privatwirtschaftlich orientierten Versicherungsmarkt. Diese Entscheidung jedoch ist nur durch den Gesetzgeber zu erwirken. Und bis heute halten alle Parteien am sozialen Sicherungssystem fest. Also zeigt die AOK hier auch Kontinuität, in ihrer Ausrichtung und Überzeugung keine Risikoselektion zu betreiben.

4.1 Grundzüge des Krankenversicherungsmarkts

Der Krankenversicherungsmarkt ist ein Teilmarkt des Gesundheitsmarkts. Sowohl die Anbieter der GKV als auch die der PKV sind im Krankenversicherungsmarkt tätig. Beide jedoch arbeiten in einem jeweils grundlegend unterschiedlichen wirtschaftlichen und rechtlichen Rahmen. Welche Gründe hat dies und wie sehen die Bedingungen aus?

Grundsätzlich werden alle Leistungen in einer Marktwirtschaft aufgrund individuell freier Entscheidung angeboten und nachgefragt. Das könnte im Grundsatz auch für Versicherungsleistungen gelten. Dann könnte jeder Mann wählen, ob und in welchem Umfang er sich krankenversichert. Umgekehrt könnte jedes Versicherungsunternehmen wählen, wen es in welchem Umfang absichert. Unter diesen Bedingungen würden sich tendenziell vorrangig diejenigen versichern wollen, die aufgrund häufiger kostenintensiver Erkrankungen am ehesten von einer Versicherung profitieren. Das hätte zur Folge, dass Versicherungsunternehmen, um zumindest kostendeckend arbeiten zu können, einen entsprechend hohen Preis für die Versicherung ihrer Kunden verlangen müssten. Für die Gesunden hingegen würden preiswerte Tarife angeboten – die Versicherungsunternehmen könnten schließlich frei entscheiden, wen sie zu welchen Bedingungen versichern. Im Resultat würden sich in einem solchen Modell kranke Menschen nur sehr teuer versichern können. Wenn man darüber hinaus bedenkt, dass eine Krankheit regelmäßig auch zu einem geringeren Einkommen führt und umgekehrt ein geringes Einkommen, die Wahrscheinlichkeit zu erkranken steigert, ergibt sich ein weder ethisch noch gesell-

1
Adressen
gewinnen



schaftlich und volkswirtschaftlich vertretbares Ergebnis.

Der Gesetzgeber greift daher in den freien Versicherungsmarkt so weit wie nötig ein. Ziel ist es, alle schutzbedürftigen Menschen im notwendigen Umfang zu versichern. Diesem Ziel sind insbesondere die Anbieter der GKV verpflichtet. Die GKV arbeitet nach folgenden Prinzipien:

- Solidaritätsprinzip: Versicherte in der GKV erhalten Leistungen aus einem einheitlichen Leistungskatalog nach ihrer Bedürftigkeit, d.h., Kranke erhalten automatisch mehr Leistungen als Gesunde.

Gleichzeitig zahlen die Versicherten ihre Beiträge zur GKV abhängig davon wie leistungsfähig sie sind – je größer das Einkommen der Versicherten desto mehr Versicherungsbeitrag ist zu zahlen. Es findet also eine Umverteilung insbesondere in zwei Richtungen statt:

- von reich zu arm
- von gesund zu krank

- Umlageverfahren: Die Kosten der GKV werden als Prämien unmittelbar auf alle Versicherten verteilt. Außerdem dürfen von den Versicherungsunternehmen keine Gewinne erwirtschaftet werden.
- Pflichtversicherung: Um zu verhindern, dass sich die Gesunden oder Reichen der Umverteilung entziehen, besteht für einen Großteil der Menschen in Deutschland die Pflichtversicherung in der GKV. D.h., Personen, für die die gesetzlichen Regelungen eine GKV-Pflichtversicherung vorschreibt, müssen sich in der GKV versichern und die GKV-Anbieter können es nicht ablehnen, diese Personen zu versichern.

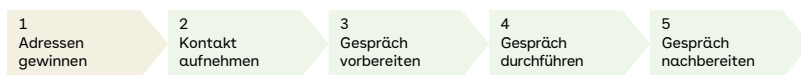
Die Arbeit der PKV ähnelt dem beschriebenen marktwirtschaftlichen Modell eher als die Arbeit der GKV. Die PKV ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Äquivalenzprinzip: Versicherte in der PKV erhalten Leistungen in Abhängigkeit von ihrem persönlichen Versicherungsvertrag. Der Versicherungsschutz kann je nach Wunsch des Versicherten mehr oder weniger umfangreich gestaltet werden.

Je mehr Leistungen versichert sind, desto höhere Prämien müssen gezahlt werden. Neben dem Versicherungsumfang hat auch das persönliche Krankheitsrisiko der versicherten Person großen Einfluss auf die Prämienhöhe – je höher das Erkrankungsrisiko zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses ist, desto höher ist grundsätzlich die Versicherungsprämie. Dies ist eine Ursache dafür, dass ältere Versicherte in der PKV höhere Einstiegsprämien als jüngere Versicherte zahlen.

Auch bereits Kranke müssen mit Zuschlägen für ein erhöhtes Krankheitsrisiko bzw. mit dem Ausschluss von Leistungen rechnen.

- Kapitaldeckungsverfahren: Beim Kapitaldeckungsverfahren werden die für jeden Versicherten zu erwartenden Kosten über seine individuellen Prämieinnahmen gedeckt. Es werden alle im Verlauf seines ganzen Lebens zu erwartenden Kosten berücksichtigt. Um zu verhindern, dass die Prämien im Alter stark ansteigen, werden die Prämien zu Beginn der Versicherung künstlich erhöht. Der nicht benötigte Prämienteil wird für spätere Zeiten angespart. Die PKV darf Gewinne erwirtschaften.



Historisch betrachtet gab es für die Bevölkerungskreise, die sich nicht in der GKV versichern mussten, weder eine Versicherungspflicht, noch eine Pflicht des Versicherers einen Versicherungswilligen auch zu versichern.

Die grob skizzierten Grundzüge von GKV und PKV sind insgesamt mit der Gesundheitsreform 2007 und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz durchbrochen worden. Folge ist die Aufweichung der Gegensätzlichkeit von GKV und PKV. Diese Entwicklung soll ebenfalls nur in den Grundzügen angerissen werden; dies soll helfen, die Grundzüge beider Krankenversicherungssysteme noch besser zu verstehen.

- Einführung der Versicherungspflicht für Personen mit Wohnsitz im Inland nach § 193 Abs. 3 VVG: Mit der Gesundheitsreform 2007 ist nunmehr jede Person mit Wohnsitz in Deutschland verpflichtet, sich im notwendigen Maß zu versichern.
- Einführung des sog. Basistarifs in die PKV: Generell hängt der Versicherungsumfang und die Versicherungsprämie in der PKV von dem persönlich geschlossenen Versicherungsvertrag ab. Außerdem ist die PKV nicht gezwungen, jeden Interessierten zu versichern. Insbesondere sind bereits Kranke in vielen Fällen gar nicht in eine Versicherung aufgenommen worden. Im Gegenzug zur Einführung der generellen Versicherungspflicht muss die PKV einen Basistarif anbieten. Dieser Tarif enthält Leistungen, die mit den Leistungen der GKV vergleichbar sind. Die Prämien des Tarifs dürfen den Höchstbeitrag der GKV nicht überschreiten. Allerdings werden die Prämien pro Person erhoben. Eine Familienversicherung gibt es nicht. Zuschläge für erhöhtes gesundheit-

liches Risiko dürfen nicht erhoben werden, ebenso dürfen keine Leistungen ausgeschlossen werden. In den Basistarif muss der Versicherer grds. alle interessierten Neuversicherten aufnehmen – sofern sie nicht der Pflichtversicherung der GKV unterliegen.

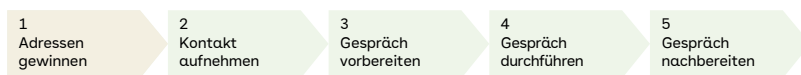
- Einführung von Wahlтарifen in die GKV: Mit der Einführung von Wahlтарifen im Rahmen des GKV-WSG wird das Ziel verfolgt, die Versicherung in der GKV für den einzelnen Versicherten individueller gestalten zu können. Dies soll einige Wettbewerbsnachteile der GKV im Vergleich zur PKV ausgleichen.

Einerseits besteht die Möglichkeit, z.B. durch den Abschluss eines Selbstbehalt- oder Prämienrück-erstattungstarifs durch Leistungsverzicht Prämien zu sparen. Hier wird die oben beschriebene Umverteilung von Gesunden zu Kranken partiell eingeschränkt, um die Gesunden an die GKV zu binden. Andererseits besteht die Möglichkeit, die Leistungen außerhalb des einheitlichen Leistungskatalogs individueller zu gestalten. Z.B. können Versicherte gegen Zahlung einer gesonderten Wahlтарifprämie in einem bestimmten Rahmen Mehrleistungen – z.B. Kostenerstattung für privatärztliche Behandlung – absichern. Bestimmte Versichertengruppen können auch eine Leistungserweiterung bei Krankengeld wählen. Wegen ihrer Ausnahmestellung im Rahmen der GKV müssen sich die Wahlтарife z.B. aus Einnahmen oder ersparten Ausgaben selber finanzieren.

§ 53 Abs. 1, 2
SGB V

§ 53 Abs. 4, 6
SGB V

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz, das am 01. 01. 2013 in Kraft getreten ist, wurde die freiwillige private Vorsorge erstmals staatlich gefördert („Pflege-Bahr“). Durch die Förderung



von ergänzenden privaten Pflege-Zusatzversicherungen soll eine zusätzliche Säule der Finanzierung geschaffen werden, die die Versicherten dabei unterstützen soll, eigenverantwortlich und kapitalgedeckt für den Fall der Pflegebedürftigkeit vorzusorgen.

Förderfähig sind allerdings nicht alle Pflegetarife, die die PKV anbietet. Vielmehr müssen die förderfähigen Tarife bestimmten Kriterien genügen. Dies sind u.a.:

- Es handelt sich um eine Pflegemonats- oder Pflegeitagegeldversicherung (Pflegekostenversicherungen sind nicht förderfähig)

Der Umfang des Versicherungsschutzes kann nur in den folgenden Grenzen individuell bestimmt werden: Das Pflegemonatsgeld bei Pflegegrad V muss mindestens 600 € betragen und der Leistungsumfang bei Pflegegrad I muss mindestens 10 %, bei Pflegegrad II mindestens 20 %, bei Pflegegrad III mindestens 30 % und bei Pflegegrad IV mindestens 40 % des vereinbarten Pflegemonatsgelds von Pflegegrad V betragen.

- Die Prämienhöhe hängt vom vereinbarten Leistungsumfang und dem Eintrittsalter ab. Der Mindest-Eigenbeitrag des Versicherungsnehmers beträgt 120 € jährlich.
- Bei den förderfähigen Tarifen ist es den Versicherern nicht gestattet, Antragstellende aufgrund gesundheitlicher Risiken abzulehnen. Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge dürfen ebenfalls nicht vereinbart werden.
- Die Verwaltungs- und Abschlusskosten sind begrenzt.

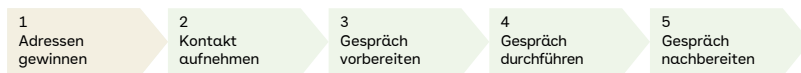
Unabhängig vom persönlichen Einkommen erhalten Versicherte der

gesetzlichen Pflegeversicherung für den laufenden Vertrag eine Zulage in Höhe von 60 € jährlich zu ihrer Versicherungsprämie. Insgesamt ist also ein Mindestbeitrag von 180 € im Jahr zu zahlen.

Auch hier zeigt sich, dass der Gesetzgeber für die PKV Regelungen trifft, die typischerweise in der GKV anzutreffen sind: Unmöglichkeit zur Ablehnung von Versicherten, Verbot von Leistungsausschlüssen und Risikozuschlägen, Begrenzung von Verwaltungs-/ Abschlusskosten.

Hinzu kommen Veränderungen, die die europäische Gesetzgebung bzw. Rechtsprechung in Bezug auf die Kalkulation der PKV ausgelöst hat. Die EU-Gleichstellungsrichtlinie von 2004 verlangt eine geschlechtsneutrale Prämienkalkulation, sog. Unisex-Tarife. Die Bundesregierung hatte diesem Grundsatz im Rahmen des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes von 2006 umgesetzt und die Kosten von Schwangerschaft und Geburt auf Männer und Frauen gleichermaßen verteilt.

Andere abweichende Kostenstrukturen zwischen den Geschlechtern, die z.B. auf die höhere Lebenserwartung von Frauen zurückzuführen sind, wurden hingegen von der PKV weiterhin zur Kalkulation unterschiedlich hoher Prämien herangezogen – nicht nur in Deutschland sondern in allen Ländern der EU. Der Europäische Gerichtshof hat diese Praxis nunmehr als nicht mit der Gleichstellungsrichtlinie konform bewertet. Die Gesetzgeber waren nun dazu aufgerufen, bis 21. 12. 2012 mit der Richtlinie konforme Lösungen zu erarbeiten. Für Neuverträge gilt, dass zukünftig Männer und Frauen dieselben Prämien zahlen müssen. Altverträge, die bis zum 21. 12. 2012 ab-



geschlossen wurden, werden nicht angepasst. Diese Verträge sind also nach wie vor für Männer und Frauen unterschiedlich kalkuliert. Ein Wechsel von Bi- in Unisex-Tarife ist möglich, ein umgekehrter Wechsel konsequenterweise nicht. Dieses Urteil bedeutet also, dass sich GKV und PKV ein weiteres Stück aneinander annähern werden.

Die bisherige Entwicklung zeigt, dass im Zuge der Unisex-Tarifeinführung in aller Regel Männer höhere Prämien als in Bisex-Tarifen zahlen müssen. Frauen profitieren wie erwartet von den Tarifangeboten, die nach Unisex-Vorgaben kalkuliert werden – allerdings steigen die Prämien bei Männern durchschnittlich in stärkerem Maß, als die der Frauen sinken. Das hat verschiedene Gründe (vgl. Punkt 8.2.2 dieses Lernbriefs).

4.2 Größe und Kundenströme des Krankenversicherungsmarkts

1
Adressen
gewinnen

Die Anzahl der versicherten Personen im Krankenversicherungsmarkt variiert ständig, da sie von der Bevölkerungsentwicklung abhängig ist. Zur Bevölkerung Deutschlands im Sinne der Krankenversicherung zählen alle Einwohner, die mit ihrer Hauptwohnung in der Bundesrepublik Deutschland gemeldet sind, also auch alle hier gemeldeten Ausländer. Zurzeit leben ca. 84 Mio. Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. Davon sind ca. 88 % im System der GKV und ca. 10 % im System der privaten Krankenversicherung (PKV) vollversichert. Ungefähr 2 % sind durch besondere Sicherungsformen (z.B. Kriegsschadenrentner) für den Fall der Krankheit abgesichert oder haben trotz Versicherungspflicht keine soziale Absicherung für den Krankheitsfall.

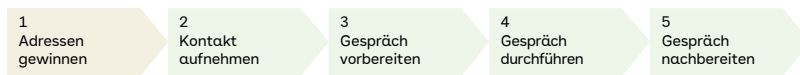
Das Verhältnis der GKV zur PKV bei der Absicherung der Krankheitsrisiken ist sowohl konkurrierender als auch ergänzender Natur. Eine Konkurrenzsituation besteht in Bezug auf die Kunden, die ihren Versicherungsschutz frei wählen können:

- Angestellte und Arbeiter, deren Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt
- Selbstständige und freiberuflich Tätige
- Studenten

Beamte, Beamtenanwärter und andere beihilfeberechtigte Angestellte im öffentlichen Dienst sind für die PKV eine weitere interessante Zielgruppe.

Der Wettbewerb zwischen der AOK und der PKV findet vor allem um die Angestellten und Arbeiter statt, die nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V krankenversicherungsfrei sind. Die durch das GKV-WSG geschaffene „Warteregelung“ (Ausscheiden erst nach Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze) in drei aufeinander folgenden Jahren wirkte sich ab dem Jahre 2007 – zunächst – auf den Wettbewerb zugunsten der GKV aus. Entsprechend positiv hat die PKV den Wegfall dieser dreijährigen „Warteregelung“ zum 01. 01. 2011 aufgenommen.

Der Wettbewerb erstreckt sich allerdings nicht allein auf die jeweils zum Jahresende aus der Versicherungspflicht ausscheidenden Arbeitnehmenden, sondern gleichermaßen auch auf diejenigen, die sich zunächst für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung entschieden haben. Aus diesem Grund bemühen sich die privaten Krankenversicherungsunternehmen auch um die zahlreichen freiwillig Versicherten der AOK.



Besonders umworben ist der Personenkreis der jungen Menschen, die ein günstiges Versicherungsrisiko darstellen und zudem noch keinen Versicherungsschutz für Familienangehörige benötigen. Aus diesem Grund werden auch die noch nicht so „betuchten“ Studierenden umworben. Hier kann die AOK jedoch mit einem wesentlich besseren Preis-Leistungs-Verhältnis aufwarten. Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Studierende und Personen im Praktikum beraten“.

Das günstigste Preis-Leistungs-Verhältnis kann die PKV den jungen „JAE-Überschreitern“ bieten. Deshalb kommt es für die PKV im Rahmen des Wettbewerbs entscheidend darauf an, zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu den Personen zu finden, deren Einkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet.

An die „interessanten“ Gruppen wendet sich die PKV mit dem Angebot einer Krankheitskostenvollversicherung. Daneben bietet die PKV für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen verschiedene Arten von Zusatz- und Ergänzungsversicherungen an. Seit 01. 01. 2004 werden den Kunden der gesetzlichen Krankenversicherung solche Versicherungen auch von ihren Kundenberatenden in Kooperation mit der PKV angeboten, z.B. Auslandsreisekrankenversicherung, Wahlleistungen im Krankenhaus, Sehhilfen.

4.3 Marktteilnehmer auf dem Krankenversicherungsmarkt

Nachfrager

1
Adressen gewinnen

Die einzelnen Bedarfsträger des Krankenversicherungsmarkts werden anhand ihrer unterschiedlichen Be-

dürfnisse und Lebenslagen in Kundengruppen zusammengefasst. Diese Kundengruppen werden spezifisch betreut. Neben einer soliden Absicherung für den Krankheitsfall wünscht sich dabei jeder Mensch guten Service, zusätzliche Leistungsangebote und attraktive Wahltarife.

Unternehmen AOK

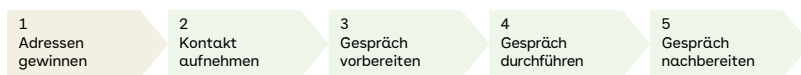
Die AOK bietet deshalb Dienstleistungen im Zusammenhang mit einer guten Versicherungsleistung an, um den Kunden eine gute Rundum-Absicherung zu geben. Außerdem werden Beratungsleistungen, Zusatzangebote und Wahltarife entwickelt, um über die gesetzlichen Leistungen hinaus Angebote für die (potenziellen) Kunden zu haben.

Die AOK betreut ca. 27 Mio. Kunden. Ca. 60.000 Mitarbeitende garantieren in ca. 1.015 Geschäfts- und Servicestellen einen leistungsstarken Service: Schnell, kompetent und unbürokratisch. Mit ca. 37 % Marktanteil ist die AOK Marktführer in der GKV.

Wettbewerber der GKV

Bundesweit gibt es 94 (Stand: 01. 01. 2025) Anbieter in der GKV. Bedingt durch weitere Fusionen wird die Zahl der GKV-Anbieter weiter sinken.

Daneben gibt es die Anbieter in der PKV. Diese sind, wie bereits beschrieben, grundsätzlich anderen gesetzlichen Regeln unterworfen als die Anbieter der GKV. Da jegliches Versicherungsgeschäft sehr kapitalintensiv ist, stellt es besondere Anforderungen an die Organisationsform der Versicherer.



Dem tragen für den Bereich der GKV die Regelungen des SGB zur Organisation der Anbieter Rechnung. Für die Anbieter der PKV finden sich entsprechende Organisationsnormen. Hier ist insbesondere § 8 Abs. 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) zu nennen. Die Erlaubnis eines Versicherungsbetriebs darf danach nur Aktiengesellschaften (einschließlich der Europäischen Gesellschaft), Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit sowie Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts erteilt werden. Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung sind daher alle privatrechtliche Gesellschaften, entweder Aktiengesellschaften (AG) oder Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit (VVaG).

Die Marktführer unter den privaten Krankenversicherungsunternehmen gehören alle dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. an. Dieser Verband ist die Interessenvertretung fast aller größeren privaten Krankenversicherungsunternehmen. Dem Verband der PKV e.V. gehören zurzeit insgesamt 42 Unternehmen an. Von den 42 Unternehmen des PKV-Verbandes sind 25 Aktiengesellschaften und 17 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit.

Im Wettbewerb zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung haben also durchweg nur die dem Verband der PKV e.V. angehörenden Unternehmen Bedeutung. Die nicht dem Verband angeschlossenen Versicherer sind meist kleine oder kleinste Krankenversicherungsvereine, deren Wirkungskreis häufig berufsständisch oder regional begrenzt ist. An den Beitragseinnahmen der gesamten Sparte Krankenversicherung haben diese Unternehmen einen Anteil von weniger als einem Prozent. Somit stellen die im Verband zusammen-

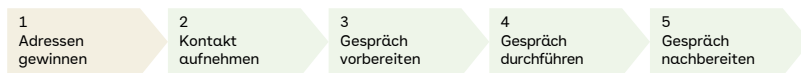
geschlossenen Unternehmen faktisch die private Krankenversicherung dar. Die Unternehmensstrukturen der privaten Krankenversicherer sind unterschiedlich.

4.4 Herausforderungen der AOK auf dem Krankenversicherungsmarkt

Alle Mitbewerber sowohl die Anbieter der GKV als auch die der PKV versuchen, die Kunden für sich zu gewinnen und ihre Dienstleistungen kundenorientiert zu gestalten, damit sie sich profilieren und die Kunden an sich binden können. Auf dem Krankenversicherungsmarkt trifft sich unser Unternehmen mit anderen Wettbewerbern, die Versicherungsleistungen anbieten und Kunden, die diese Leistungen nachfragen und sich für das jeweils individuell günstigste Angebot entscheiden.

Die AOK möchte die Kundenwünsche erfüllen und ihre Versicherungsleistungen verkaufen. Daraus ergibt sich ein Kontakt zu den Kunden. Um unsere Angebote kundenorientierter als unsere Wettbewerber zu gestalten und um unsere Marktanteile zu sichern und auszubauen, müssen wir die Angebote der Wettbewerber kennen, die ihrerseits Kenntnis von unseren Angeboten haben. Somit ergibt sich auch zwischen den Anbietern ein Kontakt. Da auch andere Anbieter ihre Dienstleistungen an die Kunden verkaufen wollen, besteht zwischen ihnen und den Kunden ebenfalls eine Beziehung. Diese Beziehungen sind die Wichtigsten auf dem Markt. Es gibt noch weitere Beziehungen, die wir an dieser Stelle lediglich benennen; so z.B. sogenannte Drittbeziehungen, bei denen Dritte für die Nachfrager oder Anbieter tätig werden oder Beziehungen zu vor- oder nachgelagerten Marktpartnern.

1
Adressen
gewinnen



5 Marketing als Handlungsfeld der GKV

5.1 Marketingbegriff

1
Adressen gewinnen

Der Begriff „Marketing“ ist weit verbreitet und wir begegnen ihm ständig. In allen Medien und besonders in unserem Arbeitsalltag ist er inzwischen ein fester Bestandteil geworden. Nur fällt es manchmal schwer, genau zu verstehen, in welchem Zusammenhang er verwendet wird – und was dieser Begriff „Marketing“ jeweils zu bedeuten hat. Oft wird Marketing als Synonym für andere Inhalte genutzt als der Begriff eigentlich meint. Das ist für uns Grund genug, Ihnen einige Definitionen des Begriffs „Marketing“ zur Auswahl zu stellen. Jedoch sollten Sie sich bewusst sein, dass der Marketingbegriff keine allgemeingültige Definition besitzt. Es gibt viele unterschiedliche Auffassungen, was Marketing ist oder sein soll und dementsprechend ebenso viele Definitionen. Allen Begriffsdefinitionen aber ist gemeinsam, dass sie sich um die Denkweise des Unternehmens und der Mitarbeitenden ranken. Immer steht der Kundenwunsch im zentralen Mittelpunkt und immer geht es auch darum, „besser“ als die Wettbewerber zu sein. Wir haben uns für eine uns zweckmäßig erscheinende Definition entschieden, die wir Ihnen unter Pkt. 5.1.3 dieses Lernbriefs vorstellen werden.

Aber zuerst wenden wir uns der geschichtlichen Entstehung des Marketing zu.

5.1.1 Entstehung des Marketingbegriffs

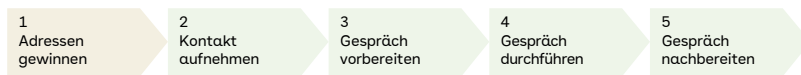
Als zu Beginn des 20. Jahrhunderts Marken und Produkte wie z.B. „Persil“, „Mercedes“ und „Nivea“ auf dem Markt erhältlich waren, dachte in Deutschland eigentlich noch niemand an Marketing. In den USA dagegen

entstanden bereits Anfang 1900 erste Ideen, die sich mit Marketing beschäftigten.

Der im amerikanischen Sprachraum entwickelte Begriff hat sich bei der Übernahme in andere Sprachen auch durchgesetzt. Die deutsche Entsprechung des Worts „Marketing“ ist aus geschichtlicher Sicht der Begriff „Absatzwirtschaft“, der auch heute noch teilweise gebräuchlich ist.

Die ersten Impulse zur Marketingorientierung wurden durch die grundlegende und umfassende Veränderung der Wirtschaft um die Jahrhundertwende zwischen dem 19. und 20. Jahrhundert ausgelöst. Waren im 19. Jahrhundert noch sehr viele Produkte durch Handarbeit entstanden, so wurde durch die technische und industrielle Revolution in vielen Staaten dieser Erde die Handarbeit durch maschinelle Fertigung ersetzt. Dies ermöglichte die Massenfertigung von Produkten, was wiederum die Konsumgewohnheiten und -möglichkeiten der Menschen drastisch veränderte. Auch die fortschreitende Mobilität der Bevölkerung sorgte für eine veränderte Situation auf den Märkten.

Der Ausbau des Schienennetzes und die verbesserte Infrastruktur ermöglichten einen besseren Güteraustausch. Entfernungen konnten besser und einfacher überbrückt werden; Güter konnten besser transportiert werden. Damit konnten nun Nachfrager auch Produkte aus entfernten Regionen beziehen oder selbst dort einkaufen. Ebenso konnten Menschen ihre Arbeitskraft in einem weiter werdenden Umfeld anbieten und damit auch dort ihre Nachfrage nach Produkten und Dienstleistungen befriedigen.



Standen sich vor Beginn der industriellen Revolution auf den regional begrenzten Märkten mehr Nachfrager als Anbieter gegenüber (Verkäufermarkt), so änderte sich durch die Massenfertigung, fortschreitende Mobilität usw. die Situation. Es standen nun den Nachfragern oft eine Vielzahl von überregionalen Anbietern gegenüber (Käufermarkt). Die Kundschaft konnten nun wählen, bei welchem Anbieter sie ihre Nachfrage befriedigen wollten.

Die Anbieter mussten ihre Produkte in einer zunehmenden Konkurrenzsituation verkaufen. Für die Anbieterseite war es nun wichtig, sich von der Konkurrenz zu unterscheiden und die Kunden für die eigenen Produkte zu gewinnen, wenn das Unternehmen erfolgreich sein wollte. Besonders nach dem Zweiten Weltkrieg wurde dies in Europa und in Deutschland noch wichtiger, da die Menschen nun ihre jahrelangen Entbehrungen vergessen und kompensieren, sich also „etwas Gutes und Angesehenes leisten“ wollten.

Der enorme Nachholbedarf der Menschen äußerte sich in den sogenannten „Konsumwellen“. So gab es eine „Fresswelle“, eine „Bekleidungswelle“, eine „Einrichtungswelle“ und eine „Motorisierungswelle“ bei den Nachfragern. Die Konsumenten fragten nach, die Binnennachfrage stieg, es wurden Arbeitsplätze geschaffen und durch die dadurch erzielten Einkommen wurden wiederum mehr und neue Produkte nachgefragt. Es war die Zeit des deutschen Wirtschaftswunders. Erst gegen Ende der 50er Jahre ebten diese Wellen ab, die bis dahin den sorgenfreien Absatz der Hersteller ermöglicht hatten.

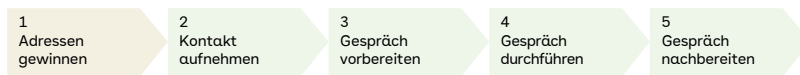
Diese Entwicklung förderte die Souveränität der Kundschaft. Gleichzeitig entstanden Verbraucherorganisationen wie z.B. die Verbraucherzentralen oder die „Stiftung Warentest“ (seit Dezember 1964). Insgesamt wurden die Kunden aufgeklärter und damit kritischer, die Erwartungen an Unternehmen und Produkte wurden höher, und bedingt durch die steigende Anzahl von Anbietern entwickelte sich die Wechselbereitschaft der Verbraucher immer stärker. Die Anbieter mussten sich nun neu orientieren, um bei den veränderten Marktbedingungen weiterhin am Markt existieren zu können.

Merke

Beständig sich ändernde gesellschaftliche und ökonomische Rahmenbedingungen wie z.B.

- Industrialisierung,
- Steigerung der Mobilität,
- Wandel vom Verkäufermarkt zum Käufermarkt,
- steigendes Informationsbewusstsein der Kunden und
- Entstehung der Kundensouveränität

zwangen die Unternehmen ein „Marketing“ zu entwickeln, um langfristig am Markt erfolgreich bestehen zu können. Heutzutage wird Marketing stark von der Digitalisierung unserer Welt (u.a. Vermarktung im Internet, „Shitstorm“ auf sozialen Medien, „Internet der Dinge“) beeinflusst.



5.1.2 Entstehungsphasen des Marketingbegriffs

Der heutige moderne Marketingbegriff blickt auf eine mehrstufige Entwicklungsgeschichte zurück. Die nachfolgende kurze Darstellung verdeutlicht Ihnen, wie diese Entwicklungsphasen verliefen.

5.1.2.1 Phase der Produktorientierung

In Zeiten eines bestehenden Verkäufermarkts orientierten sich die Unternehmen an ihren eigenen Bedürfnissen und nicht an den Bedürfnissen der Kundschaft. Diese war häufig auf die angebotenen Produkte angewiesen und hatten kaum alternative Angebote. Aufgrund dieser Machtposition am Markt versuchten die Unternehmen durch eine günstige Beschaffungspolitik und durch Rationalisierungsmaßnahmen ihre Kosten zu senken und dadurch ihren Gewinn zu steigern. In dieser Phase waren oft die Ingenieure und Erfinder für die Unternehmensausrichtung verantwortlich. Die Unternehmensführungen waren davon überzeugt, dass sich das qualitativ beste Produkt am Markt durchsetzen wird, wenn sich eine Konkurrenzsituation ergeben sollte. Die Unternehmensphilosophie lautete: „Wenn wir das beste Produkt zu den günstigsten Kosten herstellen, werden wir lange erfolgreich sein!“

5.1.2.2 Phase der Verkaufsorientierung

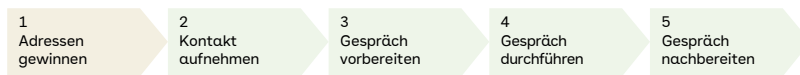
In dieser Phase mussten sich die Anbieter den geänderten Marktverhältnissen anpassen. Durch den technischen Fortschritt stieg die Produktion in vielen Märkten und führte zu einer Sättigung des Markts. Dieses tendenzielle Überangebot erzeugte eine Konkurrenzsituation, denn viele Nach-

frager hatten bereits Produkte, die von den Unternehmen weiterhin angeboten wurden. Außerdem entstanden neue Unternehmen, die zusätzlich zu den bereits bestehenden ihre eigenen Produkte am Markt verkaufen wollten. Somit konnten die Nachfrager zwischen verschiedenen Produkten und Anbietern wählen. Die Unternehmen mussten sich anstrengen, um sich und ihre Produkte gegen die der Konkurrenz zu behaupten. Nun waren nicht mehr nur die Ingenieure und Erfinder für den Erfolg allein verantwortlich, sondern anderes Know-how war gefordert.

Die Verantwortlichen für die Absatzpolitik („Marketing-Verantwortliche“) konzipierten erste absatzpolitische Instrumente wie z.B. die Reklame und den Kundendienst. Die Unternehmensphilosophie hinter diesen Maßnahmen war: „Wenn wir nur genügend Verkaufsanstrengungen unternehmen, werden auch alle unsere Produkte verkauft!“

5.1.2.3 Phase der Marketingorientierung

In dieser Phase wurde die Denkrichtung aus der Verkaufsorientierung weiter verfolgt und konsequent verfeinert. Die Anbieter passten sich den Marktverhältnissen an und versuchten trotzdem den Markt im Sinne ihrer Unternehmensziele zu beeinflussen. Jetzt produzierten die Unternehmen möglichst nur noch die Anzahl Produkte, die sie auf dem Markt verkaufen konnten. Hierin liegt der eigentliche Wandel der Denkrichtung. Es wurde nicht mehr verkauft, was produziert werden konnte, sondern die Nachfrage bestimmte die Produktionsmenge. Ausgangspunkt der Unternehmensaktivitäten waren also die Bedürfnisse und Wünsche der Nachfrager.



5.1.2.4 Phase der Kundenorientierung

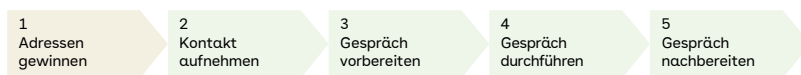
Heute wird Marketing als ein Managementkonzept verstanden, das davon ausgeht, dass die zentrale Aufgabe des marketingorientierten Unternehmens darin besteht, die Kundenwünsche und -bedürfnisse zu analysieren und das Unternehmen darauf auszurichten, die Wünsche und Bedürfnisse verschiedener Kundenzielgruppen besser zu befriedigen als die Konkurrenz. Das bedeutet, vom Unternehmen nach außen zu schauen und sich an den Wünschen und Bedürfnissen der Kundschaft zu orientieren und sich nicht vorrangig an unternehmensinternen Gegebenheiten zu orientieren. Vielmehr wird durch die konsequent kundenorientierte Ausrichtung die unternehmenseigene Zielsetzung – möglichst langfristig am Markt erfolgreich zu sein – erst ermöglicht. Die Unternehmensziele dienen dabei der Orientierung des Unternehmens und der Mitarbeitenden.

Nur wenn es Unternehmensziele – solche, die sich mit der Kundenorientierung befassen – gibt, können die langfristigen Ziele des Unternehmens auch erreicht werden. Aufgabe aller Mitarbeitenden ist es, sich an der Erreichung der Unternehmensziele zu beteiligen, sodass die Existenz des Unternehmens – und damit auch die Arbeitsplätze der Mitarbeitenden – lange gesichert wird.

5.1.2.5 IT-gestütztes Marketing

Zurzeit beginnt aufgrund der technischen Möglichkeiten im IT-Bereich eine neue „Revolution“ im Marketing. Diese Revolution hat zwei Ursachen:

- Durch entsprechende Rechnerleistungen können inzwischen Datenbanken erstellt werden, die den Unternehmen eine gezielte Ansprache der Kunden anhand ihres Konsumverhaltens oder der zusammengetragenen Informationen ermöglicht. Realisiert wird dies mit einem IT-gestützten sogenannten Customer-Relationship-Management (CRM). Damit wird in naher Zukunft „die Grundidee des Marketing“ in erreichbare Nähe rücken. Die Unternehmen kennen die Kundengewohnheiten und -vorlieben sehr genau und können durch Kundenkarten, Werbung in den sozialen Medien, Newsletter-Abonnements oder Internetnutzung etc. entsprechend individualisierte Angebote unterbreiten. Und dies dann ohne großen Aufwand, da die Datenbanken Nachfrage, Bedürfnisse und passende Angebote für einzelne Kunden und Kundinnen oder sehr genau definierte Kundengruppen maschinell abgleichen und den Kunden zur Verfügung stellen können. Letztlich geht damit eines der Ziele des Marketings, nämlich die individuellen Kundenbedürfnisse zu befriedigen, in Erfüllung.
- Das Medium Internet ermöglicht es Unternehmen direkt mit Kunden und Kundinnen zu kommunizieren. Ansatzpunkte hierzu sind z.B. Servicechats, Online-Geschäftsabwicklung (z.B. Online-Banking oder die Online-Geschäftsstelle der AOK) oder Apps der Unternehmen (z.B. für das Online-Banking oder Produkt-/Aufklärungs-Apps der AOK wie die AOK Bonus-App). Daneben diskutieren Menschen in den Sozialen Medien über die Unternehmen – leider nicht nur positiv.



Das Internet birgt zumindest in den sozialen Medien diverse gesellschaftliche Risiken. Mediennutzende informieren sich zuweilen über ihre privaten Kontakte, nicht mehr in professionell recherchierten Medienangeboten. Das kann eine sehr einseitige Sicht auf die Dinge fördern und erhöht das Risiko auch für Unternehmen, ungerechtfertigt in einen Shitstorm zu geraten.

Merke

Die Entwicklungsgeschichte des Marketing verlief in vier Phasen. Von der reinen Produktorientierung über die Verkaufsorientierung hin zur ganzheitlichen Marketing- und Kundenorientierung.

5.1.3 „Marketing“ – Begriffsdefinitionen

Begleitend zu diesen Entwicklungsphasen und den damit verbundenen Wandel des Marketingverständnisses, wurde eine Neudefinition des Begriffs „Marketing“ immer wieder erforderlich. Einige neuere Definitionen (z.B. von Heribert Meffert, Philip Kotler, Friedhelm Jaspert, Hans Christian Weis) sind im Folgenden aufgeführt:

1. „Marketing ist die bewusste marktorientierte Führung eines gesamten Unternehmens oder marktorientiertes Entscheidungsverhalten in der Unternehmung.“
2. „Marketing ist das Denken und Handeln aus Sicht des Kunden und die interne Unternehmenskoordination auf alle Marktaktivitäten einschließlich deren Kontrolle.“

3. „Marketing ist das Denken und Handeln in Wettbewerbsvorteilen.“

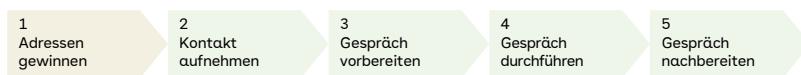
4. „Marketing umfasst die Analyse, Planung, Durchführung und Kontrolle von Programmen, die darauf gerichtet sind, erwünschte Austauschbeziehungen mit bestimmten Zielgruppen herbeizuführen.“

5. „Marketing im Sinne einer umfassenden Marktbeeinflussung vollzieht sich nicht nur direkt durch die marktgerechte Gestaltung der betrieblichen Teilfunktion Absatz, sondern auch durch koordinierende Ausrichtung aller betrieblichen Teilfunktionen auf die Anforderungen der Märkte.“

6. „Marketing ist eine Unternehmenspolitik, die von den gegebenen und zukünftigen Gegebenheiten des Markts ausgeht, und darauf systematisch ihr Produktions- und Marketingprogramm ausrichtet. Eine systematische Vorgehensweise setzt eine Zielrichtung, Planung und Realisation wie auch Kontrolle voraus.“

7. „Marketing ist die Planung von Zielen, Strategien und Maßnahmen sowie die Durchführung und Kontrolle aller auf den Markt gerichteten Aktivitäten, um den Anforderungen des Markts besser gerecht zu werden als die Konkurrenten und den Markt in Richtung auf die eigenen Unternehmensziele zu beeinflussen.“

Alle diese Definitionen haben eines gemeinsam: Sie stellen das Kundeninteresse in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen und Maßnahmen. Damit ist Marketing – egal welcher Definition Sie eher zugetan sind – immer eine Philosophie, die das Kundeninteresse als zentralen Bestandteil unternehmerischer Bemühungen begreift.



Anhand dieser Definitionen ist gut zu erkennen, welche Einzelaspekte wichtig sind, um das gesamte Wesen des „Marketing“ deutlich zu machen.

Einzelaspekte zur Definition des Begriffs „Marketing“

1. Marketing befasst sich mit unternehmerischen Entscheidungen (Planung, Durchführung, Kontrolle).
2. Marketing baut auf der Beobachtung und Analyse der Unternehmensumwelt und der Unternehmensinnenwelt auf (Informationsgewinnung und -auswertung).
3. Marketing beinhaltet den konsequenten Einsatz aller absatzpolitischen Instrumente (zielgerichtete Beeinflussung des Markts).
4. Marketing hat sowohl eine Außenorientierung (Beschaffungs- und Absatzmärkte) als auch eine interne Ausrichtung (Koordination der marktbezogenen Aktivitäten innerhalb des Unternehmens).
5. Marketing ist die konsequente Ausrichtung aller Unternehmensaktivitäten auf den Absatzmarkt (Unternehmensphilosophie).

Marketing als unternehmerische Gesamtkonzeption

Marketing ist also ein Konzept der Unternehmensführung, das alle nach innen und außen gerichteten Unternehmensaktivitäten umfasst. In den letzten Jahren wurde zunehmend auch die Orientierung an den Bedürfnissen der Mitarbeitenden als zentrale Aufgabe des Marketing erkannt und in den Unternehmen implementiert. Besonders in einem immer kleiner wer-

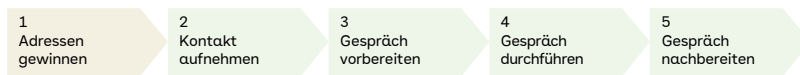
denden Arbeitsmarkt wird die Unternehmenskultur und die Berücksichtigung der Belange der Mitarbeitenden auf Dauer ein Wettbewerbsfaktor, um qualifizierte Arbeitskräfte zu gewinnen. Gut, wenn ein Unternehmen bereits heute die Weichen für ein gutes Personalmarketing stellt und sich einen guten Ruf als Arbeitgeber erarbeitet. Gerade bei der AOK findet sich diese moderne Denkhaltung in vielen Einrichtungen der praktischen Arbeit. So findet sich in der Einrichtung eines Mitarbeitendeninformationssystems und in der Errichtung eines Systems zum betrieblichen Vorschlagswesen ein Beginn dieser Denkhaltung. Weitere Schritte könnten die Einrichtung von Kinderbetreuungsstellen für Mitarbeitende mit kleinen Kindern oder die Einrichtung von attraktiven Heimarbeitsplätzen sein. Fragen Sie in Ihrer AOK einmal nach Projekten und Einrichtungen für die Mitarbeitenden, denn gerade während der Corona-Pandemie konnten Unternehmen viele gute Erfahrungen mit dem Instrument „Homeoffice“ machen, das auch nach der Pandemie kaum noch aus dem Arbeitsalltag wegzudenken ist. Sie werden sicher fündig werden.

5.2 Die beiden großen Handlungsfelder des Marketing

Marketing wird in zwei große Bereiche unterteilt. Diese beiden Bereiche verlangen die Formulierung von unterschiedlichen Zielen, Strategien, Maßnahmen und außerdem den systematischen Einsatz von diversen Instrumenten, die wir anschließend beschreiben werden.

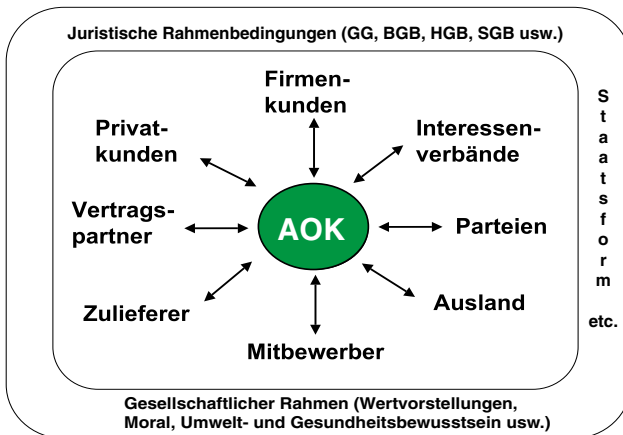
Diese beiden Bereiche sind das externe und das interne Marketing.

1
Adressen
gewinnen



Externes Marketing

Das externe Marketing bezieht sich auf z.B. Kundschaft, Vertragspartner, Lieferanten und die gesamte Öffentlichkeit. Das Unternehmen orientiert sich an den Wünschen und Erwartungen der Kundschaft und richtet sich im Sinne seiner Unternehmensziele daran aus.



Internes Marketing

Das interne Marketing hingegen bezieht sich auf die Mitarbeitenden des Unternehmens. Dabei wird das auf die externen Zielgruppen bezogene Marketingkonzept und die Marketinginstrumente auf die unternehmensinternen Austauschbeziehungen übertragen. Der Mitarbeitende steht als interner Kunde im Mittelpunkt des Handelns, denn zufriedene Mitarbeitende ermöglichen auch zufriedene Kunden. Zum internen Marketing gehören nicht nur Betriebsausflüge und Betriebssportgemeinschaften, sondern auch Mitarbeitendenzeitungen, Zugänge zu internen und externen Informationsquellen und

insbesondere eine offene und von Vertrauen geprägte Unternehmenskultur. Die AOK hat sich mit dem Leitbild und den daraus abgeleiteten Führungsgrundsätzen für ein internes Marketing entschieden.

Merke

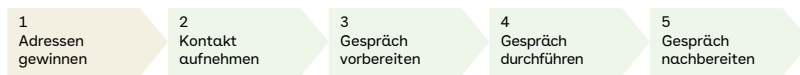
Marketing ist

- die Planung
 - von Zielen,
 - Strategien und
 - Maßnahmen sowie
- die Durchführung und Kontrolle
 - aller auf den Markt und
 - auf die Kundenbedürfnisse

gerichteter interner und externer Aktivitäten.

Dabei sind alle Aktivitäten des Unternehmens konsequent auf die gegenwärtigen und künftigen Erfordernisse des Absatzmarkts ausgerichtet. Ziel ist die optimale Befriedigung von Kundenbedürfnissen und das Erreichen der individuellen Unternehmensziele.

Einfach ausgedrückt bedeutet Marketing: „Beginne dein Denken im Kopf der Kundschaft und handle entsprechend.“



Komponenten eines Leitbildes der AOK

Unser Unternehmenszweck

- Für die Gesundheit unserer Versicherten machen wir uns stark.
- Wir erhalten und fördern damit ihre Lebensqualität.

Unsere Grundwerte und Überzeugungen

- Wir stehen ein für eine solidarische Gesundheitssicherung.
- Wir setzen uns ein für ein humanes und leistungsfähiges Gesundheitswesen mit qualitativ hochwertigen, wirkungsvollen und wirtschaftlichen Leistungsangeboten.

Unsere Kunden: Versicherte und Arbeitgeber

- Wir bieten einen umfassenden Krankenversicherungsschutz.
- Wir sind führend im Angebot und in der Entwicklung attraktiver Gesundheitsleistungen.
- Wir sind unseren Kunden überall ein verlässlicher Partner.
- Wir erfüllen die Erwartungen unserer Kunden nach persönlicher, vertrauensvoller, schneller und flexibler Beratung und Entscheidung. Service ist für uns Verpflichtung.
- Wir gestalten den Kontakt zur AOK so einfach wie möglich.
- Wir nutzen den Sachverstand und die Erfahrungen der Repräsentanten unserer Versicherten und Arbeitgeber, um den sich wandelnden Bedürfnissen unserer Kunden gerecht zu werden.

Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

- Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind unser wichtigstes Kapital. Wir fördern ihre Kreativität, Eigenverantwortung, Selbstentfaltung und berufliche Entwicklung.
- Wir setzen auf die Flexibilität und den Leistungswillen des Einzelnen sowie auf die Kooperation im Team als Basis für unternehmerischen Erfolg.

Unsere Vertragspartner

- Wir sichern die hohe Qualität unseres Leistungsangebots durch enge Kooperation mit unseren Vertragspartnern.
- Wir legen Wert auf eine faire und partnerschaftliche Beziehung zu allen Leistungserbringern.

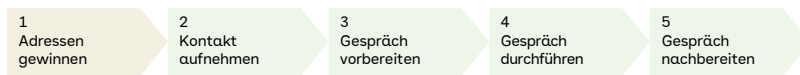
Jetzt beschreiben wir die verschiedenen Ausprägungen des Marketing, denn je nach dem relevanten Markt ändern sich auch einzelne Teile des Marketinginstrumentariums oder werden verstärkt eingesetzt.

1. Konsumgütermarketing

Konsumgüter sind Güter des täglichen Bedarfs, die von Privatpersonen gekauft werden. Alle Marketingmaßnahmen richten sich deshalb hauptsächlich an die Endverbraucher, d.h. dass die Wünsche und Bedürfnisse der direkten Verbraucher (Konsumenten) als Orientierung dienen.

Die Besonderheiten sind:

- Die Kaufentscheidung fällt fast ausschließlich durch den Konsumenten.



- Es gibt eine sehr große Anzahl an Konsumenten.
- Der Bedarf entsteht beim Konsumenten.
- Der Verkauf erfolgt über verschiedene Vertriebswege, in der Regel jedoch unter Einschaltung des Handels (indirekter Absatz).
- Die Masse der Konsumenten ist anonym, d.h., einzelne Konsumenten sind oft nicht bekannt.

Sicher ist Ihnen schon einmal der Begriff der sogenannten „convenience goods“ begegnet. Diese Güter sind alle die Waren und Dienstleistungen, die ohne weitere Erklärung verbraucht werden können; also im Regelfall Güter des täglichen Bedarfs, wie z.B. Brötchen, Butter, Kaffee, Benzin usw. Um diese Güter handelt es sich im Konsumgütermarkt besonders häufig. Allerdings werden auch andere Güter, die stärker erklärungsbedürftig sind, zu diesem Markt gerechnet.

2. Investitionsgütermarketing

Investitionsgüter sind Güter, die zur Herstellung von Produkten/Dienstleistungen eingesetzt werden. Alle Marketingmaßnahmen richten sich an den Endkunden, in diesem Fall an die Unternehmen, die die Investitionsgüter benötigen, um z.B. Konsumgüter produzieren zu können.

Die Besonderheiten sind:

- Der Bedarf des Investitionsgütermarkts wird vom Konsumgütermarkt abgeleitet, da er oft direkt davon abhängt und meist sehr spezialisiert ist (Maschinenkauf usw.).
- Kunden und Anbieter stehen meist in direktem Kontakt, da der Verkauf fast immer im persönlichen Verkauf erfolgt (Direktabsatz).

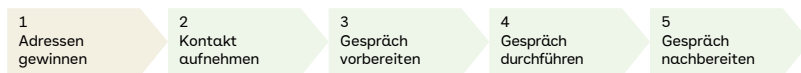
- Es gibt weniger Nachfrager als im Konsumgüterbereich.
- Die Kaufentscheidung wird meist durch mehrere Personen gefällt und nicht nur durch einen Nachfrager. Somit ist sie oft stärker durch Rationalität und Kostendruck bestimmt und benötigt meist einen längeren Entscheidungszeitraum.
- Der Markt ist in hohem Maß international; besonders im Internetzeitalter.

3. Dienstleistungsmarketing

Dienstleistungen sind immateriell und damit nicht körperlich wahrnehmbar. Deshalb benötigt das Gut „Dienstleistung“ ein Trägermedium, das der Mensch bzw. ein anderes Gut sein kann. Dienstleistungsmarketing konzentriert sich deshalb in erster Linie auf die Schaffung eines positiven Images, das dem Konsumenten als Entscheidungskriterium für seine Kaufentscheidung dienen soll.

Die Besonderheiten sind:

- Dienstleistungen sind immateriell, d.h., man kann sie nicht lagern und nicht transportieren.
- Dienstleistungen sind meist sehr personalintensiv und damit relativ teuer. Allerdings entwickeln sich durch Digitalisierung und Internet zunehmend Angebote, die stark automatisiert sind. Beispiele hierfür sind der Onlinehandel und das Onlinebanking.
- Die Konsumenten sind meist in die Dienstleistung integriert, also am Entstehungsprozess beteiligt (z.B. Steuerberatung, ärztliche Behandlung, Krankengeldzahlung usw.).
- Dienstleistungen sind oft nicht standardisierbar (Beratungsleistung).



Aus diesen Besonderheiten ergibt sich, dass die Unternehmen entsprechende Marketingmaßnahmen entwickeln müssen, die u.a. auch diese Eigenarten der Produkte/Dienstleistungen berücksichtigen.

5.3 Wettbewerb und Marketing auf dem Krankenversicherungsmarkt

1
Adressen gewinnen

In einer Marktwirtschaft ist der Wettbewerb ein Mittel zur optimalen Verteilung der Ressourcen. Ohne funktionsfähigen Wettbewerb gibt es keine wirtschaftlich angemessene Lenkung der Produktionsfaktoren, keine leistungsgerechte Einkommensverteilung, kaum Innovationen und die Gefahr einer zunehmenden Kapitalkonzentration.

In einer Marktwirtschaft steuert der Wettbewerb z.B. die Lösung folgender Probleme:

- Was soll produziert werden?
- Wie viel soll produziert werden?
- Wie soll produziert werden?
- Für wen soll produziert werden?
- Welche Angebots- und Nachfragestrukturen sind erforderlich?

Näheres hierzu haben Sie bereits im Lernbrief zum Thema „Wirtschaftslehre, Teil 1“ erfahren.

Ein funktionsfähiger Wettbewerb hat als ein dynamischer Prozess eine verbesserte Marktversorgung zur Folge. Jedes Unternehmen versucht, seine Wettbewerbsposition zu optimieren. Unternehmen, die sich in ihrer eigenen Wettbewerbsposition durch Wettbewerbsaktivitäten der Mitbewerber bedroht sehen, müssen ihre Marktleistung steigern, um Wettbewerbsnach-

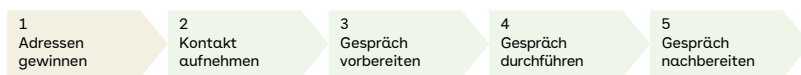
teile zu verhindern. Eine konsequente Ausrichtung auf die Kundenwünsche durch das Marketing kann zu diesem Ziel beitragen.

Sind diese Grundsätze uneingeschränkt auch auf den Krankenversicherungsmarkt anwendbar? Wie kann Marketing im Krankenversicherungsmarkt gelebt werden?

Aus den unter Pkt. 4.1 dargestellten Gründen ist der freie Wettbewerb allein im Krankenversicherungsmarkt aus ethischen, gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht zur Steuerung der Lösung der o.g. Probleme geeignet. Daher sind für diese Problemlösungen gesetzliche Steuerungsmechanismen eingeführt worden. Die Angebotsstruktur der GKV ist weitgehend durch die Gesetzgebung festgeschrieben. Das gilt z.B. für den größten Teil der Leistungen sowie für den vorgesehenen Personenkreis der Mitglieder und Versicherten. Aber auch für die Anbieter der PKV existieren zahlreiche Regularien für ihren Geschäftsbetrieb und die Produktgestaltung.

Außerdem trägt z.B. der Umverteilungsmechanismus des Solidaritätsprinzips dazu bei, dass im Bereich der GKV die Produkte auf dem Krankenversicherungsmarkt für die Krankenkassen attraktiv und finanzierbar bleiben. Des Weiteren darf eine gewählte Krankenkasse die beantragte Mitgliedschaft nicht ablehnen. Damit soll erreicht werden, dass auch Menschen mit einem finanzmathematisch „ungünstigen Versicherungsrisiko“ Mitglied bei der Krankenkasse ihrer Wahl werden können und die Krankenkassen keine aktive Risikoselektion vornehmen können.

§ 175 Abs. 1
Satz 2 SGB V



Neben diesen Wettbewerbsschranken gibt es weitere Regelungen, die immer darauf abzielen, Risikoselektion durch die Versicherten oder die Versicherer einzuschränken. Das wird entweder dadurch erreicht, dass Marketingoptionen verboten werden oder der Anreiz zur Risikoselektion durch einen gesetzlich verordneten Ausgleich von Risiken zwischen den Versicherern minimiert wird. Ein sehr bedeutendes Mittel des Risikoausgleichs zwischen den Krankenversicherern ist im Bereich der GKV der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich – kurz: Morbi-RSA. Er zielt darauf ab, Krankenkassen, die eine relativ „ungünstige“ Versichertenstruktur haben (d.h. viele Versicherte, die krankheitsbedingt viele und teure Leistungen in Anspruch nehmen), nicht benachteiligt werden.

Vor diesem Hintergrund drängt sich die Frage auf, ob auf dem Krankenversicherungsmarkt und insbesondere unter den Anbietern der GKV überhaupt ein Wettbewerb stattfindet und stattfinden soll? Die gesetzgeberische Antwort hierauf ist eindeutig: ja!

Ziel des Wettbewerbs auf dem Krankenversicherungsmarkt ist es, anstelle des früheren Verwaltens von Krankheitsdaten neue Gesundheitsideen zur Optimierung der Versorgung zu generieren und sie umzusetzen.

Das kann z.B. folgende Ausprägungen haben:

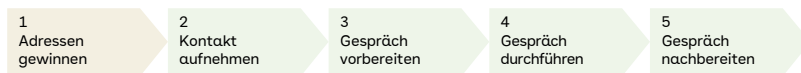
- permanenter Ansporn zur Innovation von Produkten und optimaler Kundenbetreuung
- ständiger Druck auf Preise und Beiträge, um die Krankenversicherer z.B. zu folgendem Verhalten zu bewegen:
 - einen kostengünstigeren Einkauf von medizinischen Leistungen
 - eine erhöhte Kundenorientierung/-steuerung

- ein effizientes Kosten- und Leistungsmanagement im Sinne der Kunden

Wie kann in diesem engen Rahmen der Wettbewerb gestaltet werden? Wodurch können sich die einzelnen Anbieter auf dem Krankenversicherungsmarkt (zum Vorteil von Kundinnen und Kunden) voneinander unterscheiden?

Möglichkeiten hierzu bieten sich z.B. in den folgenden Wettbewerbsfeldern:

- Innovations- und Qualitätswettbewerb (im Wettbewerb des Krankenversicherungsmarkts) z.B. durch Krankheitsverhütung [für die GKV z.B. im Rahmen des § 20 SGB V] oder durch die in § 11 Abs. 6 SGB V genannten Möglichkeiten zusätzlicher Satzungsleistungen, z.B. in den Bereichen „Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft“, „künstliche Befruchtung“, „Haushaltshilfe“ oder „Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern“.
- Vertragswettbewerb (z.B. Vergütungshöhen, integrierte Versorgungsmodelle, Disease-Management-Programme, Selektivverträge), mit dem entweder Kosten- oder Angebotsstrukturen optimiert werden können
- erweiterter Servicewettbewerb (z.B. Versichertennähe, fachliche Kompetenz, Hilfe bei der Navigation im Gesundheitswesen wie z.B.: der Krankenhausnavigator oder der Pflegenavigator)
- Beitragswettbewerb, der seit dem 01. 01. 2015 wieder möglich ist und erweiterter Beitragssatzwettbewerb (Besonders im Bereich der Selbstbehalttarife wird der Wettbewerb um günstige Prämien und gute Leistungsangebote deutlich zunehmen.)



Mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung“ hat der Gesetzgeber den Beitragsspielraum der gesetzlichen Krankenversicherungen wieder erweitert (vgl. Punkt 8.2.1.6 dieses Lernbriefs).

Bei der Nutzung all dieser Wettbewerbsmöglichkeiten darf aber wie gesagt keinesfalls das Solidarsystem auf der Strecke bleiben. Das ist dann der Fall, wenn der Wettbewerb zur Risikoselektion führt oder wenn Zugangsprobleme zum sozialen Krankenversicherungsschutz entstehen.

Dazu hat die AOK sich eindeutig im Kundeninteresse positioniert. Sie betreibt keine Risikoselektion und trägt so einen wichtigen Anteil zum Solidarsystem bei.

Um für alle Krankenkassen einen „fairen“ Wettbewerb zu ermöglichen, hat die Politik das „Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG)“ auf den Weg gebracht. Mit dem Gesetz sollen größtenteils bereits aktuell - allerdings nicht verbindliche - wettbewerbliche Verhaltensregeln der GKV nun einen bindenden Charakter erhalten.

Merke

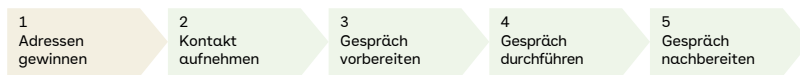
Es gilt folgender Grundsatz: „So viel Wettbewerb wie möglich – so wenig Regulierung wie nötig.“

5.4 Blickwinkel des Marketing

Mit Hilfe des Marketing suchen Unternehmen auf ihrem Markt nach Wettbewerbsvorteilen und Möglichkeiten, diese umzusetzen. Dazu betrachtet das Marketing den Markt aus spezifischen Blickwinkeln:

- Grundlegend betrachtet das Marketing das **Kaufverhalten** potenzieller Kunden. Aus dieser Perspektive wird beispielsweise die Kaufmotivation untersucht. Es werden Fragen nach der Art und Weise, wie die für den Kauf notwendigen Informationen gesammelt und verarbeitet werden, beantwortet. Und es wird geklärt, wie der Kaufentscheidungsprozess verläuft. Diesen Grundlagen wenden wir uns hier nicht spezifisch zu, da eine solch dezidierte theoretische Darstellung den Rahmen des Lernbriefs sprengen würde.
- Als Basis für konkrete Entscheidungen dienen dem Unternehmen systematisch gesammelte und analysierte Informationen über den Markt, die Wettbewerber und seine (potenziellen) Kunden. Diese Daten werden im Rahmen der **Marktforschung** erhoben und bereitgestellt. Der Marktforschung werden wir uns im Pkt. 6 dieses Lernbriefs detailliert zuwenden.
- Wichtig für jede Marketingmaßnahme ist die vorherige klare Zieldefinition. Diese konkrete Zielbestimmung wird im Rahmen der strategischen Entscheidungsfindung aus den unternehmerischen Oberzielen abgeleitet. Dieser Prozess wird die **strategische Perspektive des Marketing** genannt (vgl. Punkt 7 dieses Lernbriefs).

1
Adressen
gewinnen



- Auf Basis der Erkenntnisse aus der Marktforschung und der strategischen Entscheidungen trifft das Unternehmen in den Feldern
 - Produktpolitik,
 - Preispolitik,
 - Kommunikationspolitik und
 - VertriebspolitikEntscheidungen, wie es Wettbewerbsvorteile generieren und diese bekannt machen kann. Wir werden diese Felder im Pkt. 8 dieses Lernbriefs (Marketinginstrumente und Marketingmix) näher beleuchten. Dazu gehört es auch, die gegenseitigen Abhängigkeiten zwischen z.B. der Produkt- und der Preispolitik zu beachten.
- Dienstleistungen haben grundlegend andere Merkmale als Sachprodukte. Sie sind zumindest im engeren Sinne nicht berührbar. Daher liegt es nahe, dass Dienstleistungsunternehmen, als produzierende Unternehmen, regelmäßig eine andere Marketingausrichtung wählen. Ebenso liegt es nahe, dass im Business-to-Business-Geschäft eine spezifische Marketingausrichtung wichtig ist. Das liegt schon darin begründet, dass Business-Kunden eine andere Kaufmotivation aufweisen als Privatkunden. Während der Privatkunde in aller Regel persönliche Bedürfnisse befriedigt, kaufen Unternehmen Leistungen/Produkte regelmäßig ein, weil sie sie für ihre eigene Leistungserstellung benötigen. Diesen und ähnlichen Fragestellungen zu spezifischen Ausrichtungen des Marketing geht die Marketinglehre und -forschung vielfach unter dem Begriff „institutionelle Perspektive“ nach. Auch die in diesem Feld behandelten Aspekte würden in vertiefter

Darstellung den Rahmen des Lernbriefs sprengen und werden daher nicht spezifisch behandelt. Eine Grobdarstellung zur institutionellen Marketingperspektive finden Sie unter Punkt 5.2 dieses Lernbriefs.

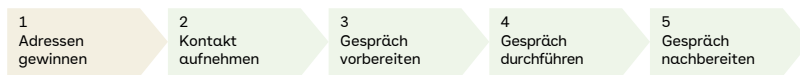
- Aus Gesichtspunkten der Marketingimplementierung ist die Marketinggesamtkonzeption im Hinblick auf ihre Umsetzbarkeit und ihren Beitrag zum Erfolg des Unternehmens hin zu untersuchen (vgl. Punkt 10 dieses Lernbriefs).
- Einen zunehmenden Stellenwert erhält auch im Marketing die führungsbezogene Perspektive. Diese Perspektive wird im Lernbrief an verschiedenen Stellen aufgegriffen und nicht in einem gesonderten Abschnitt behandelt.

5.5 Wettbewerbsvorteile im Marketing

Wie bisher beschrieben, agiert die AOK auf einem durch Wettbewerb geprägten Markt. Durch die Menge der Anbieter, die um die Kundschaft werben, stellt sich für die AOK nun eine wichtige Aufgabe. Sie muss ihr Angebot so gestalten, dass die Kundinnen und Kunden, die das Unternehmen noch nicht kennen, überzeugt werden, dass die AOK mehr bietet als die Wettbewerber. Sie muss also Vorteile gegenüber unseren Wettbewerbern erzielen und damit besser als die Wettbewerber sein.

Dazu nutzt die AOK einerseits die Erkenntnisse der Marktforschung und der Wettbewerbsanalyse. Weiterhin müssen im eigenen Unternehmen Möglichkeiten gesucht werden, sich von

1
Adressen
gewinnen



den Wettbewerbern abzusetzen und Wettbewerbsvorteile zu schaffen.

Als Wettbewerbsvorteil kann synonym auch der Begriff „USP – Unique Selling Proposition“ oder „KKV – Komparativer Konkurrenzvorteil“ (komparativ bedeutet vergleichend und im Zusammenhang mit Wettbewerbsvorteilen ist damit der Vergleich zur Konkurrenz gemeint) genutzt werden.

Ein Wettbewerbsvorteil – im Sinne dieses Lernbriefs – ist die Fähigkeit eines Anbieters, im Vergleich zu seinen aktuellen oder potenziellen Wettbewerbern aus Kundensicht nachhaltig effektiver und/oder effizienter zu sein. Effektiver ist ein Unternehmen, indem es dem Konsumenten einen direkten Nutzen verschafft (Kundenvorteil). Effizienter ist ein Unternehmen, wenn das Unternehmen den Kundennutzen mit möglichst geringem Aufwand verwirklicht (Anbietervorteil).

Welche Wettbewerbsvorteile gibt es aus Kundensicht?

- Qualitätsvorteile („besser“)
- Zeitvorteile („schneller“)
- Sicherheitsvorteile („stärkere Gewissheit“)
- Identifikationsvorteile („passt besser zu mir“)
- Kostenvorteile („billiger“)

Die Entscheidung, ob ein Wettbewerbsvorteil gegeben ist, obliegt ausschließlich dem Konsumenten. Dabei ist zu beachten, dass „der Konsument“ oftmals nicht nur eine Einzelperson ist, sondern die Kaufentscheidung von mehreren Personen beeinflusst wird. Die AOK als Anbieter merkt z.B. an der Entwicklung ihres Marktanteils, ob sie über einen Wettbewerbsvorteil verfügt oder nicht.

Merke

In Wettbewerbsvorteilen zu denken und zu handeln heißt Kundenorientierung.

5.6 Übungen zum Lernabschnitt 5

Übung 1

Suchen Sie zwei mögliche Wettbewerbsvorteile bei verschiedenen Krankenversicherungsunternehmen.

Schauen Sie sich dabei auch einmal die PKV-Unternehmen an.

Übung 2

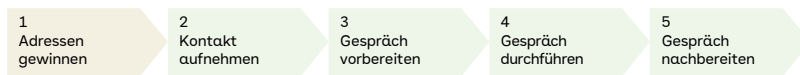
Erläutern Sie, was Marketing bedeutet.

Übung 3

Erläutern Sie, was Dienstleistungsmarketing von anderen Marketingansätzen unterscheidet.

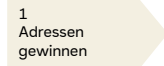
Übung 4

Erstellen Sie eine Übersicht, aus der alle Beteiligten des Marktfelds der AOK erkennbar werden (denken Sie auch an die Beteiligten des internen Marketing).



6 Marktbetrachtung und Marktforschung

6.1 Definition und Bestandteile der Marktforschung



Die Marktforschung ist ein Teilgebiet der Marketingforschung. Sie befasst sich mit der systematischen Erforschung eines konkreten Teilmarkts und den Bedürfnissen aller Beteiligten. Hierzu zieht sie vor allem externe Informationsquellen heran.

Im Rahmen der Marktforschung interessieren also vor allem Daten und Informationen über das betriebliche Umfeld und die relevanten Märkte. Das Unternehmen benötigt Informationen über

- die Marktteilnehmenden (Produzenten, Käufer, Absatzmittler, Absatzhelfer) und
- weitere Personen oder Institutionen, die den Kaufprozess steuern oder beeinflussen können.

Darüber hinaus benötigt das Unternehmen Informationen über die einzelnen Marktgrößen, so z.B. über das

- Marktpotenzial,
- Absatzpotenzial,
- Marktvolumen und
- Absatzvolumen

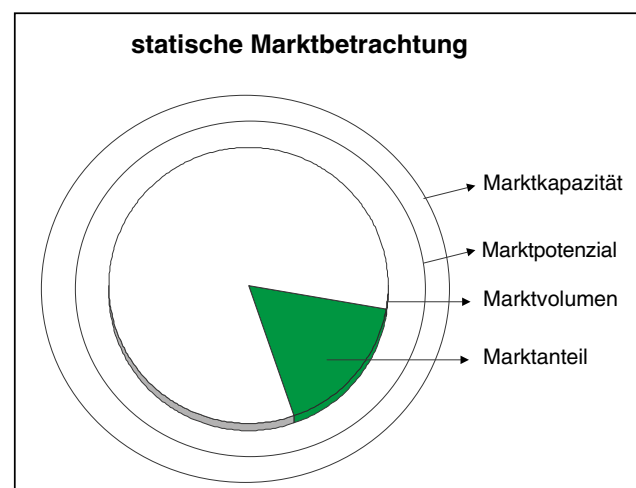
sowie über

- den Marktanteil und
- die verschiedenen Marktsegmente (vgl. Punkt 3.3 dieses Lernbriefs).

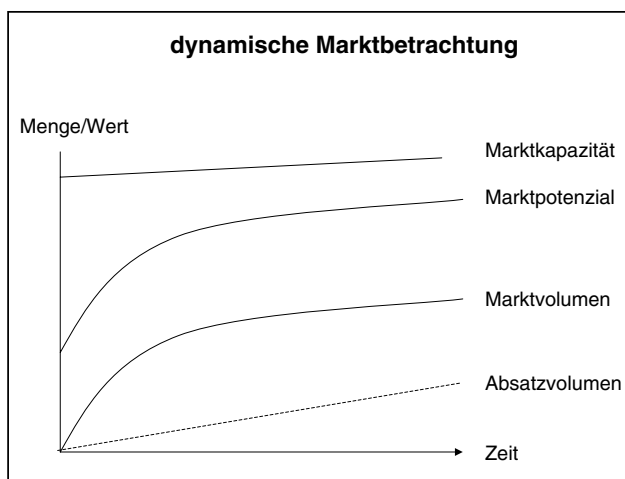
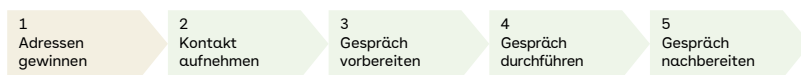
Die Marktbetrachtung und Marktforschung benötigt das Unternehmen zum einen für die Beurteilung der eigenen Situation, zum anderen, um möglichst genaue Daten zu diesen Bereichen über die Konkurrenzunternehmen zu erhalten.

Nur wenn der AOK zu allen oben genannten Bereichen die erforderlichen Informationen vorliegen, kann das Management die Chancen und Risiken des Markts richtig einschätzen und entsprechende Unternehmensziele entwickeln, aus denen sich dann auch erfolgreich umsetzbare Marketingziele ableiten lassen.

Dazu wird sowohl eine statische als auch eine dynamische Darstellung zur Marktsituation benötigt.



Diese Darstellung lässt jedoch nur eine Analyse der Marktsituation zu einem bestimmten Zeitpunkt zu. Deshalb empfiehlt sich die dynamische Darstellung, die einen Zeitraum darstellen kann.



Neben der Kenntnis über die in den Abbildungen dargestellten Kennzahlen, benötigt die AOK Daten über die Konsumenten selbst. Dabei sind folgende Fragen von besonderer Bedeutung:

- Wer ist Kundin oder Kunde?
- Wer könnte es sein oder werden?
- Wie viele Konsumenten gibt es überhaupt am Markt?
- Wie werden Kaufentscheidungen getroffen, und wer trifft diese Kaufentscheidungen?

Antworten auf diese Fragen zu finden, ist Aufgabe der Marktforschung.

Marktforschung ist also im Vergleich zur reinen Marktbetrachtung tatsächlich echte „Forschung“. Sie setzt sich aus der empirischen (beobachtenden) Sozialforschung und aus der empirischen Psychologie zusammen und befasst sich mit der Gewinnung von Informationen und Daten über die Gegebenheiten des Markts und des Unternehmensumfelds. Gelegentlich finden Sie in der Literatur statt Marktforschung auch die synonym verwandten Begriffe Meinungs- oder Marketingforschung. Inhaltlich befassen sich diese jedoch nur mit Teilbereichen der Marktforschung.

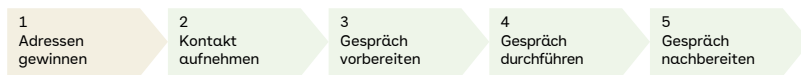
Die folgende Übersicht verdeutlicht die Zusammenhänge:

Marktforschungs-begriff	Untersuchungs-gegenstand
• Marketing-forschung	• Befasst sich mit der Absatzmarktforschung sowie allen hierfür relevanten Informationen über unternehmensinterne oder -externe Sachverhalte.
• Marktforschung	• Befasst sich mit allen relevanten Sachverhalten des Marketing (z.B. in Bezug auf den Absatz-, Beschaffungs- und Kapitalmarkt), die außerhalb des Unternehmens liegen.
• Meinungs-forschung	• Befasst sich (nur) mit Meinungen und Einstellungen zu wirtschaftlichen und nicht-wirtschaftlichen Themen.

Die Marketingforschung ist damit der umfassende Begriff, da er sich auf alle relevanten internen und externen Sachverhalte richtet. Wenn wir also im Weiteren von Marktforschung sprechen, verstehen wir darunter diese weit gefasste Definition.

Merke

Die Marktforschung beschäftigt sich mit der systematischen Gewinnung von Daten über den Markt und die Marktteilnehmenden, die für den momentanen und künftigen Erfolg des Unternehmens von Bedeutung sind. Dabei kommt der Erforschung der Bedürfnisse der Marktteilnehmenden eine besondere Bedeutung zu.



Durch Marktforschung wird Transparenz in den Teilmärkten geschaffen. Das Wissen über mögliche Marktentwicklungen ermöglicht den Unternehmen, sich auf die Zukunft vorzubereiten und so Überraschungen vorzubeugen. Auf diese Weise können die Unternehmen nicht so häufig von Marktentwicklungen überrascht werden. Welche Instrumente die Marktforschung den Unternehmen bietet, beschreiben wir in den folgenden Punkten.

6.1.1 Analyse der Nachfrageverteilung

Hier wird z.B. die zeitliche Verteilung der Nachfrage untersucht. Sie ist für ein Unternehmen wie die AOK von enormer Bedeutung, da sich die Dienstleistung von einem klassischen Konsumgut unterscheidet. Die Dienstleistung ist in der Regel nicht lager- und transportfähig. Sie zeichnet also u.a. aus, dass sie im Augenblick der Nachfrage produziert werden muss. Ein physisches Produkt dagegen kann bereits, bevor die Nachfrage tatsächlich entsteht, produziert und anschließend gelagert werden bzw. vom Produzenten direkt zum Konsumenten gelangen. Außerdem muss bei der Erstellung einer Dienstleistung der Konsument in irgendeiner Form integriert werden. Sei es durch Abfragen von relevanten Informationen oder dadurch, dass er selbst bei der Erstellung mitwirkt wie z.B. bei einem Fahrschüler, der mit dem Fahrlehrer während der Autofahrt für die Führerscheinprüfung trainiert.

Die AOK muss daher untersuchen, wann welche Nachfrage nach welchen Dienstleistungen anfällt bzw. anfallen könnte. Das geschieht in der Regel durch sogenannte Kundenfrequenzanalysen. Informationen über

Nachfrageschwankungen, über die Nachfragehöhe und die Kenntnis der günstigsten Öffnungszeiten stellen für die AOK sehr wichtige Informationen zur Planung und Bereitstellung der Kapazitäten dar.

1. Beispiel

Aus einer Kundenbefragung kennt die AOK den Wunsch der Kunden, Samstagvormittag zwischen 9.00 Uhr und 13.00 Uhr in den Geschäftsstellen erreichbar zu sein.

Folge

Für die Unternehmensleitung ist es nun entscheidend, einzuschätzen, wie viele Kunden voraussichtlich diese neuen Öffnungszeiten in Anspruch nehmen werden. Letztlich ist es natürlich auch für die Beschäftigten sehr wichtig zu wissen, ob samstagvormittags eine Geschäftsstelle voll oder nur mit einem Teil der Belegschaft besetzt werden muss.

2. Beispiel

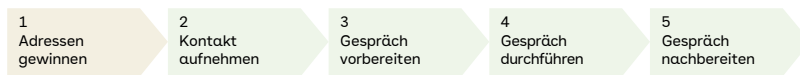
Studierende zeigen gerade zu Semesterbeginn eine verstärkte Nachfrage nach den Beratungs- und Dienstleistungsangeboten der AOK.

Folge

Hierauf muss die AOK durch eine geeignete quantitative und qualitative Personalkapazität reagieren.

3. Beispiel

Zu Beginn der Urlaubszeit entsteht eine verstärkte Nachfrage nach Beratungen zu Angeboten der AOK für Auslandsurlaube.



Folge

Hierauf kann die AOK z.B. durch entsprechende temporäre Arbeitsplätze, Angebote im Internet oder entsprechende Ausgabeautomaten, Flughafengeschäftsstellen usw. reagieren.

Merke

Die Analyse der Nachfrageverteilung ist ein wichtiges Mittel zur quantitativen und qualitativen Personaleinsatzplanung und ist damit eine wichtige Voraussetzung zur kundenorientierten Dienstleistungserbringung.

zu können. Nach den aktuellen Befragungen ist das Image der AOK bereits gut, der Wert kann aber noch verbessert werden.

Solche Kundenzufriedenheitsanalysen, bezogen auf die AOK, können z.B. für folgende Bereiche vorgenommen werden:

- Erreichbarkeit der Geschäftsstelle
- Öffnungszeiten
- Erreichbarkeit per Telefon
- Onlineangebot
- Fachkompetenz
- Freundlichkeit der Mitarbeitenden
- Kulanz
- Schnelligkeit
- Flexibilität
- Gestaltung der Anschreiben/Formulare
- Ansehen in der Öffentlichkeit
- Ansehen bei Ärzten
- Preis-Leistungs-Verhältnis

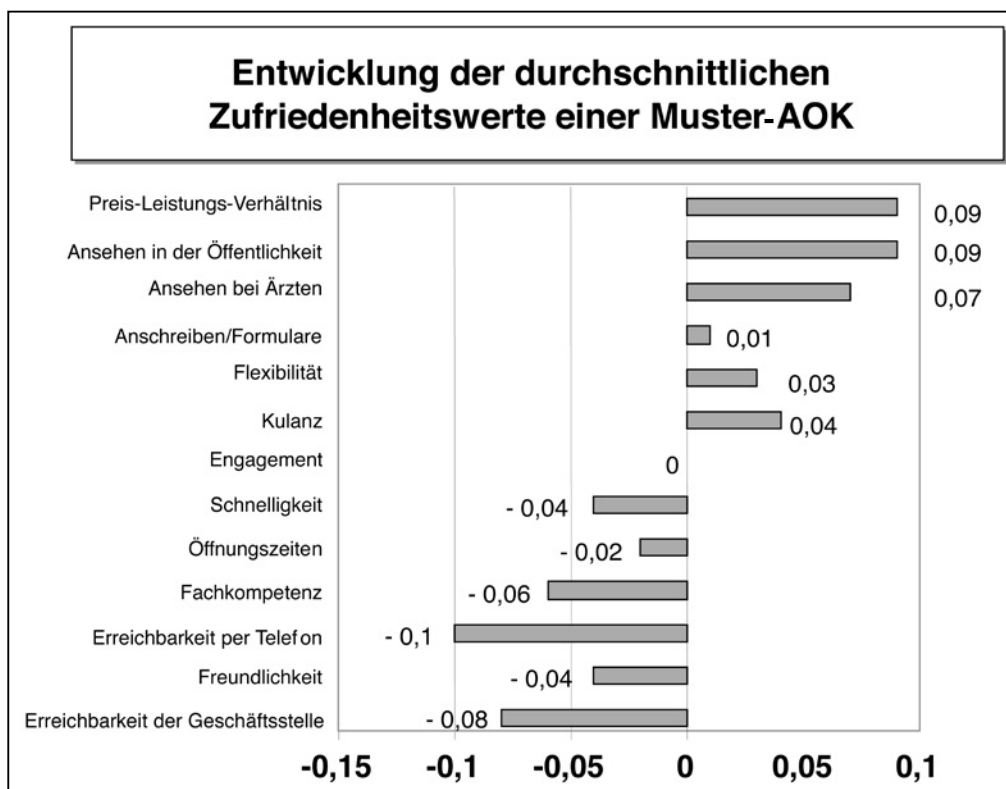
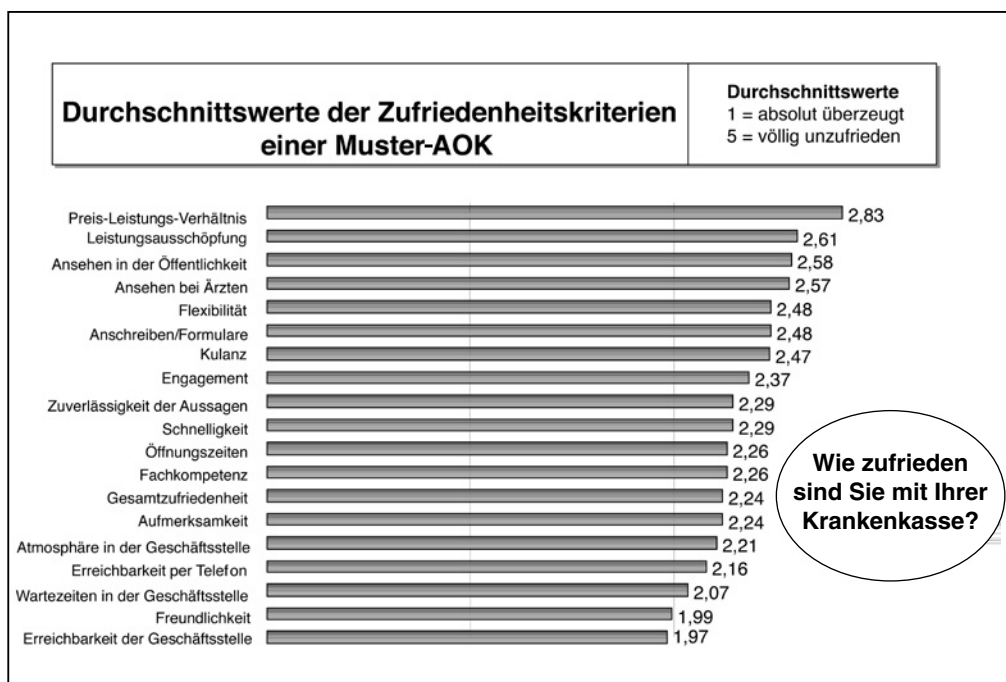
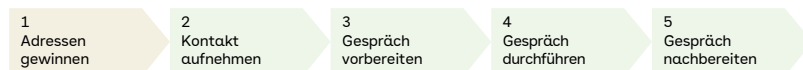
6.1.2 Image- und Zufriedenheitsanalysen

Für die Unternehmen ist es ungemein wichtig, dass die Kundschaft ein positives Bild (Image) des Unternehmens und seiner Angebote hat. Denn aus vielen Umfragen ergab sich, dass ein Zusammenhang zwischen einer hohen Kundenzufriedenheit und dem positiven Image des Unternehmens besteht. Je besser das Image ist, desto zufriedener sind die Kundinnen und Kunden mit den Produkten. Für die AOK ist es also wichtig, ihr Image in der Bevölkerung zu analysieren und darauf aufbauend ein positives Image zu entwickeln bzw. ein solches zu verfestigen, um damit auch Einfluss auf die Zufriedenheit der Kundschaft nehmen

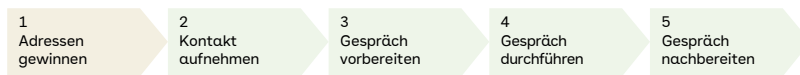
Die Kundinnen und Kunden werden dabei zu diesen Punkten befragt oder geben eine Wertung innerhalb einer vorgegebenen Werteskala ab. Aus den Analyseergebnissen und insbesondere aus der Veränderung der Werte im Verlauf mehrerer Befragungen kann die AOK wichtige Informationen zur Beurteilung ihrer Stärken und Schwächen sowie der sich vom Markt her ergebenden Chancen und Risiken erfahren und ggf. Veränderungen vornehmen.

Ein Beispiel, wie eine solche Kundenzufriedenheitsanalyse aussehen könnte, zeigen die umseitigen Grafiken:

3.0 · Privatkunden akquirieren und halten, dabei beraten



* Eine Abweichung um 0,01 Einheiten entspricht einer Veränderung um 1%.



Exkurs: Beschwerdeanalyse und -management

Ein Indikator für die Gesamtzufriedenheit der Kundschaft eines Unternehmens ist die Anzahl von Beschwerden. Ein Teilbereich der Marktforschung beschäftigt sich daher damit, die Häufigkeit und Intensität der Beschwerden über bestimmte Produkte oder Mitarbeitende eines Unternehmens zu untersuchen, um auf häufige Beschwerdebereiche Einfluss nehmen zu können.

Wenn sich ein Unternehmen entschieden hat, eine Beschwerdestatistik zu erstellen, ist es von besonderer Wichtigkeit, dass neben der Marktforschung auch ein konsequentes Zufriedenheitsmanagement im Unternehmen eingesetzt wird. Das aktive und konsequente Zufriedenheitsmanagement hat mehrere wichtige Aufgaben:

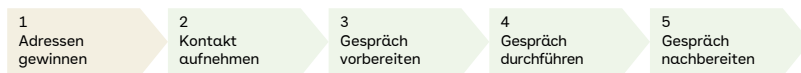
1. Die eingehenden Beschwerden und Unzufriedenheitsäußerungen werden aufgenommen und möglichst zu deren Zufriedenheit bearbeitet. Das heißt jedoch nicht, allen Kundenwünschen zu entsprechen, da dies zum Teil nicht möglich sein wird. Es heißt vielmehr auch die Ablehnung von Kundenwünschen so zu kommunizieren, dass die Entscheidung der AOK nachvollziehbar wird; bestenfalls können sogar Alternativlösungen vorgeschlagen werden. Es heißt aber auch, bei der Ablehnung von Kundenwünschen größt mögliche Stringenz walten zu lassen. Eine einmal ausgesprochene Ablehnung, die später zurückgenommen wird, entfaltet in vielen Fällen das negative Zusatzerlebnis. Dies könnte auch den Eindruck erwecken, dass die AOK die Kundenwünsche zunächst ablehnt und nur bei ge-

nügend Druck bewilligt. Auch das schadet dem Image einer verlässlichen Krankenversicherung.

2. Es gilt, die unzufriedenen Kundinnen und Kunden herauszufinden, die sich bisher noch nicht aktiv beschwert haben, ihre Unzufriedenheit mit dem Unternehmen jedoch anderweitig, z.B. gegenüber Bekannten, äußern. Diese Menschen können z.B. zu einer Beschwerde stimuliert werden. Das klingt im ersten Moment vielleicht etwas seltsam. Doch wenn wir es schaffen, dass sich die Kundinnen und Kunden bei uns beschweren, wenn einmal etwas nicht so richtig funktioniert hat, dann können wir auch helfen; z.B. indem wir eine Lösungsalternative anbieten oder indem wir den Kundenwunsch ernst nehmen und unsere Ablehnung des Kundenwunschs nachvollziehbar erläutern. Eine neue IT-basierte Variante, „latente“ Unzufriedenheit zu erkennen, besteht darin, aktiv Internetforen oder Social Media nach Meinungsäußerungen zur AOK zu untersuchen.

Auch hier kann durch gezielte Aufklärung zu Hintergründen unserer Entscheidungen zumindest eine allgemein nachvollziehbare Erklärung des Handelns der AOK gegeben werden. Selbst wenn uns durch rechtliche Regelungen die Hände gebunden sind, hilft dies oft auch schon weiter.

3. Können solche dem Unternehmen gegenüber unzufriedene Menschen herausgefunden werden, gilt es als Nächstes, ihre Unzufriedenheit aufzunehmen und entweder die Zufriedenheit wiederherzustellen oder zumindest die negativen Auswirkungen ihrer Unzufriedenheit zu minimieren.



Im Zufriedenheitsmanagement liegt daher neben dem Erkenntnisgewinn eine große Chance für jedes Unternehmen. Es gilt, aus Fehlern zu lernen und damit Schwachstellen im Unternehmen oder bei den Produkten/Dienstleistungen zu beseitigen, um damit langfristig Kundenzufriedenheit auf möglichst breiter Basis zu erzeugen. Gerade der Kulanz eines Unternehmens kommt bei der Zufriedenstellung der Kundschaft eine hohe Bedeutung zu. Und wenn Kundenwünsche einmal nicht ganz oder gar nicht erfüllt werden können, weil sie außerhalb des möglichen Spielraums liegen, so ist doch eine freundliche, aktive Zuwendung und Erklärung der Entscheidung wichtig und stellt oftmals einen Garanten für die Zufriedenheit trotz Nichterfüllung der Wünsche dar.

Gerade das Zufriedenheitsmanagement hat eine besondere Bedeutung im Rahmen des Dienstleistungsmarketing und leistet einen erheblichen Beitrag zur positiven Imageförderung. Ein gutes Zufriedenheitsmanagement reduziert negative Mund-zu-Mund-Propaganda und hat die Möglichkeit, eine positive persönliche Kommunikation zwischen dem Unternehmen und dem Kunden zu initiieren.

Auch kann das Wissen der Kundschaft um ein funktionierendes Zufriedenheitsmanagementsystem bei einem Unternehmen zu einer erhöhten Nachfrage führen, da die Konsumenten wissen, dass sie im Fall der Unzufriedenheit eine relativ gute Chance haben, doch noch zufriedengestellt zu werden. Unternehmensintern gibt ein aktives Zufriedenheitsmanagement Aufschluss über die Qualität des Unternehmens und seiner Produkte/Dienstleistungen. Die Zahl der Beschwerden für einzelne Teilbereiche

oder Produkte des Unternehmens und deren Intensität zeigt Schwachstellen schnell und zuverlässig auf und bietet damit die Chance zur raschen Abhilfe.

Exkurs: Auswertung von Kündigungsgesprächen

Geht bei der AOK ein Kündigungsschreiben ein, erfordert dies immer eine genaue Prüfung der Umstände und im Anschluss daran ein persönliches (oder telefonisches) Gespräch mit dem Kündigenden.

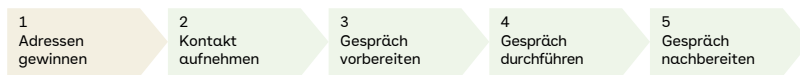
In diesem Gespräch sind einige wichtige Punkte zu klären:

- Kündigungsgrund
- beabsichtigte neue Krankenversicherung
- bisherige Zufriedenheit mit der AOK
- (emotionaler) Hintergrund (liegt eine Entscheidung für eine neue Versicherung oder gegen die noch bestehende vor?)
- Einverständniserklärung für Folgekontakte

Generell muss der Kündigende auch über mögliche Risiken beim Wechsel der Krankenversicherung beraten werden.

Vor allem beim Wechsel zu einer PKV kommt letzterem eine erhebliche Bedeutung zu.

Die aus den Gesprächen gewonnenen Erkenntnisse über Kündigungsgründe und Mängel im Verfahrensablauf bei der AOK sollten dokumentiert und zentral gesammelt werden. Ihre Auswertung kann wichtige Kenntnisse über Verbesserungspotenziale und Änderungserfordernisse ergeben, die der AOK im Wettbewerb sehr förderlich sein können.



Bei der Kundenberatung in einer Kündigungssituation müssen Sie u.a. folgende Punkte klären:

- Wird die Kündigung persönlich oder durch einen Boten überbracht?
- Sind alle Voraussetzungen für den Wechsel gegeben?
- Kundenäußerungen wertschätzend aufnehmen, verständnisvoll reagieren, evtl. fachliche Beratung über Kündigungsfristen usw.
- Kündigungsgründe erfragen: Kosten, Leistungen, Service, „Familienzusammenführung“ bei anderem Anbieter
- künftiges Krankenversicherungsunternehmen
- mögliche Beeinflusser der Kündigungs- und/oder Wahlentscheidung (Arbeitgeber, Kollegen, Mitarbeitende der Wettbewerber, usw.)
- Einverständniserklärung für Folgekontakte
- Ankündigung der Kontaktaufnahme zum Ablauf der nächsten Bindungsfrist mit dem Ziel der Zufriedenheitsabfrage mit der neu gewählten Krankenversicherung – und evtl. Wechsel zurück zur AOK – bzw. zwischenzeitliche Zufriedenheitsabfrage und Informationen bei Sonderkündigungsrechten
- Gesprächsnachbereitung durch entsprechende Vermerke in der EDV, Bearbeitung der Kündigungsbestätigung usw.

Natürlich sollten Sie in einem solchen Beratungsgespräch auch die individuellen Vorteile der AOK gegenüber den Wettbewerbern herausstellen und den Kündigenden partnerschaftlich beraten. Teilweise erleben Kündigende eine unangenehme Überraschung, sobald sie den sicheren und komfortablen Schutz der AOK verlassen haben.

Erkundigen Sie sich in Ihrer AOK nach den Handlungsleitfäden zur Kündigungsbearbeitung und aktuellen Informationen, z.B. zum Verhalten der Mitwerber.

Exkurs: Analysen der Informationen des Kundenkontaktpersonals

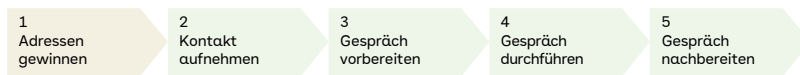
Jedes Gespräch der Mitarbeitenden eines Unternehmens mit den Kundinnen und Kunden kann dazu genutzt werden, Marktforschung zu betreiben. Dabei hat die Marktforschung im Rahmen dieser Analysen lediglich die Aufgabe zwischen den wichtigen und weniger wichtigen Informationen zu differenzieren sowie die wichtigen, entscheidungsrelevanten Informationen an die Unternehmensleitung weiterzuleiten. Diese hat dann die Möglichkeit, entsprechend der Kundenwünsche die Produkte/Dienstleistungen neu zu gestalten oder Einfluss darauf zu nehmen.

Merke

Ein aktives Beschwerde- und Zufriedenheitsmanagement ist ein wesentlicher Baustein einer kunden- und serviceorientierten AOK. Es trägt zur konsequenten Orientierung an den Kundenbedürfnissen sowie zu einer positiven Imagebildung bei. Außerdem liefert es wertvolle Beiträge für die Marktforschung.

6.1.3 Standortforschung

Ähnlich wie bei den Analysen über die Nachfrageverteilung kommt der Standortforschung eine große Rolle innerhalb der Marktforschung gerade bei Dienstleistungsunternehmen zu. Wie bereits festgestellt, ist eine



Dienstleistung im Regelfall nicht transportfähig. Das heißt, dass entweder das Unternehmen an den Ort der Nachfrage geht oder umgekehrt die Kundinnen und Kunden zum Unternehmen kommen und dort die Dienstleistung nachfragen. Gerade aus Kosten- und Effizienzgründen ist es für das Unternehmen wichtig zu wissen, wo besonders hohe Nachfragekonzentrationen entstehen, um dort ansprechbar und lieferbereit zu sein. Ein typisches Beispiel hierfür ist die Planung des Geschäftsstellennetzes der AOK. Das Unternehmen muss verschiedene Standortfaktoren berücksichtigen und miteinander vergleichen.

Zur Wahl des Standorts können eine Vielzahl von Faktoren herangezogen werden. Bei der Entscheidung für oder gegen einen Standort spielt die unterschiedliche Gewichtung, also die Wichtigkeit einzelner Faktoren, eine große Rolle. Näheres hierzu haben Sie bereits im Lernbrief zum Thema „Wirtschaftslehre, Teil 1“ erfahren.

Relevante Faktoren für die AOK könnten z.B. die folgenden sein:

1. Anzahl der derzeitigen oder potenziellen Kundinnen und Kunden

Das Unternehmen kann entscheiden, ob es den Standort, z.B. einer neuen AOK-Geschäftsstelle, dort plant, wo es besonders viele AOK-Kundinnen und Kunden gibt (beispielsweise Geschäftsstelle auf dem Gelände eines Firmenkunden oder auf dem Uni-Campus), oder ob eine Geschäftsstelle an einem Ort errichtet werden soll, in dem es noch verhältnismäßig wenige, aber sehr viele potenzielle AOK-Kundinnen und Kunden gibt.

2. Anzahl der Konkurrenzunternehmen

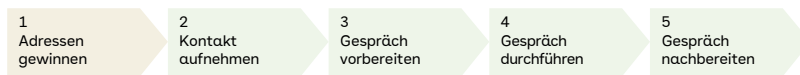
Die Unternehmensleitung kann entscheiden, ob man eine Geschäftsstelle gerade dort errichtet, wo auch sehr viele andere Unternehmen ihre Geschäftsstellen haben oder ob eine Geschäftsstelle in einem Gebiet eröffnet wird, in dem sich keine weiteren oder möglichst wenige Geschäftsstellen der Konkurrenz befinden.

3. Sonstige Faktoren

Weitere Standortfaktoren sind z.B. die Anbindung an das Verkehrsnetz oder die Nutzung infrastruktureller Vorteile wie z.B. vorhandene Anfahrts- und Parkmöglichkeiten. Auch die Situation auf dem Arbeitsmarkt, die evtl. genügend spezialisierte Fachkräfte für die Kundenbetreuung bereitstellt, kann eine wichtige Entscheidungshilfe für die Ortswahl einer Geschäfts-/Servicestelle sein.

4. Alternativlösungen

Gerade in der heutigen Zeit gibt es im Falle von Geschäftsstellenschließungen Möglichkeiten, den verlorenen Service zumindest teilweise aufzufangen. Dazu gehören z.B. Online-Angebote, mobile Geschäftsstellen, telefonische Beratungsangebote und Hausbesuche. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Angebote spezifische Vor- und Nachteile haben. Beispielsweise werden Online-Angebote vermutlich von der jungen Zielgruppe bevorzugt, während ältere Menschen Vorbehalte gegen diese Art Service haben.



Merke

Daten über den Markt und die Marktteilnehmer erhält die AOK z.B. durch:

- Analyse der Nachfrageverteilung
- globale und lokale Image- und Zufriedenheitsanalysen
- aktives Zufriedenheitsmanagement
- Auswertung von Kündigungsgesprächen
- Analysen der Informationen des Kundenkontaktpersonals

6.2 Gütekriterien der Marktforschung

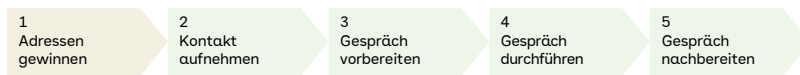
1
Adressen gewinnen

Unabhängig davon, ob Sekundärdaten wie z.B. Daten aus Statistiken (intern/extern), bereits existierenden Informationsquellen (z.B. Medien und öffentliche Statistiken) oder eigenes zur Beantwortung einer bestimmten Fragestellung direkt beim Befragten erhobene Primärdaten für die Marktforschung genutzt werden, muss beachtet werden, dass diese Informationen möglichst objektiv, vollständig und systematisch gesammelt werden. Dies ist Voraussetzung dafür, dass die Informationen vergleichbar sind und die Realität möglichst genau widerspiegeln.

Von besonderer Bedeutung ist es dabei, auf folgende Aspekte zu achten:

- **Validität:**
Stellen die Daten tatsächlich das dar, was sie darstellen sollen? Z.B. stellen die Ergebnisse einer Umfrage unter Studierenden zu ihren Ansprüchen an eine Krankenversicherung nicht die Ansprüche aller Menschen an eine Krankenversicherung dar, sondern nur die der Studierenden.

- **Reliabilität:**
Sind die Daten so erhoben worden, dass man unter gleichen Rahmenbedingungen und bei gleicher Methode zu einem gleichen bzw. ähnlichen Ergebnis gelangt, wenn man die Datenerhebung wiederholen würde? Dies setzt eine systematische und methodische Vorgehensweise voraus.
- **Objektivität:**
Ist das Ergebnis der Marktforschung unabhängig vom Anwender (entweder dem Durchführenden oder dem Interpretierenden) der Marktforschung?
- **Repräsentativität:**
Können über die tatsächlich erhobenen Fälle hinaus aus den vorliegenden Daten generelle Rückschlüsse gezogen werden? Können z.B. aus einer Befragung von einzelnen Studierenden Rückschlüsse auf die Einstellungen/Wünsche aller Studierenden gezogen werden? Eine zu kleine Menge an Befragten führt zu einem nicht repräsentativen Ergebnis. Es kann dann zwar die Frage beantwortet werden, was die befragten Studierenden wünschen, nicht aber die Frage, was alle Studierenden wahrscheinlich wünschen.
- **Erfüllung Datenschutzanforderungen:**
Mit der seit Mai 2018 anwendbaren Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) haben sich die gesetzlichen Anforderungen an die Verwendung und Verarbeitung von Daten mit Personenbezug nochmals verschärft (schon eine IP-Adresse, die jeder beim Surfen im Internet hinterlässt, wird z.T. als personenbezogene Daten gewertet). Vor jeder Datenverwendung sollte daher geprüft werden, ob die Daten wie geplant verwendet und verarbeitet werden dürfen.



6.3 Prozess der Marktforschung

1
Adressen
gewinnen

Die Hauptaufgabe der Marktforschung ist die systematische Sammlung, Analyse und Interpretation von Informationen zur Beantwortung genereller oder spezifischer Fragestellungen zur aktuellen und erwarteten Marktsituation. Wir werden hier zunächst auf das Vorgehen der Marktforschung eingehen.

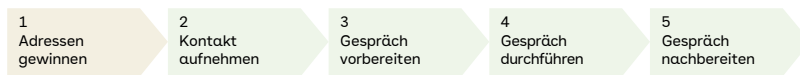
Neben der Bereitstellung regelmäßiger Berichtsdaten, z.B. zu Marktpotenzial, Absatzpotenzial, Marktvolumen und Absatzvolumen, kann die Marktforschung auch zu differenzierten Fragestellungen anlassbezogenen Daten liefern. Das grundsätzliche Vorgehen der regelmäßigen bzw. anlassbezogenen Datenlieferung ist grundsätzlich gleich. Es ist im Groben wie folgt strukturiert:

1. Es wird zunächst genau definiert, welche Fragen die zu liefernden Daten beantworten sollen. Gerade dieser Prozessschritt wird vielfach in seiner Bedeutung unterschätzt. In der Folge können im Extremfall die später bereitgestellten Daten gar nicht den eigentlich gewünschten Zweck erfüllen, weil sie andere als die gemeinten Fragen beantworten. Oder aber der für die Beantwortung der Frage betriebene Aufwand ist unnötig hoch. So ist z.B. die Fragestellung „Welche Bedürfnisse haben die Kunden der AOK?“ vergleichsweise unspezifisch. D.h., es sollten möglichst zusätzliche Angaben gegeben werden, beispielsweise zu welchem Zweck die Daten erhoben werden. Z.B. führt der Zusatzhinweis „Es soll auf Grundlage der Daten ein Marketingkonzept für die Zielgruppe der Studierenden ge-

plant werden“ dazu, dass wie gewünscht die Ansprüche von Studierenden und nicht allen möglichen Zielgruppen dargestellt werden.

D.h., es werden nicht unnötig viele Menschen befragt und die erzielten Ergebnisse passen auch zur Zielgruppe und werden nicht durch Wünsche anderer Zielgruppen verfälscht.

2. Auf Grundlage der entwickelten Fragestellung wird insbesondere festgelegt,
 - a) wer die Marktforschung durchführt (z.B. interne Datensammlung oder Datensammlung durch ein Marktforschungsinstitut),
 - b) welche Daten erhoben werden (Zusammenstellung bereits vorhandener Daten [sog. „Sekundärdaten“] oder Sammlung noch nicht vorhandener Daten, z.B. durch eine Befragung von Studierenden [sog. „Primärdaten“]),
 - c) wie genau die Ergebnisse sein müssen und wie groß der Umfang der zu sammelnden und auszuwertenden Daten sein soll (grds. gilt: je größer die gesammelte und ausgewertete Datenmenge, desto genauer sind die Ergebnisse – allerdings steigt auch der Aufwand der Marktforschung mit der Größe der Datenmengen).
3. Nach diesen Detailfestlegungen werden die Erhebungsinstrumente (z.B. der Fragebogen, mit dem die Studierenden befragt werden sollen) entwickelt und getestet.
4. Anschließend werden die gewünschten Daten mit Hilfe der Erhebungsinstrumente erhoben.



5. Die Ergebnisse werden auf ihre Stichhaltigkeit hin geprüft und analysiert.
6. Auf Grundlage der Datenanalyse können dann die eingangs festgelegten Fragestellungen beantwortet werden. Dazu werden die erhobenen Daten beispielsweise in anschaulichen Berichten aufbereitet.

6.4 Methoden der Marktforschung

1
Adressen
gewinnen

Zusammenfassend verläuft der Marktforschungsprozess in folgenden Schritten:

1. Definition der Fragestellung
2. Auf Basis der Fragestellung: Methodische Festlegungen insbesondere dazu, wer welche Daten mit welchem Genauigkeitsanspruch erhebt
3. Entwicklung und Test der Erhebungsinstrumente (z.B. der Fragebogen, mit dem die Studenten befragt werden sollen)
4. Durchführung der Datenerhebung
5. Datenkontrolle und -analyse
6. Beantwortung der Fragestellungen

Grundsätzlich existieren für jeden der obigen Prozessschritte Werkzeuge, sprich Methoden, mit denen der Marktforscher arbeitet. Wir werden uns in der folgenden Darstellung auf die im Rahmen des Marktforschungsprozesses relevantesten Methoden zu den Prozessschritten 3 und 4 konzentrieren.

Die Marktforschung unterteilt sich in zwei große Bereiche:

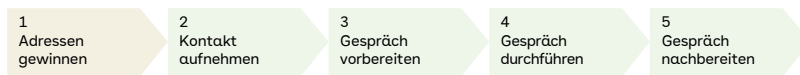
- a) Primärforschung „field-research“
- b) Sekundärforschung „desk-research“

Bei der **Primärforschung** werden speziell für bestimmte Problemstellungen des Marketing Erhebungen durchgeführt, wobei besonders folgende klassische Erhebungsmethoden Anwendung finden:

- die Befragung
- die Beobachtung
- das Experiment
- das Panel

Die Primärforschung stützt sich also auf Datenmaterial, das eigens für den Untersuchungszweck erhoben wird. Primärforschung wird in aller Regel erstellt, wenn noch kein Material oder nur veraltetes Material bzw. veraltete Daten und Informationen für den zu untersuchenden Bereich existiert. Die Primärforschung wird hauptsächlich von spezialisierten Unternehmen und Instituten durchgeführt, die anhand statistischer Erhebungen versuchen, die Analysen und Auswertungen so objektiv und systematisch wie möglich zu gestalten. Jedoch kann auch ein Unternehmen selbst die Instrumente der Primärforschung für sich nutzen und Daten für eigens zu definierende Fragestellungen oder Probleme ausarbeiten.

Bei der **Sekundärforschung** ist das Informationsmaterial gegeben. Es muss nur noch dem Untersuchungszweck entsprechend ausgewertet werden. Hierbei können sowohl externe als auch interne Informationsquellen genutzt werden.



6.4.1 Methoden der Primärforschung

Es gibt verschiedene Methoden der Primärforschung. Einige davon möchten wir Ihnen im Folgenden vorstellen.

6.4.1.1 Befragung

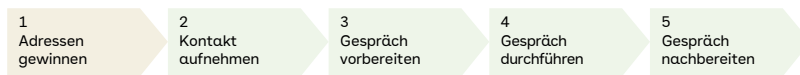
Die Befragung ist das Marktforschungsinstrument, das wohl am häufigsten angewandt wird. Leider wird der Erstellung des Interviewbogens im Arbeitsalltag nur wenig Zeit und systematische Planung geschenkt. Deshalb leiden Fragebögen häufig an einer unglücklichen Fragestellung und einer daraus resultierenden erschwerten Auswertung oder daraus resultierenden nicht valider, reliabler, objektiver oder repräsentativer Befragungsergebnisse. Je mehr man sich bereits vor der Befragung mit dem Fragebogen befasst und um so klarer man sich ist, auf welche Frage die Marktforschung antworten soll, desto bessere Ergebnisse wird man erhalten. Wenn Sie bei der Erstellung eines Fragebogens beteiligt werden, achten Sie unbedingt darauf, dass Sie sich selbst einmal in die Rolle des Befragten begeben und aus dieser Perspektive die Fragen beantworten. Sie werden schnell feststellen, wo ein Befragter aufgrund unklarer Fragestellung oder unglücklicher Bewertungsskala Schwierigkeiten mit der Beantwortung hat, oder gar in eine bestimmte Richtung der Beantwortung „gedrängt“ wird.

Ziel der Befragung kann es z.B. sein, durch gezielte Fragen herauszufinden, welche Einstellungen die Kundinnen und Kunden zum Produkt oder zum Unternehmen haben. Im Dienstleis-

tungsmarketing nehmen Befragungen einen sehr hohen Stellenwert ein, weil sie zur Ermittlung des Dienstleistungsimages, der Dienstleistungsqualität und zur Erfassung der Kundenzufriedenheit eingesetzt werden können. Es können vier Arten der Befragung unterschieden werden:

- persönliche Befragung („Face to Face“; z.B. Einstellungen der Bevölkerung zum staatlich verordneten Abbau der Prävention und Bereitschaft zur privaten Finanzierung)
- telefonische Befragung („Voice to Voice“; z.B. telefonisches Interview zu einer bestimmten Leistung der AOK)
- schriftliche Befragung (z.B. mittels Beurteilungskarten über den Service der AOK Kundengeschäftsstellen)
- Internetbefragung (z.B. in Form des Versands eines Links zu einem Online-Fragebogen per E-Mail)

Der große Vorteil des persönlichen Interviews (Face to Face, Voice to Voice) ist das unmittelbare Feedback der Befragten. Nachteil ist jedoch insbesondere bei der Face to Face Befragung der hohe Kostenaufwand und die Gefahr der Beeinflussung des Interviewten durch den Interviewer (z.B. durch die Art der Fragestellung, Gestik und Mimik; Stichwort: Sicherstellung der Objektivität des Forschungsprozesses). Um die Kosten der Befragung möglichst gering zu halten, könnte z.B. direkt nach dem Beratungsgespräch ein Feedback zur Beratungszufriedenheit eingeholt werden. Bei der Einladung zur persönlichen Befragung sind die aktuellen Datenschutzbelange zu beachten.



Merke

Interviews sind teure, aber sehr wirkungsvolle Möglichkeiten der Kundenbefragung. Es gilt sie daher besonders zielgerichtet einzusetzen.

Bei der telefonischen Befragung kann man zwischen der automatischen und nicht automatischen Art unterscheiden. Bei der nicht automatischen telefonischen Befragung handelt es sich um ein normales Telefonat, das meistens anhand eines standardisierten und vorbereiteten Fragebogens erfolgt. Die automatische Art des Telefoninterviews wird häufig durch Computereinsatz unterstützt. Eine typische Form hiervon ist die sogenannte „TED“-Umfrage bei Fernsehsendungen oder Radio-Hitparaden. Das Telefoninterview hat gegenüber den anderen Befragungsmethoden eine Reihe von Vorteilen:

- Diese Variante ist besonders preisgünstig, da die Kosten der Befragung in der Regel ca. 50% geringer sind als bei einer persönlichen (Face to Face) oder schriftlichen Befragung.
- Sie ist schnell durchführbar und das Feedback der Befragten liegt sehr schnell vor.
- Die anvisierten Zielgruppen können meist wesentlich schneller erreicht werden als per Post oder persönlich.

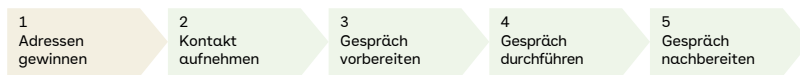
Besonders, wenn man sich bei der telefonischen Befragung professioneller Telefondienste bedient, ist es möglich, dass die Qualität der Befragung an die der persönlichen Befragung heranreicht. Gute Telefondienste haben entsprechend hohe Qualitätsstandards für ihre Interview-Aktionen, die dazu

beitragen, eine hohe Auskunftsbereitschaft und zuverlässige Daten von den Befragten zu erhalten. Die Nachteile des Telefoninterviews sind:

- Das Telefoninterview kann leicht als telefonische Werbung missverstanden werden und demnach könnte die Quote der Menschen, die eine Teilnahme verweigern oder das Interview abbrechen, sehr hoch sein.
- Der Trend zu Geheimnummern steigt deutlich an, da sich viele Menschen durch nicht private Anrufe belästigt fühlen. Dadurch könnte sich die Zielgruppe entsprechend verkleinern.
- Die gesetzlichen Anforderungen an die Verwendung von z.B. Telefonnummern für Marktforschungszwecke steigen immer weiter an. Zuletzt ist eine weitere Verschärfung im Rahmen der zum 25. 05. 2018 anwendbar gewordenen EU-DSGVO vorgenommen wurden. Die Zulässigkeit der Anrufe ist genau zu prüfen und zu belegen. Eine sorgfältige Dokumentation des Adressmaterials, des Ziels und der Vorgehensweise der Befragung ist daher unerlässlich.
- Wenn das Telefoninterview nicht professionell durchgeführt wird, ist das Risiko sehr hoch, dass durch die fehlende Mimik und Gestik eine ungünstige Gesprächsatmosphäre entstehen kann oder dass durch die Abwandlung von Fragen auch andere Antworten gegeben werden, die natürlich das Befragungsergebnis verzerren und dadurch möglicherweise unbrauchbar machen.

Merke

Professionell geführte Telefoninterviews sind eine sehr wirtschaftliche und zuverlässige Form der Primärforschung.



Bei schriftlichen Befragungen und Internetbefragungen entfällt der Einfluss durch den Interviewenden und die Befragten können die Fragen ohne Zeitdruck und zu dem Zeitpunkt beantworten, der ihren Bedürfnissen am ehesten entspricht. Hinzu kommt, dass manche Zielgruppen schlecht erreichbar sind (die Mitglieder der Zielgruppe wohnen sehr weit verstreut oder zu den üblichen Telefoninterviewzeiten schlecht erreichbar). Diese Zielgruppen können durch die schriftliche Befragung wesentlich besser erreicht werden. Ein weiterer Vorteil ist, dass schriftliche Umfragen wesentlich preisgünstiger sind als mündliche und telefonische Befragungen.

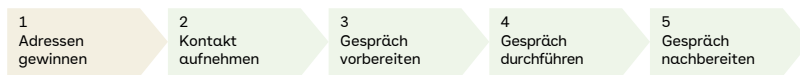
Diesen Vorteilen stehen jedoch auch gravierende Nachteile gegenüber. So fällt die Rücklaufquote meist sehr gering aus. Dadurch kann es sein, dass die gesammelten Ergebnisse nicht repräsentativ für die gesamte Zielgruppe sind. Auch ist nicht sicher, ob die Fragebögen von den wirklichen Mitgliedern der Zielgruppe ausgefüllt wurden oder ob Fragebögen, die z.B. an den Haushaltsvorstand und Entscheider gehen, nicht doch von Mitgliedern der Familie ausgefüllt werden oder umgekehrt.

Im Bereich des „Business-to-Business-Marketing“ (Befragung von Firmen/ Geschäftspartnern) besteht hierbei besonders die Gefahr, dass Fragebögen z.B. von Mitarbeitenden des Vorstands/der Führungskräfte ausgefüllt werden. Das hat natürlich eine Verzerrung der Informationen zur Folge. Weitere Probleme sind:

- Der Ausfüllende hat keinen Ansprechpartner, der für Auskünfte zum Inhalt der Interviewfragen bereitsteht. Das kann zu Missverständnissen führen.
- Bei einem Teil der Bevölkerung bestehen entweder Hemmungen, schriftliche Befragungen auszufüllen, oder sie wollen sich Umfragen bewusst entziehen.
- Werden ein oder mehrere Erinnerungsschreiben zur Beantwortung der Fragen verschickt, kann dies eine Unzufriedenheit des Kunden zur Folge haben, wenn er/sie sich belästigt fühlt.

Auch bei der Verwendung von Adressaten (z.B. E-Mails, postalische Adressen) sind die geltenden Datenschutzanforderungen strikt zu beachten. Um das Hauptproblem, nämlich die mangelnde Rücklaufquote, zu beseitigen, gibt es eine Reihe von Möglichkeiten, die in der Praxis gerne benutzt werden.

1. Die Umfrage kann den Befragten angekündigt werden (z.B. durch Medien).
2. Der Sinn und Zweck der Befragung ist den Befragten klar herauszustellen und die Verwendung der Ergebnisse sollte bekannt gemacht werden.
3. Das Ausfüllen und Beantworten der Fragen sollte möglichst vereinfacht und kundenfreundlich gestaltet sein. Dabei ist besonders darauf zu achten, dass die Gestaltung übersichtlich, klar, verständlich und optisch ansprechend sein muss. Es bietet sich hier an, die Fragen in einzelne Teilblöcke zu unterteilen und die Verständlichkeit mit einer kleinen Testgruppe zu prüfen (Pretest).



Merke

Schriftliche Befragungen haben in der Regel geringe Rücklaufquoten. Das ist bei der Größe der zu befragenden Zielgruppe zu berücksichtigen. Wichtig für die Rücklaufquote sind die Verständlichkeit der Fragen sowie die Gewinnung des Kunden zur Teilnahme über geeignete Mittel und die Transparenz des Befragungszwecks.

6.4.1.2 Beobachtung

Der Vorteil der Beobachtung gegenüber der Befragung ist, dass die Auskunftsbereitschaft der Kunden nicht gegeben sein muss. So kann z.B. ein Kreditinstitut oder eine AOK-Geschäftsstelle allein durch die Beobachtung feststellen, wie hoch die Frequenz der Beratungsplätze ist. Daraufhin könnte eine Beratungsplatzbesetzung entwickelt werden. Die Beobachtung kann entweder teilnehmend oder nicht teilnehmend erfolgen.

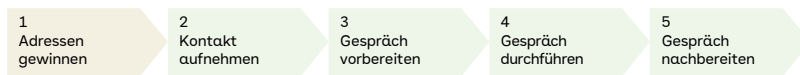
Das heißt, es könnte eine persönliche Beobachtung stattfinden, bei der die Beobachteten den Beobachter wahrnehmen. Bei der nicht teilnehmenden Beobachtung werden die Vorteile von Video-Kameras usw. genutzt, um zu vermeiden, dass die Beobachteten bemerken, dass sie beobachtet werden und daraufhin ihr Verhalten evtl. verändern. Das ist besonders vorteilhaft in Supermärkten, die beobachten möchten, welche Wege die Besuchenden gehen und welche Produkte am besten an welcher Stelle positioniert werden sollen. In der AOK-Geschäftsstelle bietet sich dagegen eine solche Beobachtungsform wegen der Sensibilität der hier behandelten Themen

nicht an. Zudem sind die gesetzlichen Datenschutzvoraussetzungen für Beobachtungen sehr hoch.

6.4.1.3 Experiment

Beim Experiment werden mithilfe einer Versuchsanordnung die Auswirkungen von Marketingaktivitäten unter kontrollierten Bedingungen getestet. So werden Produkte mit verschiedenen Verpackungen, z.B. in einem Regal eines Supermarkts, deponiert und anschließend festgestellt, welche Verpackung sich am besten verkauft hat. Bei einem Dienstleistungsunternehmen spielt diese Form der Marktforschung jedoch nur eine sehr untergeordnete Rolle (z.B. im Rahmen von Tests zur Gestaltung von Internetauftritten und Apps), da Verpackungstests oder Tests zur Farb- und Formgebung der Dienstleistung natürlich entfallen. Allerdings könnte bei der Gestaltung der Informationsmedien auf eine Vorliebe der Kunden für bestimmte Layouts oder Standorte der Informationsstände geachtet werden.

Der Produkttest ist eine Unterform des Experiments. Unter einem Produkttest versteht man in der Marketingforschung die Untersuchungen, bei denen ein Produkt bzw. eine Produktprobe probeweise angeboten wird und aus den Reaktionen dieses Tests auf den gesamten Markt geschlossen wird. So arbeitet z.B. der PKW-Hersteller Mercedes-Benz eng mit Taxi-Unternehmen zusammen, um die Meinung der Taxifahrenden, die sehr viel fahren, zu erfahren und evtl. Verbesserungsvorschläge zu erhalten. Sind die Taxifahrenden mit diesem Modell einverstanden, ist die Chance sehr hoch, dass auch der Gesamtmarkt (die Gesamtkunden) diese Motoren akzeptieren wird.



Beispiel

Im Sommer werden in Biergärten neues Knabbergebäck (z.B. Chips) verteilt.

Folge

Anschließend werden die Kunden befragt, wie sie das Produkt empfunden haben.

Für den Bereich der AOK könnte hier infrage kommen, dass man eine bestimmte Geschäftsstelle auswählt und testet, ob die angesprochene Zielgruppe mit dem besonderen Service zufrieden ist und diesen Service auch gerne annimmt. Beispiele hierfür sind die Einführung der Studierendengeschäftsstellen in den Universitäten oder Fachhochschulen sowie die Beratungsstellen in Krankenhäusern.

6.4.1.4 Panelerhebung

Das Panel ist eine Sonderform der Methoden der primären Marktforschung. Im Unterschied zu den bisher genannten Instrumenten ist die Panelerhebung eine wiederkehrende Untersuchung bzw. Befragung oder Beobachtung der immer gleich bleibenden Beobachtungs- oder Befragungsgruppe.

Das heißt, die befragte oder beobachtete Gruppe bleibt immer identisch. Ein besonderes Problem, das sich bei der Festlegung der Gruppe herauskristallisiert, ist die sogenannte „Panelsterblichkeit“. Das heißt, weil immer

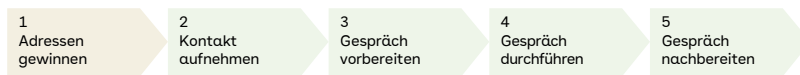
dieselben Personen einer fest definierten Gruppe beobachtet oder befragt werden, scheiden im Lauf der Zeit immer wieder Mitglieder dieser Gruppe aus, die natürlich nicht durch neue Mitglieder ersetzt werden können. Typische Arten dieser Panelsterblichkeit sind Heirat bei Singles, Gründung von Familien, Veränderungen des Berufs, Veränderungen des Wohnorts usw. Somit wird die zu befragende oder zu beobachtende Gruppe ständig kleiner und die Ergebnisse werden immer weniger repräsentativ.

Beispiel

Eine Schokoladenfirma produziert einen neuen Müsli-Riegel. Dieser Riegel ist gedacht für Jugendliche, die besonders sportlich sind und sich gesundheitsbewusst ernähren. Das Unternehmen legt eine fest umrissene Gruppe fest, die über die Akzeptanz des Riegels befragt werden soll. Diese Gruppe besteht aus männlichen und weiblichen Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren. Alle Jugendlichen, die im Lauf dieser kontinuierlichen Befragungen (evtl. alle drei Monate) 18 Jahre alt werden, scheiden zwangsläufig aus der Panelgruppe aus.

Folge

Die verbleibende Zielgruppe wird also immer kleiner, und zwar mit jedem Tag. Also wird die Repräsentativität der Ergebnisse ständig geringer.



Ein weiterer Nachteil der Panelerhebung ist, dass sie besonders kostenintensiv ist. Der große Vorteil beim Panel ist jedoch, dass diese Form der Untersuchung besonders gute Vergleichswerte im Sinne einer dynamischen Marktbetrachtung schafft und Tendenzen und Trends klarmachen kann.

6.4.2 Methoden der Sekundärforschung

Im Rahmen der Sekundärforschung wird nach bereits erhobenen und ggf. bereits aufbereiteten und analysierten Daten recherchiert. Hierbei ist eine fundierte Kenntnis der internen und externen Datensammlungen von erheblichem Wert. Als mögliche interne Datenquellen kommen z.B.

- Controllingdaten und -berichte,
- Berichte aus DV-Tools z.B. zu Vertriebsaktivitäten und insbesondere auch
- die Daten und Ergebnisse aus vergangenen Marktforschungsaktivitäten

infrage.

Mögliche externe Datenquellen sind z.B.:

- öffentliche Statistiken (statistisches Bundesamt, Ministerien, Verbände, etc.)
- Publikationen von Mitbewerbern und Leistungserbringern (Jahresberichte, etc.)
- Medienpublikationen (Internet, Zeitungen/ Zeitschriften, etc.)

Im Anschluss an die Datenrecherche ist es unerlässlich, die Daten auf ihre Verwendbarkeit für die Beantwortung der jeweiligen Fragestellung hin zu

überprüfen. Da die Daten nicht zu diesem Zweck erhoben wurden, ist z.B. zu prüfen, ob die Daten im Hinblick auf

- ihre Aktualität,
- die Umstände, unter denen sie erhoben wurden sowie
- die Fragestellungen, zu deren Beantwortung sie erhoben wurden,

zur Klärung der aktuellen Themen genutzt werden können. Z.B. ist bei der Verwendung von Marktforschungsdaten darauf zu achten, bei welchen Personengruppen die historische Marktforschung angesetzt hat und ob diese Personengruppen auch Gegenstand der zu beantwortenden Fragestellung sind.

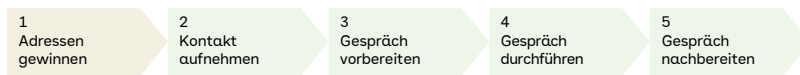
Sofern die Daten im Grundsatz verwendbar sind, müssen sie anschließend dem aktuellen Zweck entsprechend aufbereitet werden.

6.5 Individuelle Behandlung von Zielgruppen aus Marktforschungsergebnissen

Mit den zuvor angeführten Methoden der Marktforschung erhalten Sie einen guten Überblick über die Anforderungen und Wünsche der Konsumenten und über geeignete Kontaktierungsanlässe. Außerdem erfahren Sie, wie erfolgreich Ihre bisherigen Bemühungen bei einzelnen Zielgruppen waren bzw. welche Zielgruppen sich voneinander unterscheiden lassen. So ergeben sich neben einer groben Einteilung der Marktteilnehmer in die Segmente

- Firmenkunden,
- Privatkunden und
- Gesundheitspartner

1
Adressen
gewinnen



innerhalb dieser Segmente zahlreiche weitere Zielgruppen. Ärzte haben schließlich andere Beratungs- und Informationsbedürfnisse als Apotheker oder Krankenhäuser. Berufsstartende setzen andere Prämissen für einen Krankenversicherungsschutz, haben ein anderes Informationsbedürfnis und suchen in anderen Informationsquellen als Rentenbeziehende.

Insbesondere die Kenntnis über die richtigen Schnittstellen und Kontaktierungsanlässe ist für eine erfolgreiche Akquisearbeit unabdingbar. An Schnittstellen ergeben sich für den Kunden der AOK wichtige Informationsbedürfnisse, z.B. über seinen Krankenversicherungsschutz. Der persönliche anlassbezogene Kontakt zu einem AOK-Kundenberater z.B. wird als besonders wertvoll empfunden. Beispiele für solche Schnittstellen und sich daraus ergebende Kontaktierungsanlässe im Bereich der Privatkunden sind:

- Geburt eines Kindes
- Bewerbertraining
- Schulabschluss
- Geschäftseröffnung
- Ausbildungsbeginn
- Ausbildungsende
- Studienbeginn
- Ende des Studiums
- Arbeitgeberwechsel
- Krankenhausaufenthalt
- Einschreibung in DMPs (Disease-Management-Programme)

Firmenkunden hingegen haben andere Bedürfnisse als Privatkunden. Kontaktanlässe könnten hier z.B. sein:

- Teilnahme an AOK-Seminaren zur Fortbildung von Mitarbeitenden des Firmenkunden
- Übergabe neuer Informationen zu den Anforderungen der Beitragsabführung

Beispiel / Folge

Ältere Menschen kommen fast nie mit Ecstasy-Pillen in Berührung. Es wäre also für die AOK reine Geldverschwendung, dieser Personengruppe die Broschüre „Kreativ gegen Drogen“ zuzusenden.

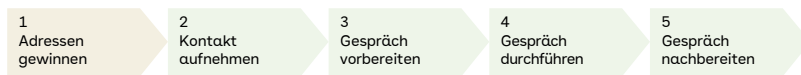
Unerheblich ist daher auch, ob die Broschüre älteren AOK-Versicherten gefällt. Zudem dürfte diese Personengruppe es als befremdend empfinden, wenn die AOK ihnen gegenüber mit diesem Beratungsangebot auftreten würde.

Aber auch Jugendliche muss die AOK so ansprechen, dass sie die Broschüre in die Hand nehmen, lesen und sich angesprochen fühlen, d.h., die AOK muss Wege zu den Jugendlichen finden (z.B. Aktionen in Diskotheken, bei Street-Basketball-Turnieren und insbesondere durch Angebote im Internet). Überlegen Sie doch einmal, welche Ideen Sie für diesen Bereich haben. Gerade für die Zielgruppe der Jugendlichen ist besonders wichtig, dass die AOK zwar ihre Themen aufgreift, sich aber nicht den Jugendlichen anbietet, sondern ihr Gesicht einer seriösen Krankenkasse wahrt. Die unreflektierte Imitation der Jugendsprache durch die AOK z.B. wird von den Jugendlichen negativ empfunden.

Bevor die AOK also eine Marketingaktivität startet, muss sie ihre Zielgruppen genau analysieren, damit die Aktionen die Bedürfnisse der Versicherten ansprechen und ihre Bindung zur AOK erhöhen.

Die Marktsegmentierung kann im Einzelnen erfolgen:

- geografisch



Hierbei werden die erfolgversprechenden Regionen des Gesamtmarkts ermittelt (z.B. Großstädte, ländliche Gebiete, Gewerbegebiete).

- psychografisch

Unter diesem Kriterium werden Käufergruppen zusammengefasst, bei denen gleichartige Verhaltensmerkmale erwartet werden (z.B. modeorientiert, sportorientiert).

- demografisch

Die Unterscheidung erfolgt nach sozioökonomischen Kriterien (z.B. Alter, Beruf, Einkommen).

In der Praxis entstehen im Laufe der Zeit klare Profile der anzusprechenden Marktsegmente. Auch hier ist es wichtig, den Wandel nicht zu vergessen. Die Segmentierung von heute wird morgen nur noch eingeschränkte Gültigkeit besitzen.

Nutzen Sie die Kenntnisse der Marktsegmentierung für Mailings, telefonische und persönliche Beratungen vorhandener und potenzieller Kundinnen und Kunden.

Aber bitte achten Sie auch hier auf die Einhaltung von datenschutzrechtlichen Belangen. Stimmen Sie sich in jedem Fall vor der Datenverarbeitung hierzu mit Fachleuten der AOK ab.

Merke

Die Marktforschungsergebnisse können u.a. verwendet werden für:

- Überblick über Anforderungen, Wünsche und Bedürfnisse der Kunden
- Zielgruppendefinition und -segmentierung
- Kenntnis über zielgruppenspezifische Kontaktierungsanlässe

6.6 Übungen zum Lernabschnitt 6

Übung 5

Nennen Sie zu den internen und externen Informationsquellen der Marktforschung jeweils drei Beispiele.

Übung 6

Finden Sie heraus, wie viele firmeninterne Geschäftsstellen (z.B. in Universitäten und Krankenhäusern) Ihre AOK eröffnet hat, und stellen Sie fest, wie viele Versicherte von diesen Geschäftsstellen insgesamt betreut werden.

Vergleichen Sie die Anzahl der Geschäftsstellen und der dort beschäftigten Mitarbeitenden mit der Anzahl der Versicherten, die in den anderen, also nicht firmeninternen Geschäftsstellen Ihrer AOK betreut werden. Welche Schlussfolgerungen ziehen Sie daraus?



Übung 7

Nennen Sie jeweils ein Beispiel für eine AOK-Geschäftsstelle in Ihrem Kassenbezirk, die nach dem Kriterium

1. besonders viele AOK-Versicherte,
2. unterdurchschnittlich viele derzeitige, aber viele potenzielle Versicherte

errichtet wurde.

Übung 8

Nennen Sie fünf relevante Standortfaktoren zur Eröffnung einer AOK-Geschäftsstelle in der Reihenfolge ihrer Priorität, und begründen Sie Ihre Antworten.

Übung 9

Nennen Sie die vier Methoden der primären Marktforschung.

Übung 10

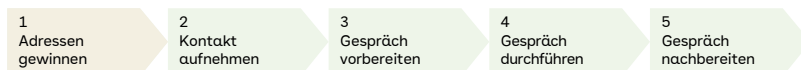
Nennen Sie zu jeder Methode der primären Marktforschung zwei Beispiele aus der AOK, die jeweils einen sinnvollen Anwendungsbereich aufzeigen.

Übung 11

Erstellen Sie eine Tabelle, aus der sich jeweils drei Vor- und Nachteile der Sekundärforschung im Vergleich zur Primärforschung ergeben.

Übung 12

Beschreiben Sie drei Anwendungsmöglichkeiten der Beobachtung im Rahmen des Marketing bei der AOK.



7 Strategische Perspektiven des Marketing

7.1 Bestimmung von Marketingzielen

1
Adressen gewinnen

Im Lernbrief zum Thema „Unternehmensziele und Organisation“ haben Sie das Konzept „Führen durch Zielvereinbarung“ und den „Zielbildungsprozess“ kennengelernt. Sicher kennen Sie inzwischen die Unternehmensziele Ihrer AOK und haben sich auch schon einmal mit den Marketingzielen befasst. Möglicherweise haben Sie bereits erste Zielvereinbarungen mit Ihrer Führungskraft vereinbart. Wir wollen jetzt gemeinsam mit Ihnen die Systematik der Marketingziele erkunden. Dazu beschreiben wir erst die strategischen übergeordneten Zielsetzungen, um anschließend auf den Bereich der Handlungsziele zu gelangen.

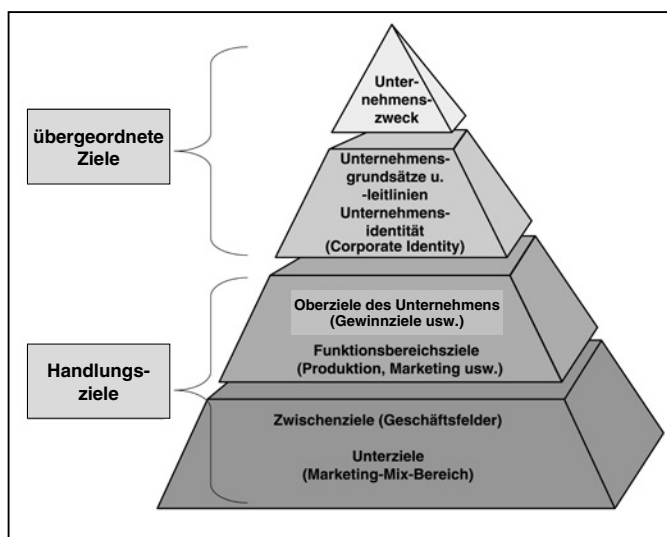
Marketingziele sind keine für sich unabhängigen Ziele. Sie sind vielmehr in das betriebliche Zielsystem eingebettet. So sind die Unternehmensziele Ausgangsbasis jeder konzeptionellen Marketingplanung und Zielsetzung.

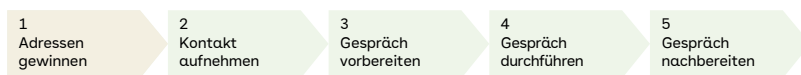
Zur Orientierung bilden wir hier die Zielpyramide aus Marketingsicht ab. Im Weiteren beschreiben wir hauptsächlich den Bereich der operativen Ziele.

Jedes Unternehmen hat einen Unternehmenszweck, also den Grund seiner Existenz. Der Unternehmenszweck der AOK ist die Krankenversicherung nach dem Solidaritätsprinzip. Daraus leiten sich wiederum das Unternehmensleitbild sowie die Unternehmensgrundsätze, -leitlinien und -identität ab.

Das Leitbild konkretisiert den Unternehmenszweck. Das Leitbild zu entwickeln und zu formulieren, stellt eine der Hauptaufgaben der Unternehmensleitung dar. Für die AOK gibt es seit einigen Jahren das Leitbild „AOK – Die Gesundheitskasse. Wir sind immer für Sie da.“ Aus diesem Leitbild können Sie entnehmen, wie die AOK selbst ihren Unternehmenszweck ausfüllen möchte. Mit diesem Leitbild wird ausgedrückt, dass die AOK sich nicht ausschließlich auf die Krankheit und die Krankenversicherung konzentriert. Vielmehr sagt die AOK damit, dass wir uns neben der Versorgung bei Krankheit auch um die weitere Betreuung der Kundinnen und Kunden in Gesundheitsthemen kümmern. Nur dadurch sind Betätigungsfelder wie z.B. die telefonische Beratung bei Fragen zur Gesundheit oder die Durchführung von Präventionsangeboten überhaupt in das Zentrum der Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit – und auch der Mitarbeitenden – gerückt worden.

Seit dieser Zeit trauen uns die Kundinnen und Kunden zu Recht eine hohe Kompetenz bei der Gesundheitsvorsorge und Beratung zu Gesundheitsleistungen zu.





Die nächste Stufe in der Zielhierarchie formuliert die o.g. konkreteren strategischen Zielsetzungen des Unternehmens. Damit wird die Richtung bestimmt, in die sich das Unternehmen ausrichtet. Beeinflusst werden die strategischen, also die langfristigen Ziele mit einem Zeithorizont zwischen fünf und zehn Jahren durch die Trends und Entwicklungen am Markt. Auch zukünftige Entwicklungen sollen bereits bei den strategischen Zielen berücksichtigt werden. Mögliche strategische Zielsetzungen für ein Krankenversicherungsunternehmen könnten sein:

- Wir werden das kundenfreundlichste Unternehmen am Krankenversicherungsmarkt.
- Wir steigern unseren (absoluten) Marktanteil in den nächsten zehn Jahren auf x %.
- Wir werden in den nächsten zehn Jahren die innovativsten Marktpartner auf dem Gesundheitsmarkt sein.
- Wir werden strategische Allianzen mit anderen Partnern im Gesundheitssystem schließen und dadurch eine komplette Absicherung der Versicherten erreichen.
- Wir werden im Jahr X die führende Krankenversicherung in Deutschland sein.

Natürlich kann es noch jede Menge weiterer strategischer Zielformulierungen geben, jedoch muss man darauf achten, nicht zu viele Ziele zu formulieren, denn sonst besteht die Gefahr, dass man sich bei der Erreichung der Ziele verzettelt.

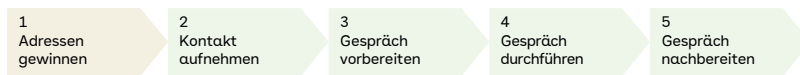
Mit den strategischen Zielen wird auch die Strategie entwickelt, die den Weg zur Erreichung der Ziele festlegt. Diese Strategie muss die Umweltbedingungen berücksichtigen. Für die

AOK wurde eine Strategie der Qualitätsführerschaft „Gesundheit“ entwickelt. Wir beabsichtigen also, über die gute und gesundheitsbezogene Qualität unserer Angebote, die zu einem guten Preis-Leistungs-Verhältnis am Markt positioniert wird, Versicherte für uns zu gewinnen. Diese Strategie entspricht den Umweltbedingungen, da die Kundinnen und Kunden immer stärkere Qualitätsanforderungen an die Anbieter von Waren und Dienstleistungen stellen.

Um operationale (durchführbare) Marketingziele festlegen zu können, muss die AOK als Dienstleistungsbetrieb bei der Formulierung dieser Ziele folgende Dimensionen berücksichtigen:

• Zielinhalt	→	Was soll angestrebt werden?
• Zielobjekt	→	Mit welchen Objekten soll das Ergebnis erreicht werden?
• Zielmaß	→	Welcher Zielerreichungsgrad wird angestrebt?
• Zeitbezug	→	In welchem Zeitraum sollen die Ziele angestrebt werden?

Fehlt die Vorgabe einer dieser Dimensionen, sind die formulierten Ziele in ihrem Ergebnis nicht mess- und kontrollierbar. Außendienstmitarbeitende der AOK können beispielsweise mit dem Unternehmensziel „Sicherung der Wettbewerbsstellung“ für die Planung ihrer täglichen Arbeit wenig anfangen. Für ihre tägliche Arbeit muss das Ziel in eine für sie konkret realisierbare operationale Formulierung gebracht werden (z.B. Erhöhung der täglichen Kundenkontakte von fünf auf sieben Besuche).



Auch bei dieser Art der Zielvereinbarung bzw. Zielformulierung hilft Ihnen die SMART-Formel. Sie bedeutet, dass Ziele

- **S**pezifisch
- **M**essbar
- **A**ngemessen
- **R**ealistisch
- **T**ermingebunden

sein müssen. Wenn eines dieser Kriterien in der Zielformulierung fehlt, bleibt ein wichtiger Bestandteil der Klarheit für Ziele unberücksichtigt. Diese Grundsätze zur eindeutigen Zielformulierung gelten natürlich auch für das Marketing.

Bei der Vereinbarung von Marketingzielen wird grundsätzlich zwischen ökonomischen und qualitativen Zielen unterschieden.

Die ökonomischen Ziele werden auch als quantitative (mengenmäßig messbare) Ziele bezeichnet. Klassische Beispiele dafür sind die Steigerung des relativen Marktanteils um fünf Prozent pro Jahr.

Quantitative Marketingziele berücksichtigen jedoch nicht die qualitative Dimension der Leistungserbringung, d.h. sie beachten nicht den Aspekt der Kundenzufriedenheit mit dem Dienstleistungsangebot bzw. sie lassen bei einer Zielsetzung, die den Marktanteil regelt, die Zusammensetzung des Marktanteils aus verschiedenen Zielgruppen außer Acht. Um der geforderten Kundenorientierung gerecht zu werden, müssen Dienstleistungsunternehmen neben quantitativen Zielen auch immer stärker qualitative Ziele in ihr Zielsystem einbeziehen.

7.2 Entwicklung von Marketingstrategien

Dienstleistungsmärkte sind häufig gesättigte Märkte mit hoher Wettbewerbsintensität. Neben einer kundenorientierten Strategieformulierung muss ein Dienstleistungsunternehmen seine Strategie auch an den Wettbewerbsaktivitäten anderer Mitbewerber ausrichten. Um im Wettbewerb erfolgreich bestehen zu können, müssen spezifische Vorteile entwickelt und umgesetzt werden. Ansatzpunkte für Wettbewerbsvorteile sind z.B. Kostenvorteile sowie Leistungs- und Differenzierungsvorteile.

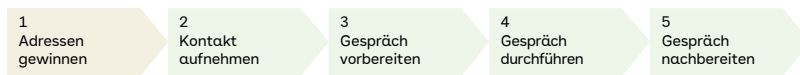
Kosten- und Preisvorteil

Die Strategie der niedrigen Kosten bedeutet zunächst eine Strategie der Kostensenkung. Der daraus entstehende Kostenvorsprung bzw. die Kostenführerschaft wird dann zu einem Wettbewerbsvorteil, wenn dadurch eine Preispolitik realisiert werden kann, die potenzielle Versicherte von Wettbewerbern abzieht. Die AOK verfolgt diesen Wettbewerbsvorteil mittels ihrer Beitragspolitik. Die Strategie der Kostensenkung wird bei der AOK z.B. durch wirtschaftliches Ausgabenverhalten (z.B. Abnahme von Büromaterialien vom günstigsten Anbieter) und durch die Ausnutzung von Einsparpotenzialen (z.B. bei den Krankenhausbudgetverhandlungen) verfolgt.

Innovationsvorteil

Ansatzpunkt der Innovationsstrategie ist es, etwas „Neues“ anzubieten, das in der jeweiligen Branche als einzigartig und vom Kunden als Nutzen angesehen wird. Diese Einzigartigkeit einer Leistung schafft für das Dienstleistungsunternehmen eine Abhebung

1
Adressen
gewinnen



gegenüber den Wettbewerbern und gewährt – zumindest zeitweise – dem innovativen Unternehmen einen Schutz vor Wettbewerbsaktivitäten. Erfolgreiche Dienstleistungsunternehmen profilieren sich gegenüber der Masse, indem sie typische branchenspezifische Eigenschaften zum Vorteil der Kundinnen und Kunden und damit des eigenen Unternehmens verändern. In diesem Feld ist die AOK z.B. im Rahmen einer innovativen Produktpolitik (z.B. Wahltarife, Bonusprogramme) und innovativer Kommunikationskanäle (Online-Geschäftsstelle, Apps, ...) aktiv.

Leistungsvorteil

Je homogener die wahrgenommene Dienstleistung ist, desto schwieriger ist es für ein Dienstleistungsunternehmen, sich dem reinen Preiswettbewerb zu entziehen. Gerade in Dienstleistungsbranchen, wo immer mehrere Anbieter in der Lage sind, gleichwertige ergebnisorientierte Dienstleistungen zu wettbewerbsfähigen Preisen anzubieten (und dies ist gerade in der GKV so!), gewinnt die Gestaltung des Dienstleistungsprozesses zunehmend an Bedeutung. Hier bieten sich gute Differenzierungsmöglichkeiten durch aus Kundensicht gut funktionierende Dienstleistungsangebote. Ziel ist es, bestehende Leistungsangebote so zu optimieren, dass die AOK sich von den Mitbewerbern abheben kann.

Differenzierungsvorteil

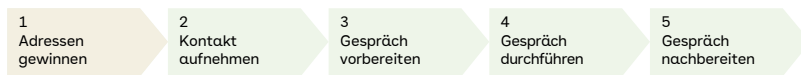
Ansatzstellen zur angebotsmäßigen Differenzierung liegen im Bereich der Kern- und Zusatzdienstleistungen. Dabei bezeichnet man das, was der Konsument auf jeden Fall erwartet, als das primäre Dienstleistungsangebot (z.B. die Kerndienstleistung der Krankenkasse wie Krankengeldzahlung). Im Bereich des primären Dienstleistungs-

angebots gibt es im GKV-System aber auch in anderen Branchen nur wenige Ansatzstellen zur Differenzierung. Dagegen bietet der Bereich der sekundären Leistungselemente zahlreiche Ansatzstellen für innovative Zusatzleistungen, die oft sehr flexibel und ohne große Investitionen zu realisieren sind. Besonders auffällig ist diese Strategie im internationalen Luftverkehrsmarkt. So bietet beispielsweise Singapore Airlines an Bord ihrer Flugzeuge exklusive Gerichte an, und mehrere US-Fluggesellschaften versuchten, mit dem Angebot eines Bügelservices oder einer Bordbibliothek, Passagiere von Wettbewerbsgesellschaften abzuwerben.

Problem dieser sekundären Leistungselemente ist die leichte Kopierarbeit dieser Innovationen durch Wettbewerber. Trotzdem hat das innovative Dienstleistungsunternehmen einen gewissen Wettbewerbsvorteil. Da dieser Vorteil jedoch zeitlich befristet ist, muss ein Dienstleistungsanbieter ständig innovativ tätig sein, was einen systematischen Ideengewinnungsprozess voraussetzt.

Aus der Vielzahl der Ansatzstellen für Differenzierungen gegenüber dem Wettbewerb seien im Folgenden beispielhaft einige aufgezählt, denen in der Literatur die größten Erfolgsaussichten zugesprochen werden:

- Entwicklung einer besonderen Umgebung, in dem die Dienstleistung abgewickelt wird (z.B. Einrichtung eines multifunktionalen Kinocenters)
- Innovative Ausstattung (z.B. Entwicklung eines „klassischen Schwimmbads“ hin zu einem „Erlebnisbad“)
- Qualität der Mitarbeitenden (z.B. Leistungsdarstellung durch kompetente, zuverlässige und besonders freundliche sowie gut geschulte Mitarbeitende)



Solche Wettbewerbsvorteile müssen jedoch vom Nachfragenden auch als solche wahrgenommen werden. Ein echter Wettbewerbsvorteil liegt erst dann vor, wenn

- es sich bei dem Vorteil um einen für den Nachfragenden wichtige Dienstleistungskomponente handelt,
- der Vorteil vom Nachfragenden wahrgenommen wird und
- der Vorteil kurzfristig vom Wettbewerb nicht eingeholt werden kann.

Merke

Um sich also Wettbewerbsvorteile zu verschaffen, sind u.a. folgende Voraussetzungen notwendig:

- besondere Fähigkeit des Anbieters
- Wichtigkeit für den Nachfragenden
- Wahrnehmung durch den Nachfragenden
- der Vorteil kann von Mitbewerbern nicht sofort kopiert werden

7.3 Übungen zum Lernabschnitt 7

Übung 13

Erläutern Sie den Unterschied zwischen der strategischen und der operativen Marketingplanung. Formulieren Sie jeweils drei Fragen, die geklärt sein müssen, um strategische bzw. operative Marketingziele formulieren zu können.

Übung 14

Sachverhalt

Als Außendienstmitarbeiter der AOK haben Sie den Zielfindungsprozess im letzten Jahr kennengelernt. Ihre AOK setzt nämlich das Führungsinstrument „Führen mit Zielen“ auf allen Ebenen erfolgreich um. Der Vorstand Ihrer AOK hat für das nächste Jahr u.a. folgende Zielvorstellungen:

- Zielfeld Versichertenzuwachs

Im nächsten Jahr hat die AOK einen Zuwachs von 12.000 Versicherten.

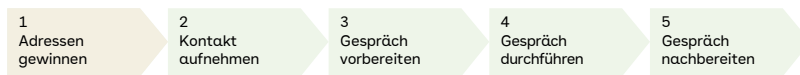
- Zielfeld Kundenzufriedenheit

Am Ende des nächsten Jahres sind 40 % der Bevölkerung in der Region der AOK der Meinung, dass die AOK die kundenfreundlichste Krankenkasse ist.

Ihre Geschäftsstellenleiterin hat in den nächsten Tagen mit Ihnen ein Zielfindungsgespräch. Sie möchte mit Ihnen Vorschläge erörtern, wie Ihre Geschäftsstelle sich an der Zielerreichung der AOK beteiligen kann.

Aufgabe

Formulieren Sie zu jedem Zielfeld je zwei mögliche Zielvereinbarungen. Die Zielhöhe ist dabei nicht zu benennen. Es reicht hierfür aus, wenn Sie die Höhe mit „x %“ oder ähnlichen Bezeichnungen angeben.



8 Marketinginstrumente und Marketingmix

1
Adressen
gewinnen

Die Marketinginstrumente beinhalten alle Maßnahmen/Aktionen, die sich auf die aktive Beeinflussung des Markts und der Marktteilnehmer richten. Sie stellen also die Handlungen eines Unternehmens dar, die das Ziel verfolgen, die Marktteilnehmer von einem Produkt oder einer Dienstleistung zu überzeugen und dessen/deren Absatzchancen zu vergrößern. Auch alle Instrumente, die sich zur aktiven Gestaltung des Markts eignen und eingesetzt werden, sind darunter zu subsumieren.

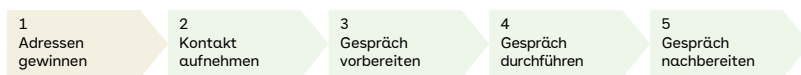
Die Systematisierung dieser Maßnahmen kann z.B. anhand der folgenden vier Fragestellungen erfolgen:

1. Welche Leistungen können am Markt angeboten werden?
2. Zu welchen Bedingungen und zu welchem Preis sollen die Leistungen/Produkte angeboten werden?
3. Wem und auf welchem Weg sollen die Produkte angeboten und verkauft werden?
4. Welche Informations- und Beeinflussungsmaßnahmen sollen ergriffen werden, um die Produkte am Markt abzusetzen?

Diese vier Fragen können auch mit den klassischen vier Instrumenten/Politiken des externen Marketing (auf das

interne Marketing wird im Folgenden nicht explizit eingegangen) überschrieben werden. Die Marketinginstrumente umfassen – grob untergliedert – die

1. Produktpolitik: Welche Produkte/ Dienstleistungen sollen am Markt angeboten werden?
2. Kontrahierungspolitik (Preis-/Beitragspolitik): Zu welchen Bedingungen und zu welchem Preis/Beitrag sollen die Produkte/Dienstleistungen am Markt angeboten werden?
3. Distributionspolitik (Vertriebspolitik) An welche Nachfragenden und über welchen Vertriebsweg sollen die Produkte/Dienstleistungen angeboten bzw. verkauft werden?
4. Kommunikationspolitik: Welche Informationen sollen mit welchen Kommunikationsmitteln an wen gegeben werden, um die Produkte/ Dienstleistungen und sich selbst als Unternehmen besser verkaufen zu können? Mit welchen Botschaften und Signalen soll das Unternehmen von der Öffentlichkeit wahrgenommen werden? Welche Informationen müssen zu Produkten und Dienstleistungen, dem Unternehmen und den Kommunikationskanälen gegeben werden?



Marketinginstrumente im Überblick (4 P)

product	price	place	promotion	personal
<ul style="list-style-type: none"> • Produktpolitik im engeren Sinne • Programm- und Sortimentspolitik • Kundendienstpolitik • Garantieleistungs-politik 	<ul style="list-style-type: none"> • Preispolitik im engeren Sinne • Rabattpolitik • Konditionen-politik 	<ul style="list-style-type: none"> • Vertriebspolitik • Verkaufspolitik 	<ul style="list-style-type: none"> • Werbung • Öffentlichkeitsarbeit (PR) • Verkaufsförderung • persönlicher Verkauf 	<p>Die Mitarbeitenden des Unternehmens als „eigenes Marketinginstrument“ als sogenanntes „5. P“</p>

Die Marketinginstrumente werden häufig als die vier „P“s bezeichnet. Die Erklärung dafür liegt in den englischen Begriffen der einzelnen Marketinginstrumente:

product	- Produktpolitik
price	- Preispolitik
place	- Distributions-/Vertriebspolitik
promotion	- Kommunikationspolitik

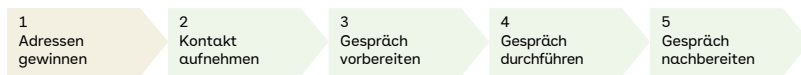
Innerhalb dieser Bereiche werden die jeweiligen Entscheidungen über die Produkte, Preise, Lieferbedingungen, die Vertriebswege und -logistik sowie den Einsatz kommunikativer Mittel getroffen.

In den letzten Jahren wird z.T. ein weiteres Marketinginstrument separat genannt, das besonders für die Dienstleistungsbranche von erheblicher Bedeutung ist. Damit gibt es jetzt also ein „5. P“. Das „Personal“ als eigenes Marketinginstrument. Mit diesem „5. P“ ist die Frage verbunden „Wer soll/kann die Dienstleistung erstellen?“. Dass besonders die Dienstleistungsbranche mit dieser Frage konfrontiert wird, ergibt sich aus der sehr personalintensiven Erstellungsweise von Dienstleistungen. Beratungen und Gespräche können – zurzeit noch – nur mit entsprechenden Personal-

strukturen geleistet werden. In diesem Lernbrief wird dennoch an der „klassischen“ Strukturierung des Marketingmixes in „4 Ps“ festgehalten.

In der Regel werden zur Erreichung der vereinbarten Marketingziele mehrere Marketinginstrumente eingesetzt, deren Einsatz aufeinander abgestimmt erfolgen muss. Die einzelnen Instrumente sind so zu koordinieren, dass sich eine optimale Kombination zur Erreichung der Marketingziele und damit auch der Unternehmensziele ergibt. Ausgangspunkt der Kombinationsentscheidungen bilden die AOK-Ziele und die Strategien. Sie bestimmen auch die Schwerpunkte der eingesetzten Marketinginstrumente.

Die Kombination der marketingpolitischen Instrumente wird als Marketing-Mix bezeichnet.



Beispiel

Dienstleistungsbetriebe suchen den Qualitätswettbewerb oder sie verfolgen den Preiswettbewerb.

Folge

Im ersten Fall wird die Produktpolitik, im zweiten Fall die Preispolitik im Vordergrund der Kombinationsüberlegungen stehen.

Neben den Zielen und Strategien bestimmen auch die Leistungsmerkmale der Dienstleistung die Marketing-Mix-Entscheidungen. In Abhängigkeit von

- der Art der angebotenen Dienstleistung,
- der Wichtigkeit des Angebots für den Nachfragenden,
- der Komplexität bzw. Kompliziertheit des Angebots und
- der Häufigkeit der Inanspruchnahme der Dienstleistung

können sich unterschiedliche Schwerpunkte bei den eingesetzten Instrumenten ergeben.

Neben der inhaltlichen Abstimmung ist auch eine personen-/funktionsbereichsbezogene Abstimmung entsprechend der Organisation der AOK vorzunehmen (Wer macht wann, was, wie, mit welchen Mitteln?). Bei einer unzureichenden Abstimmung besteht sonst die Gefahr, dass die durch die Werbung oder PR-Aktion vermittelten Argumente nur unvollständig oder gar nicht bei Mitarbeitenden außerhalb der Fachabteilung (z.B. Zentrale oder Fachservice Marketing), also beim sogenannten Kundenkontaktpersonal (Außen- und Innendienstmitarbeiter in den Geschäftsstellen/Servicestellen) bekannt sind. Dann wird die angestrebte Wirkung der Werbekampagne

weder extern noch intern erreicht. Es ist daher zu berücksichtigen, dass z.B. eine neue Leistung oder ein neuer Service der AOK oftmals einen zeitlichen Vorlauf benötigt, um die Mitarbeitenden zu informieren (z.B. Ausstattung mit Medien usw.) und ggf. zu schulen.

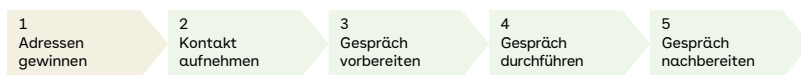
Beispiel

Im Fernsehen wird auf eine Aktion der AOK zur Blutzuckermessung oder zur Vorbeugung von Schäden beim Inline-Skating hingewiesen. Als die Fernsehzuschauer am nächsten Tag bei der AOK die entsprechenden Produkte (z.B. Teststreifen und/oder Broschüren) nachfragen, sind die Mitarbeitenden im Innendienst über diese Aktion nicht informiert. Auch die Poststelle, in der die Produkte zurzeit lagern, ist nicht informiert.

Folge

Den Kundinnen und Kunden können die versprochenen Produkte nicht ausgehändigt werden. Sie sind verärgert. Die mit der Aktion beabsichtigte Imagewerbung schlägt ins Gegenteil um.

Um die Schnittstellen zwischen den einzelnen internen Bereichen der AOK sicherzustellen, setzen die AOKs verschiedene Instrumente wie z.B. den „AOK-Vertriebskalender“ ein. Er gibt Ihnen als Mitarbeitenden der AOK einen Überblick über die im Lauf des Jahres von den einzelnen Bereichen der AOK für die jeweiligen Zielgruppen geplanten Aktionen und ist ein Hilfsmittel zur Koordination. Fragen Sie doch einmal in Ihrer AOK nach, ob dort ein solcher Vertriebskalender oder ein vergleichbares Medium eingesetzt wird und lassen Sie sich dessen Handhabung erläutern.



8.1 Produktpolitik

1
Adressen
gewinnen

Die Produktpolitik befasst sich mit der Frage, welche Dienstleistungen/Produkte am Markt im gegebenen gesetzlichen Rahmen angeboten werden sollen. Sie umfasst eine Kombination aller produktpolitischen Maßnahmen (Produkt-Mix). Bevor die Maßnahmen der Produktpolitik geplant und ergriffen werden, ist das Produkt selbst zu definieren.

Das Unternehmen muss sich also die Frage beantworten, was für ein Produkt es im Rahmen seiner strategischen Unternehmensausrichtung herstellt bzw. verkauft. Auch alle Fragen, die eine Veränderung des Produkts bzw. seine Weiterentwicklung oder Gestaltung betreffen, sind im Rahmen der Produktpolitik zu klären und zu entscheiden.

Was ist ein Produkt?

Produktionstechnisch definiert, ist ein Produkt das Ergebnis einer Kombination aus verschiedenen Produktionsfaktoren, die bei jedem Produkt anders gewichtet ist.

Im Marketing wird das Produkt jedoch nicht technisch definiert, vielmehr stellt das Produkt eine Problemlösung für die Kundin oder den Kunden dar. Ob nun ein greifbares Produkt oder eine Dienstleistung, beide müssen nach dieser Definition ein Problem lösen. Der Ausgangspunkt der Erklärung des Begriffs „Produkt“ aus Marketingsicht ist also immer ein bewusstes oder unbewusstes Problem.

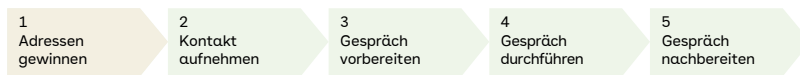
Bei einem Produkt im klassischen Sinn handelt es sich um stoffliche, also anfassbare Dinge, während ein Dienstleistungsprodukt sich besonders durch seinen immateriellen Charakter aus-

zeichnet, also nicht greifbar ist. Ein Dienstleistungsprodukt lässt sich also mehr gedanklich „fassen“. Es ist ein Dienstleistungsbündel, das ein spezifisches Problem der Kundinnen und Kunden lösen hilft. Eine Auslandsreiseversicherung beinhaltet in aller Regel eine umfassende Absicherung für Auslandsreisen: Schutz gegen anfallende Behandlungskosten, 24 h-Hotline, Assistenzleistungen zur Unterstützung der Patienten im Ausland u. Ä. Dieses Leistungsbündel wird als Produkt zur Absicherung der Gesundheitsrisiken während einer Auslandsreise begriffen.

Das Unternehmen hat das Ziel, möglichst langfristig erfolgreich am Markt zu existieren. Das setzt voraus, dass entweder die bestehenden Produkte ständig verändert/verbessert werden oder immer die jeweils aktuellen Probleme der Kundinnen und Kunden und Problemlösungen entwickelt und angeboten werden. Natürlich ist es wichtig, die Produktpolitik in den generellen Reigen der Unternehmensziele einzureihen.

Die Produktpolitik muss also neben den Kundenwünschen wie bereits gesagt auch die Unternehmensziele berücksichtigen. Dies können z.B. folgende Ziele sein:

1. Sicherung des Unternehmens (-wachstums)
2. Verbesserung der Marktsituation
3. optimale Risikosteuerung
4. optimale Beschäftigung
5. Chancenwahrnehmung und Expansion
6. notwendige Weiterentwicklung/Elimination von Produkten



Kundenwunsch und Produktvariation

Bei der Veränderung von Produkten können eine oder mehrere Produkteigenschaften betroffen sein. Je nach den Ergebnissen der Marktforschung fließen die Wünsche der Nachfragenden in die Produktvariation ein. Die Wünsche können in element- und objektbezogene Wünsche unterteilt werden.

Elementbezogene Wünsche sind z.B. Ansprüche an das Material, die Form, die Funktion und Konstruktion.

Objektbezogene Wünsche sind:

- a) Sachansprüche, z.B. Ansprüche an die:
 - mechanische, elektronische Funktion
 - Kombinierbarkeit (Kompatibilität) mit anderen Produkten (z.B. auch Verträglichkeit unterschiedlicher Medikamente miteinander)
 - Umweltverträglichkeit sowie Hygiene usw.
- b) Anmutungsansprüche, z.B. Ansprüche an:
 - den Wert, die Ästhetik, das Vertrauen usw.
 - die Sicherheit, Geborgenheit usw., die das Produkt geben soll

Diese Wünsche werden entweder an das Produkt selbst gerichtet oder auf die Wirkung, die das Produkt entfalten kann.

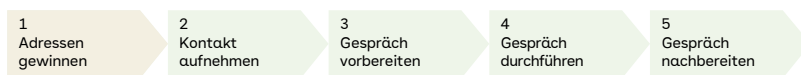
Die Suche nach neuen Ideen für die Veränderung oder Innovation von Produkten ist häufig sehr langwierig und aufwendig. Um möglichst systematisch zu neuen Ideen zu gelangen, wurden Verfahren und Methoden entwickelt, die sich in der Praxis bewährt haben.

Im Idealfall werden alle Kundenwünsche nach einer Veränderung der Produkte vom Unternehmen aufgenommen und umgesetzt. Die Praxis zeigt jedoch, dass dies nicht immer möglich ist. Die Gründe hierfür sind vielfältig: mangelnde technische und personelle Ressourcen, fehlendes Know-how, hohe Kosten für bestimmte Produktinhalte und immer kürzere Lebenszeiten der Produkte.

Auch die AOK und andere Anbieter auf dem Krankenversicherungsmarkt sind hiervon betroffen. Sie haben – wie alle andere Unternehmen – die Produkte/Dienstleistungen festzulegen, die sie anbieten wollen und im Rahmen ihrer Möglichkeiten zur Erfüllung von Kundenwünschen anbieten können. Ein Erfolgsfaktor für die AOK wird daher zukünftig immer mehr in der Qualität der Produktentwicklung liegen. Aus diesem Grund wurde im AOK-System ein systematischer Produktentwicklungs- und Bewertungsprozess implementiert. Fragen Sie doch einmal in Ihrer AOK nach diesem Prozess.

Wie können die Anbieter des Krankenversicherungsmarkts trotz der gesetzlichen Regulierungen und der – jedenfalls für die Anbieter der GKV weitgehend festgelegten Aufgaben und Leistungen – Wettbewerbsvorteile gestalten?

Immer dort, wo Produkte zum Vorteil des Privat- oder Firmenkunden gestaltbar sind, lassen sich Wettbewerbsvorteile erzielen, so z.B. im AOK-Firmenkundenservice. Hier ist es für den Firmenkunden von Vorteil, wenn die mit der Krankenkasse abzuwickelnden Arbeiten möglichst rationell, zeit- und damit kostensparend durchgeführt werden können. Fragen Sie doch einmal in Ihrer AOK an, welche besonderen Services den Arbeitgebern zur Verfügung gestellt werden.



8.1.1 Produktpolitik der AOK

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Anbieter der GKV zur Produktgestaltung sind Ihnen bereits bekannt. Die GKV hat im Vergleich zur PKV sehr begrenzte Möglichkeiten, Produkte zu kreieren. Die gegebenen Optionen schöpft das AOK-System im Rahmen der regionalen Marktgegebenheit voll aus. Einige Produkte wollen wir Ihnen im Folgenden darstellen. Fragen Sie in Ihrer AOK nach weiteren Produkten – Sie werden überrascht sein wie innovativ die AOK trotz der engen gesetzlichen Rahmenbedingungen ist!

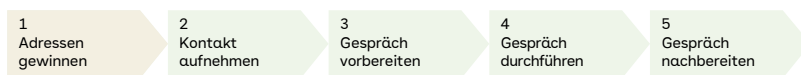
Den Produktbeispielen wollen wir einige grundsätzliche Überlegungen zur Produktpolitik voranstellen. Wie werden Produktideen geboren? Wie werden die Ideen bewertet? Wie werden sie ausgearbeitet und an den Markt gebracht? Und was passiert nachdem sie am Markt platziert sind? Diese Fragen können hier natürlich nur grob beantwortet werden. Trotzdem werden Sie ein Gefühl für die Komplexität der Produktpolitik erhalten.

Ausgangspunkt jeglicher Produktpolitik ist eine Produktidee. Die Idee kann Ergebnis eines bewusst angestoßenen Kreativprozesses sein. Das kann z.B. der Fall sein, wenn sich die Studierendenbetreuer ihrer AOK in einem Brainstorming mit der Frage beschäftigen „Was kann ich tun, um meine Studierenden noch mehr von der AOK zu überzeugen?“. Aber vielleicht ist sie auch einem Mitarbeitenden oder Kunden völlig zufällig gekommen. Unter Umständen ist sie Ausfluss aus marktforschenden Tätigkeiten, z.B. der Analyse eines Kündigungsgesprächs. Ggf. diente das Produkt eines Wettbewerbers als Ideengeber. Wichtig ist, dass die Ideen möglichst systematisch gesammelt werden. Hierfür ist in aller

Regel das sogenannte Innovationsmanagement verantwortlich.

Die gesammelten Ideen werden anschließend bewertet. Hierzu werden die verschiedenen Aspekte einer Idee beleuchtet und anderen Produktideen gegenübergestellt. Auf Basis einer solchen Gegenüberstellung wird entschieden, welche Ideen weiter ausgearbeitet und zu echten Produkten gestaltet werden. Mögliche Bewertungsparameter sind:

- ökonomische Effekte, z.B. Fragen wie:
 - Was wird die „Produktion“ des Produkts wahrscheinlich kosten? Welche Kosten entstehen pro Versichertem und absolut, wenn die AOK beispielsweise eine zusätzliche freiwillige Satzungsleistung an den Markt bringt?
 - Welche Einnahmen hat die AOK aus dem Produkt vermutlich? Wie viele Kundinnen oder Kunden können mit dem Produkt geworben werden? Wie viele Versicherte verlassen wegen des Produktangebots die AOK nicht? Welche Ausgaben können mit z.B. einem Gesundheitsvorsorgeprodukt vermieden werden?
- Gesamtkosten der Produkteinführung/Investitionskosten, z.B. Fragen wie:
 - Welches Budget wird für die Produkteinführung benötigt?
- Fragen zur Realisierbarkeit des Produkts, z.B. Fragen wie:
 - Welche Grundlagen existieren, um ein Produkt an den Markt zu bringen?
 - Welche Möglichkeiten gibt es, das Produkt im Falle von z.B. sich abzeichnenden Risiken zeitnah und mit möglichst geringem Aufwand wieder vom Markt zu nehmen?



- Markt- und Imageeffekte, z.B. Fragen wie:
 - Wie gut passt ein bestimmtes Produkt zum Image der AOK?
 - Welche vergleichbaren Produkte bietet der Wettbewerb an?
 - Wie relevant ist das Produkt für die Wettbewerbsposition der AOK?

Nach der Festlegung, welche Produkte eingeführt werden sollen, beginnt die Produktentwicklungsarbeit.

Ein kleiner Ausschnitt aus den notwendigen Arbeiten: Es ist u.U. eine Satzungsregelung zu entwerfen, ggf. müssen EDV-Tools für die Produktumsetzung entwickelt werden, es werden Medien für den Verkauf der Produkte benötigt und die Mitarbeitenden werden im Umgang mit dem neuen Produkt geschult. So ausgearbeitet können die Produkte im Rahmen von groß angelegten Kampagnen oder im individuellen Verkaufsgespräch an den Markt gebracht werden.

Nach der Einführung des Produkts muss das Produkt laufend beobachtet werden: Werden mit dem Produkt tatsächlich so viele Versicherte geworben? Stimmen die Annahmen zu den Kosten, die das Produkt nach sich zieht? Ist das Produkt noch zeitgemäß? Welche Aktivitäten entfaltet der Gesetzgeber, die die weitere Vermarktung des Produkts gefährden können? Aus den Beobachtungen sind Schlüsse zu ziehen, ob das Produkt unverändert vermarktet werden soll, ob es weiterentwickelt werden soll oder ob es ggf. sogar vom Markt zu nehmen ist.

Um die Bewertung möglichst effizient vornehmen zu können, wird diese teilweise auch durch den AOK-Bundesver-

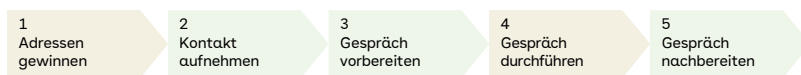
band koordiniert. Hinzu kommt – und dieser Effekt ist nicht zu unterschätzen – dass eine koordinierte Produktbewertung und Produkteinführung das einheitliche Bild der AOK als der größten Krankenversicherung stärkt. Sowohl die Öffentlichkeit als auch politische Entscheidungsträger nehmen die AOKs, wenn sie geschlossen über den AOK-Bundesverband agieren, als wesentlich stärker wahr.

Alle diese Schritte haben die folgenden beispielhaft aufgeführten Produkte so oder in ähnlicher Form durchlaufen oder durchlaufen sie gerade.

Produktbeispiele in der AOK

Die Diskussion des Wertewandels und des veränderten Kundenverhaltens zeigt, dass auch weiterhin von zunehmenden Qualitätsansprüchen an das Dienstleistungsangebot der AOK auszugehen ist. Das bedeutet, die Nachfragenden stellen stetig steigende Qualitätsansprüche an die Anbieter von Waren und Dienstleistungen. Besonders im Gesundheitsmarkt ist mit einer Zunahme der Qualitätsanforderungen zu rechnen, denn hier geht es um die Gesundheit.

Sowohl durch die gestiegene Transparenz im Markt als auch durch die Bemühung vieler Anbieter sich zu profilieren, entsteht ein Qualitätswettbewerb. Diesen Wettbewerb unterstützen auch Einrichtungen wie z.B. das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Patientenbeauftragte, die Unabhängige Patientenberatung und weitere private Initiativen, die auf die Patientenrechte achten und die Menschen aufklären und ihnen zur Seite stehen.



Damit gewinnt auch die Einbeziehung von Qualitätszielen in das Marketingzielsystem eine hohe Relevanz. Qualitätsziele sind aus Qualitätsansprüchen der Nachfragenden abzuleiten und stellen Vorgaben bzw. Qualitätsstandards für die Leistungserstellung (Service) dar (z.B. Sicherstellung einer höchstzulässigen Wartezeit von drei Minuten je Versicherten in den Geschäftsstellen der AOK). Da die Qualitätspolitik in vielen Dienstleistungsbranchen in immer stärkerem Maße Schlüsselfunktion für die Wettbewerbsfähigkeit und damit für die Zukunftssicherung erhalten hat, schreiben zahlreiche Dienstleistungsbetriebe ihre Qualitätsziele in ihren Unternehmensgrundsätzen fest. Für die AOK werden diese Marketingziele als Qualitäts- und Serviceziele formuliert und vereinbart. Beispielhaft sollen einige entsprechende Konzepte/Produkte im Folgenden dargestellt werden. Neben produktpolitischen Elementen weisen die Beispiele insbesondere auch kommunikationspolitische Elemente auf. Warum? Weil erfolgreiches Marketing nur in einem sinnvollen Marketingmix (aus Produkt-, Preis-, Kommunikations- und Vertriebspolitik) möglich ist.

Die Mehrwertstrategie der AOK

4
Gespräch durchführen

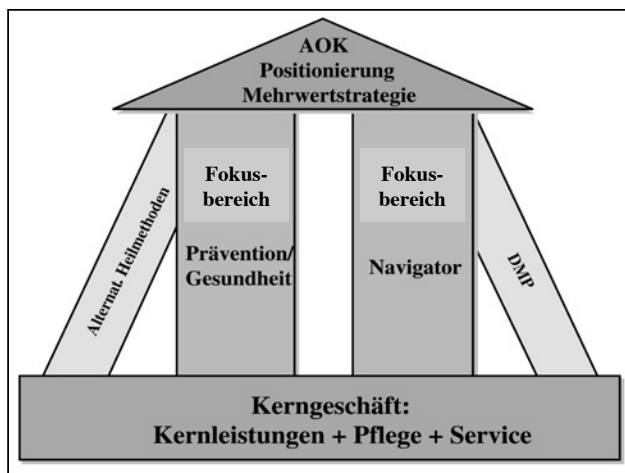
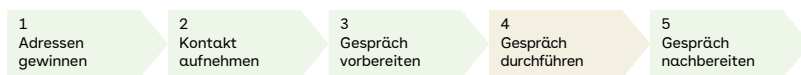
Im Frühjahr 2001 wurde die Mehrwertstrategie als Rahmen für alle Marketingaktivitäten im AOK-System entwickelt. Selbstverständlich unterliegen langfristige Strategien einer beständigen Überprüfung und Neuausrichtung – auch die Mehrwertstrategie ist seit 2001 weiterentwickelt worden. Die Grundzüge der Strategie haben dennoch immer Bedeutung. Daher wird sie im Folgenden dargestellt:

Die Mehrwertstrategie ist als Ergebnis einer umfassenden Stärken-/Schwächen-Analyse der AOK aus Kundensicht abgeleitet worden. Anhand der Ergebnisse verschiedener Analyseinstrumente, wie Kundenzufriedenheitsanalysen und Testkäufe, wurden die Basiskriterien für die Zufriedenheit der Kunden mit der AOK kritisch hinterfragt und Schlussfolgerungen für die weitere strategische Ausrichtung gezogen.

Kundenorientierung ist im AOK-System seit den 90er Jahren fest verwurzelt. Mit der Mehrwertstrategie setzt die AOK die bisherigen Anstrengungen fort, konzentriert sich verstärkt auf die wichtigsten Handlungsfelder und sichert durch bundesweite Servicestandards einen optimalen Auftritt im Wettbewerb. Also bemühen wir uns künftig verstärkt – die Kundenwünsche zu erfüllen.

Mit der Mehrwertstrategie beweist die AOK, dass sie ihren Preis im Vergleich zu den gebotenen Leistungen wert ist. (Mit den „Leistungen“ sind nicht nur die Sach- und Geldleistungen des SGB und der Satzung gemeint, sondern vielmehr alle Leistungen, die die AOK ihren Kunden anbietet!).

Im Folgenden werden die Handlungsfelder der ursprünglich entwickelten Mehrwertstrategie kurz skizziert – trotz der Weiterentwicklung der Grundsatzstrategie wird deutlich, wie stark die Mehrwertstrategie das AOK-System geprägt hat und weiterhin prägt:



Handlungsfeld Prävention/ Gesundheit

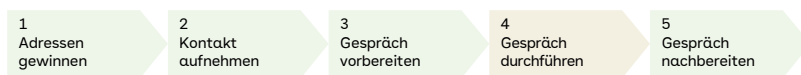
Im Handlungsfeld Prävention/Gesundheit hat sich die AOK mit bundesweiten, zielgruppengerechten Präventionsangeboten präsentiert und damit auf ihre große Stärke gesetzt: Ihr Image als „Die Gesundheitskasse“. Mehr als allen anderen Kassen bescheinigen die Kunden in aktuellen Befragungen der AOK die Fähigkeit, Gesundheit aktiv zu unterstützen. Diese Position will die AOK behaupten und ausbauen.

Gemeinsam von den AOKs wurde ein Basisangebot zur Prävention für die Felder Ernährung, Bewegung und Entspannung erarbeitet. Damit kann das Präventionsangebot in überregionalen Medien beworben werden.

Regionale Zusatzangebote ergänzen das Basisangebot. Rücken- und Herz-Kreislauf-Programme wie „Laufend in Form“ finden sich z.B. im Bewegungsbereich. Entspannung bieten verschiedene Methoden zur Stressreduktion, die wir mit unseren Kooperationspartnern anbieten (z.B. Sportvereine).

Handlungsfeld Navigator

Für die Menschen wird es immer schwieriger, sich in unserem Gesundheitssystem zurechtzufinden. Immer neue Reformvorschläge aus der Politik, neue Diagnose- und Behandlungsverfahren aus der Medizin und ein unübersichtliches multimediales Informationsangebot führen bei vielen Versicherte zu einer Verunsicherung. Dem steigenden Informationsbedürfnis will die AOK noch stärker gerecht werden. Die Angebote „Medizinische Informationen am Telefon“ (Clarimedis, AOK-Baby-Telefon) und das Internetangebot der AOK zum Thema Gesundheit sowie der AOK-Gesundheitsnavigator sind drei Beispiele dafür, wie sich die AOK als Navigator im Gesundheitswesen positioniert. Auch der Pflegenaavigator ist ein Leistungsangebot mit dem sich unsere (potentiellen) Versicherten besser im Gesundheitssystem bewegen können. Der ursprünglich von der AOK entworfene und an den Markt gebrachte „Arztnavigator“, der mittlerweile ein Teil des AOK-Gesundheitsnavigators geworden ist, wurde in den Medien sehr breit diskutiert und positiv bewertet. Das zeigt, dass Produkte der AOK neben ihrem Nutzen für einzelne Menschen auch eine breite Öffentlichkeitswirksamkeit entfalten können. Dies fordert das Bild der AOK als innovative Kasse. Daneben werden den Mitarbeitenden Schulungen und Weiterbildungen angeboten, die eine Erweiterung der Beratungskompetenz erzielen. So wird beispielsweise eine Weiterbildung zum Thema „medizinische Grundlagen“ für Fallmanager angeboten (vgl. auch Lernbrief zum Thema „Medizinische Grundlagen“). Diese erweiterten Kenntnisse ermöglichen eine deutlich bessere Beratung und auch Betreuung der Kundinnen und Kunden. Wir können ihnen bessere und passendere Angebote unterbreiten.



Handlungsfeld Kerngeschäft

Die AOK verbessert mit der Mehrwertstrategie ihr Preis-Leistungs-Verhältnis. Besondere Leistungen machen aber nur Sinn, wenn die Basisleistungen (Kern-, Pflege- und Serviceleistungen) stimmen. Deshalb wird im Rahmen der Mehrwertstrategie das Basisgeschäft nicht vernachlässigt. Eine große Herausforderung, vor der die AOK bei der Verbesserung des Kerngeschäfts steht, liegt im Servicebereich. Da der Service einen starken Einfluss auf die Zufriedenheit unserer Versicherten und damit auf die Treue zur AOK hat, zahlt sich ein Engagement in diesem Bereich besonders direkt aus.

Mehrleistungsangebote nach § 11 Abs. 6 SGB V

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz wurde der GKV seit Anfang 2012 die Möglichkeit eröffnet, in bestimmten Feldern Mehrleistungen für ihre Kunden in ihrer Satzung zu verankern. Möglich ist dies in den Feldern: medizinische Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40), der Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24d), künstliche Befruchtung (§ 27a), zahnärztliche Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Abs. 2), Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Abs. 1 Satz 1), mit Heilmitteln (§ 32) und Hilfsmitteln (§ 33) und mit digitalen Gesundheitsanwendungen (§ 33a), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) und der Haushaltshilfe (§ 38) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern. Voraussetzung hierfür ist, dass die Mehrleistungen nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlos-

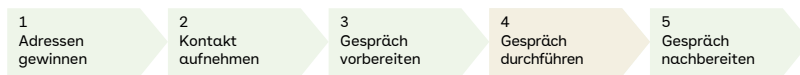
sen sind und in der fachlich gebotenen Qualität ermöglicht werden.

Die Kosten dieser Mehrleistungen werden nicht im Risikostrukturausgleich berücksichtigt. Sie können daher nur dadurch gedeckt werden, dass Kassen

- a) mehr Mittel aus dem Gesundheitsfonds erhalten als sie zur Deckung ihrer Pflichtleistungen benötigen oder
- b) einen Zusatzbeitrag erheben.

Nach Ansicht des AOK-Systems wurde diese Regelung aus verschiedenen Gründen differenziert bewertet. Die Hauptkritik besteht darin, dass die Regelung einer Abschmelzung des Pflichtleistungskatalogs Vorschub gibt. Wenn das Modell Erfolg hat, könnte der Gesetzgeber diesen Umstand nutzen, um bestimmte Leistungen (z.B. Zahnersatz) aus dem Pflichtleistungskatalog herauszunehmen und den Kassen die Möglichkeit zu geben, entsprechende Satzungsmehrleistungen anzubieten. Das hätte zur Folge, dass das Solidarprinzip der GKV ausgehöhlt würde – nur Versicherte von solchen Kassen, die entweder eine besonders gute Versichertenstruktur hätten (und damit tatsächlich wesentlich weniger Mittel benötigen als sie aus dem Gesundheitsfonds erhalten) oder die einen Zusatzbeitrag erheben kämen dauerhaft in den Genuss dieser Leistungen.

Da allerdings die Krankenkassen zunehmend intensiver von der Möglichkeit entsprechender Mehrleistungsregelungen Gebrauch machen, reagiert auch das AOK-System in diesem Segment.



Diese Aufzählung ist lediglich beispielhaft. Sicherlich gibt es in Ihrer AOK noch weitere Angebote, die Sie anbieten können. Erkundigen Sie sich, welche zusätzlichen Angebote in der Satzung Ihrer AOK verankert sind.

Im Rahmen der strategischen Markenführung und der Mehrwertstrategie hat die AOK-Gemeinschaft eine Produktpolitik eingeleitet, die darauf zielt, die Gesundheitskasse dauerhaft über besondere Leistungen – auch Serviceleistungen – zu positionieren, die sie positiv von den Wettbewerbern abhebt und den relevanten Zielgruppen rationale Argumente für das gute Preis-Leistungs-Verhältnis der AOK liefert.

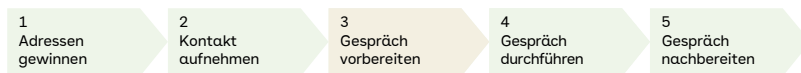
Die AOK stellt sich nach innen und außen als „AOK – Die Gesundheitskasse“ dar. Soll diese AOK-Unternehmensphilosophie nicht nur ein Werbespruch sein, muss sich dies in den Leistungen der AOK wiederfinden. Die Identität eines Unternehmens, seine „Persönlichkeit“, sein Image und sein Profil in der Öffentlichkeit entscheiden darüber, was der Kunde von einem Unternehmen hält und wie er dessen Produkte einschätzt. Nicht nur die Selbstdarstellung in den Medien als „Gesundheitskasse“ ist daher wichtig, sondern die gemeinsame Orientierung aller Mitarbeitenden an den Leitgedanken des Marketing.

Die AOK will ein modernes und zuverlässiges Dienstleistungsunternehmen sein, bei dem die Versicherten sich gut aufgehoben fühlen. Bei allem, was die AOK tut, kommt es also darauf an, auf diese für alle AOKs gleichermaßen geltende gemeinsame Identität, auf ihre Corporate Identity (CI), zu achten.

Für die Produktpolitik der AOK bedeutet dies zweierlei:

- Erstens müssen die Bereiche herausgefunden werden, in denen sich die AOK im Sinne dieser Unternehmensidentität besonders gut profilieren kann.
- Zweitens muss darauf geachtet werden, dass sich die AOK nach außen möglichst einheitlich darstellt, damit sie in der Öffentlichkeit ein klares Profil gewinnt und erhält.

Für die AOK als Dienstleistungsunternehmen gehört die Dienstleistung selbst zum Produkt, d.h. z.B. nicht nur das Krankengeld ist das Produkt der AOK, sondern die Dienstleistung, wie die AOK diese Leistung anbietet (Service). Auch alle anderen Dienstleistungen, die damit im Zusammenhang stehen, bilden das Produkt in diesem Fall. So z.B. der Anruf bei dem Arbeitgeber, um die Entgeltbescheinigung zu klären oder die Anrufe beim behandelnden Arzt, um die erforderlichen Behandlungsschritte zu unterstützen sowie wichtige Hilfestellung bei der weiteren gesundheitlichen Versorgung des Patienten.



Merke

Wichtig ist, dass die AOK stets aktuell ist, dass sie die Marktnischen ausfindig macht, in denen sie sich besonders profilieren kann, und dass sie dort investiert, wo sie ihre Kompetenz besitzt. Gefragt sind hier Ideenreichtum und das Engagement eines jeden einzelnen AOK-Mitarbeitenden.

sicherern sollte ein Interessent sich außerdem nicht auf den „Rat“ von Versicherungsvermittlern verlassen, sofern sie sogenannte „Ein-Firmen-Vertreter“ sind, und dies sind die weitaus meisten Vermittler. „Ein-Firmen-Vertreter“ bedeutet, dass der Vermittler durch einen sogenannten Ausschließkeitsvertrag an einen bestimmten Krankenversicherer gebunden ist.

Auch sollte man berücksichtigen, dass diese Vermittler meist ausschließlich auf Provisionsbasis arbeiten: Kein Vertragsabschluss – kein Einkommen. Verständlicherweise ist unter diesen Bedingungen Objektivität schwer.

Das Gesetz zur Neuregelung des Versicherungsvermittlungsrechts vom 19. 12. 2006 hat insbesondere für Versicherungsvermittler „schärfere“ Bedingungen zur Aufklärung der Kunden gebracht. Die §§ 59 bis 68 VVG konkretisieren dies.

8.1.2 Produktpolitik der PKV

3
Gespräch
vorbereiten

Um ein tieferes Verständnis für die Möglichkeiten der Produktpolitik im Wettbewerbssegment PKV zu erzielen, sollen an dieser Stelle zunächst die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Anbieter der PKV zur Produktgestaltung dargestellt werden.

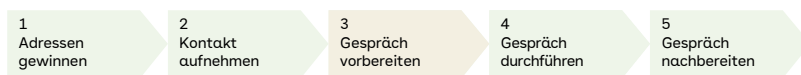
Viele private Versicherungen – Ausnahme ist die private Krankenversicherung – haben weitgehend standardisierte Leistungsinhalte. Das gilt sowohl für die Personen- (z.B. Unfall- oder Lebens-)versicherung als auch und ganz besonders für die Sach- (z.B. Hausrat- oder Kasko-)versicherung und Vermögensversicherung (z.B. Haftpflichtversicherung). In diesem Fall kann sich der Versicherungsnehmer beim Abschluss der privaten Versicherungen auf wenige Produktmerkmale und den Preis konzentrieren.

Weniger deutlich ist jedoch die Marktsituation in der PKV, weil es hier zwischen den einzelnen Anbietern gerade im Segment der Zusatzversicherungen stark voneinander abweichende Tarife und Leistungen gibt. Deshalb ist ein Vergleich der PKV-Unternehmen miteinander und erst recht ein Vergleich mit der AOK fast unmöglich. Bei der Auswahl zwischen verschiedenen Ver-

Merke

Die Unterschiede zwischen den Vertragsinhalten/Produkten bei einem PKV-Unternehmen und dem Versicherungsschutz bei der AOK sind nicht jedem Versicherungsnehmer bekannt. Sie sollten deshalb in der Lage sein, bei der Beratung auf die Risiken hinzuweisen, die sich möglicherweise aus einem privaten Krankenversicherungsvertrag ergeben.

Der Umfang des Versicherungsschutzes in der PKV wird grundsätzlich individuell vertraglich vereinbart. Der „Versicherungsvertrag“ umfasst die Rechtsbeziehungen, die zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer im Einzelfall bestehen.



Das daraus resultierende Versicherungsverhältnis ist ein gegenseitiges Rechtsverhältnis, dessen Inhalt privatrechtlicher Natur ist. Für den Versicherungsnehmer beinhaltet es die Pflicht zur Zahlung der vereinbarten Beiträge sowie das Recht auf die Vertragsleistungen bei Eintritt des Risikofalls (Versicherungsfall). Das heißt, der Versicherer hat einerseits das Recht auf die Erhebung von Beiträgen und andererseits die Pflicht, bei Risikoeintritt die zugesagte Leistung zu erbringen. Aber auch ohne Risikoeintritt erhält der Versicherungsnehmer eine permanente Gegenleistung für seine gezahlten Beiträge, den Versicherungsschutz, auch Gefahrtragung genannt.

Wie alle privatrechtlichen Verträge, ist auch der Versicherungsvertrag ein gegenseitiger Vertrag, der durch zwei übereinstimmende Willenserklärungen – Antrag und Annahme – zustande kommt. Zum Schutz des Versicherungsnehmers, aber auch um dem Versicherer Rechtssicherheit vor unkalkulierbaren Risiken zu geben, bestehen jedoch verschiedene gesetzliche Vorschriften, die bestimmte Inhalte eines Versicherungsvertrags bindend vorgeben.

8.1.2.1 Rechtsgrundlagen

Das Zustandekommen, der Inhalt sowie die Erfüllung und der Bestand des Versicherungsvertrags sind in verschiedenen Gesetzen geregelt:

- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)
- Handelsgesetzbuch (HGB)
- Versicherungsvertragsgesetz (VVG)
- Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

Die Vorschriften des BGB und des HGB gelten jedoch nur insoweit, als das VVG als Spezialgesetz keine abschließenden Regelungen enthält.

Das BGB regelt in seinem 1. Buch die Grundsätze eines Vertrags und welche Voraussetzungen für seine Wirksamkeit gegeben sein müssen. Diese Vorschriften gelten auch für den Versicherungsvertrag, der zu den schuldrechtlichen, gegenseitigen Verträgen gehört. Der Begriff des Vertrags ist im bürgerlichen Recht nicht definiert, lediglich das Zustandekommen eines Vertrags wird geregelt.

§ 145 ff. BGB

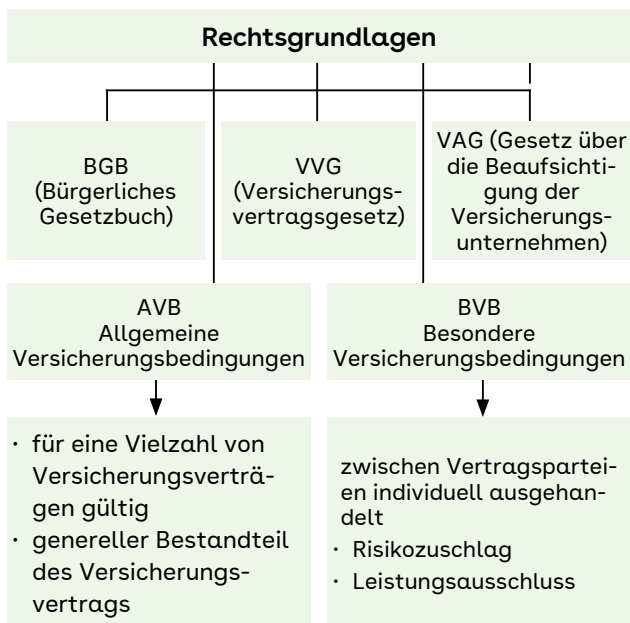
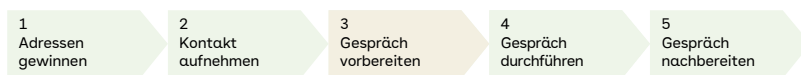
Die wesentliche gesetzliche Rechtsgrundlage des Versicherungsvertrags ist das Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) v. 23. 11. 2007. Es enthält spezielle Regelungen, die den Besonderheiten des Versicherungsvertrags Rechnung tragen. Seine allgemeinen Vorschriften gelten für sämtliche Versicherungszweige, also auch für die PKV.

Nach fast 100 Jahren wurde das Versicherungsvertragsgesetz im Jahre 2007 neu gefasst. Für die PKV bedeutsame Änderungen sind u.a.:

- verbesserte Möglichkeiten zum Tarifwechsel bzw. Wechsel des Versicherungsunternehmens
- Auswirkungen bei Zahlungsverzug
- Fragen nach Vorerkrankungen nur noch in standardisierter Form
- mehr Informationen vor Vertragsabschluss
- Umgang mit Versicherungen wird transparenter

Aufgrund der VVG-Reform bestand auch Anpassungsbedarf bei den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

3.0 · Privatkunden akquirieren und halten, dabei beraten



8.1.2.2 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Damit die Vertragsparteien im Versicherungsverhältnis die erforderliche Rechtssicherheit erreichen, sind sowohl das versicherte Risiko als auch der Eintritt des Versicherungsfalls möglichst genau festzulegen. Auch die genaue Beschreibung der Pflichten und Obliegenheiten beider Vertragsparteien und die genaue Festschreibung von Rechtsfolgen im Falle der Pflichtverletzung sind von großer Bedeutung. Diesem Erfordernis ist der Gesetzgeber nur in geringem Umfang nachgekommen. Deshalb müssen solche Regelungen in den Vertragsbedingungen – hier Versicherungsbedingungen – getroffen werden, die durch Aufnahme in den Antrag oder durch Verweisung im Vertragstext verbindlicher Bestandteil des Versicherungsvertrags werden.

Auf die Existenz von allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) muss sich jeder Versicherungsnehmer ein-

stellen. Sie werden auch dann rechtsverbindlich, wenn der Versicherungsnehmer es versäumt, den Inhalt zur Kenntnis zu nehmen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen sind Vertragsabreden, welche vorformuliert in einer Vielzahl von Versicherungsverträgen Anwendung finden. Deshalb sind sie nicht auf einen speziellen Fall zugeschnitten, sondern tragen generelle, für eine Vielzahl von Versicherungsverträgen geltende Züge und sorgen damit für eine Typisierung der Versicherungsinhalte. Ihre Aufgabe ist es, den Raum auszufüllen, den das dispositive Gesetzesrecht zulässt.

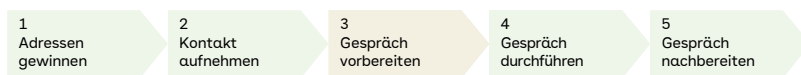
Die AVB aller privaten Krankenversicherungsunternehmen bestehen aus zwei unterschiedlichen Teilen:

Teil I

enthält die Musterbedingungen, die vom Verband der PKV e.V. für alle Krankenversicherer einheitlich erarbeitet worden sind. Man will damit erreichen, dass ein Mindestmaß an Markttransparenz und Vergleichbarkeit zwischen den verschiedenen Anbietern gewährleistet ist. Eine verpflichtende Übernahme durch die Versicherer besteht jedoch nicht. Die meisten Versicherer haben diese Musterbedingungen übernommen.

Teil II

der AVB regelt dagegen die Versicherungsbedingungen, die nur für den jeweiligen Versicherer konzipiert sind, z.B. die Tarife und Tarifbedingungen sowie die Leistungen der einzelnen Versicherungsarten des jeweiligen Versicherers. Die individuellen Versicherungsbedingungen weichen von Unternehmen zu Unternehmen teilweise erheblich voneinander ab. Sie sind



jedoch keine individuellen Abreden zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer, sondern gelten für alle Versicherungsnehmer des jeweiligen Unternehmens und werden deshalb rechtlich als AVB angesehen.

Teil II ergänzt teilweise die allgemein gehaltenen Regelungen des ersten Teils. Beide Teile gelten nebeneinander und lassen erst in ihrem Zusammenwirken die vereinbarten Versicherungsbedingungen und damit den Umfang des Versicherungsschutzes richtig und vollständig erkennen.

Die Aufsichtsbehörden verlangen, dass die beiden Teile der AVB sich deutlich voneinander abheben, sodass Vermischungen oder Verwechslungen ausgeschlossen sind.

Gemeinsame AVB

Für fünf Tarife hat sich die private Krankenversicherungsbranche auf einheitliche allgemeine Versicherungsbedingungen verständigt. Dies sind

- die private studentische Krankenversicherung, die allerdings seit einiger Zeit nicht mehr an Neukunden vermittelt wird, sondern nur noch Bestandskunden hat,
- der Notlagentarif
- die private Pflegepflichtversicherung,
- der Standardtarif und
- der Basistarif.

AVB – Allgemeine Versicherungsbedingungen

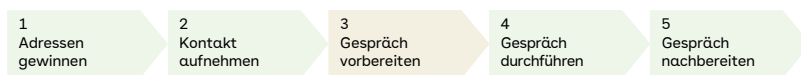
TEIL I

Musterbedingungen und allgemeine Versicherungsbedingungen des Verbands der PKV e.V.

- MB/KK 2009
Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
- MB/KT 2009
Krankentagegeldversicherung
- AVB/PPV 2024
Pflegepflichtversicherung
- MB/EPV 2017
ergänzende Pflegekrankenversicherung
- MB/PSKV 2009
für Bestandskunden der privaten studentischen Krankenversicherung
- AVB/BT 2009
Basistarif
- TB/PV 2009
Pflegekrankenversicherung
- MB/ST 2009
Standardtarif
- MB/GEPV 2022
staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung
- AVB/NLT 2013
allgemeine Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif

TEIL II

individuelle Versicherungsbedingungen des Versicherers (nicht für Tarife mit gemeinsamen AVB)
vergleiche einzelne Versicherungsunternehmen



Merke

Neben dem Bürgerlichen Gesetzbuch und dem Versicherungsvertragsgesetz enthalten auch die allgemeinen Versicherungsbedingungen standardisierte Regelungen des Versicherungsvertrags.

8.1.2.3 Besondere Versicherungsbedingungen (BVB)

Von den allgemeinen Versicherungsbedingungen zu unterscheiden sind die besonderen Versicherungsbedingungen. Sie gelten nur für den einzelnen Versicherungsvertrag und enthalten gegenüber der generellen Regelung Änderungen oder Zusätze, z.B. Ausschluss von Leistungen oder Risikozuschläge.

Die Beitragshöhe der PKV richtet sich grundsätzlich nach einem berechneten Durchschnittsrisiko. Weicht das individuelle Versicherungsrisiko deutlich von dem tariflich kalkulierten Durchschnittsrisiko ab, kann die von der PKV angestrebte Äquivalenz zwischen Beiträgen und Leistungen beim einzelnen Versicherungsnehmer nicht erreicht werden. Das kann z.B. der Fall sein, wenn der Versicherungsnehmer bei Beginn der Versicherung bereits an nicht unerheblichen chronischen Krankheiten leidet. Die PKV hat für diesen Fall – sofern sie den Versicherungsvertrag überhaupt abschließt – Instrumente, die ihr die Wiederherstellung der Ausgewogenheit zwischen Beiträgen und Leistungen ermöglichen:

1. **Ausschluss** bestehender Krankheiten (Risiken) vom Versicherungsschutz (Risikoausschluss) oder

2. Erhöhung der tariflichen Prämie um einen **Risikozuschlag**

Vor diesem Hintergrund wird auch die Bedeutung der sogenannten vorvertraglichen Anzeigepflichten deutlich, die den Versicherungsnehmer verpflichten, alle im Versicherungsantrag vom Versicherer gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Nur wenn dem Versicherer das zu übernehmende Risiko genau bekannt ist, hat er die Möglichkeit, die Beitrags-/Leistungsäquivalenz herzustellen.

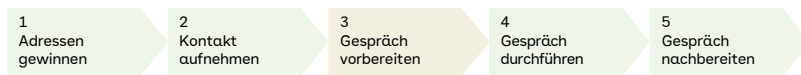
Der Risikoausschluss

Eine versicherungsmathematische Kalkulation des übernommenen Risikos ist dem Versicherer nur möglich, wenn er bestimmte Risiken voneinander abgrenzt. Diesem Erfordernis tragen bereits verschiedene Regelungen der Musterbedingungen Rechnung, z.B. die Beschreibung der versicherten Gefahren, die Leistungsbegrenzung auf die versicherten Personen oder die Leistungsbegrenzung auf eine bestimmte, festgelegte Versicherungsdauer. Dieser allgemeine Leistungsrahmen kann durch besondere Vereinbarungen erweitert oder eingeschränkt werden.

Eine solche Einschränkung liegt auch vor, wenn der Versicherer bestimmte Risiken (z.B. bestehende Erkrankungen) abweichend von der allgemeinen Risikobeschreibung der AVB regelt und damit aus dem Versicherungsschutz ausnimmt. Der Versicherer kann von dieser Möglichkeit Gebrauch machen, wenn zu erwarten ist, dass bestehende Leiden des Antragstellers zu einer höheren Leistungsanspruchnahme führen, als dies durchschnittlich anzunehmen ist. Solche Risikoausschlüsse gelten als besondere Versicherungsbedingungen

§ 1 Abs. 1,
§ 4 Abs. 1
MB/KK 2009

§§ 2, 7
MB/KK 2009



vor den Bestimmungen der AVB. Außerdem gelten sie – sofern keine Zeitdauer besonders bestimmt ist – für die gesamte Laufzeit des Vertrags.

In der Praxis wird von der PKV mit dem Risikoausschluss relativ zurückhaltend verfahren. Probleme bereitet nämlich die Abgrenzung ausgeschlossener von nicht ausgeschlossenen Risiken (Krankheiten). Der Versicherer muss sicherstellen, dass der Risikoausschluss bei jedem Erstattungsantrag des Versicherungsnehmers beachtet wird, damit erhöht sich der Schadenregulierungsaufwand des Versicherers. Ferner können sich aus den Kausalitätsfragen unerfreuliche und kostenträchtige Streitverfahren ergeben.

Gegen den Risikoausschluss spricht ferner, dass der Versicherungswilige meist gerade wegen seiner Erkrankung einen Versicherungsschutz wünscht. Der Ausschluss von Vorerkrankungen wird ihn deshalb wohl kaum zum Abschluss eines Versicherungsvertrags bewegen.

Im Wettbewerb mit der PKV kann der Risikoausschluss ein Argument für eine AOK-Mitgliedschaft sein.

Der Risikozuschlag

§ 8a Abs. 3, 4
MB/KK 2009

Die mit den Risikoausschlüssen verbundenen Schwierigkeiten kann der Versicherer vermeiden, wenn er dem Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers das in den Vertragsbedingungen (AVB) umschriebene standardisierte Risiko zugrunde legt, jedoch zum Ausgleich eines erhöhten Versicherungsrisikos im Einzelfall die tariflichen Prämien um sogenannte Risikozuschläge erhöht. Diese kann der Versicherer erheben, wenn das individuelle Versicherungsrisiko gegenüber dem tariflich kalkulierten Risiko deutlich erhöht ist.

Die Bemessung der Risikozuschläge ist eine individuelle Kalkulation und entzieht sich als solche der Einflussnahme der Aufsichtsbehörden. Die Bemessung der Risikozuschläge ist unternehmensspezifisch verschieden, deshalb ist eine allgemeingültige Aussage darüber kaum möglich. Die Möglichkeit der PKV Risikozuschläge zu vereinbaren, ist im Wettbewerb ein gutes Argument für die AOK.

Beispiel

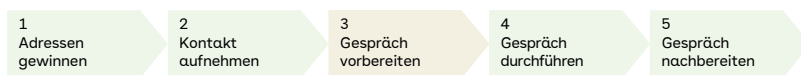
Friedolin Fleißig ist wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze krankenversicherungsfrei. Er informiert sich über die Bedingungen eines privaten Krankenversicherungsvertrags.

Folge

Nach dem von ihm gewählten Tarif müsste er einen Beitrag (Prämie) zur PKV in Höhe von 265 € monatlich zahlen. Weil er jedoch vor drei Jahren einen Herzinfarkt erlitt, verlangt das private Versicherungsunternehmen zusätzlich einen Risikozuschlag von 50 % des Tarifbeitrags, also insgesamt monatlich 397,50 €.

Merke

Wenn das individuelle Risiko des Antragstellers deutlich von dem im Tarif kalkulierten Durchschnittsrisiko abweicht, kann das private Versicherungsunternehmen entweder bestimmte Risiken (Krankheiten) vom Versicherungsschutz ausschließen oder zusätzlich zum Tarifbeitrag einen Risikozuschlag erheben.



8.1.2.4 Versicherungsbeginn, vorvertragliche Pflichten und Versicherungsende

Durch die §§ 6, 7 VVG hat der Versicherungswillige ein Recht auf umfassende Beratung und Information vor Abgabe der Vertragserklärung. Dazu gehört auch die Information über die allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Vertragsschluss

§ 145 BGB

Mit der Abgabe des Versicherungsantrags an den Vermittler oder das Versicherungsunternehmen bindet sich der Antragstellende an seinen Antrag/Angebotsanfrage.

§ 8 VVG

Der Versicherungsantragstellende kann seine Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen widerrufen. Diese Frist beginnt mit dem Zugang des Versicherungsscheins einschließlich der AVB und den erforderlichen Informationen (z.B. Belehrung über das Widerrufsrecht und die Rechtsfolgen des Widerrufs).

Der Versicherungsvertrag kommt nur dadurch zustande, dass der Versicherer den Antrag annimmt. Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung ist die private Krankenversicherung grundsätzlich nicht verpflichtet, einen Versicherungsvertrag abzuschließen. Dies gilt allerdings nicht für die private Pflegepflichtversicherung, staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr) und den Basistarif der PKV, hier besteht Abschlusszwang (und in gewisser Weise gilt dies auch für das Versicherungsverhältnis im Notlagentarif, der mit dem Ruhen des eigentlichen Versicherungsverhältnisses zustande kommt).

Der Versicherer kann also – abgesehen von den o.g. Ausnahmefällen – ohne Angabe von Gründen jeden Versicherungswilligen zurückweisen. Eine personenabhängige Ausnahme gilt nur bei der Versicherung von Neugeborenen, wenn ein Elternteil bereits privat krankenversichert ist. In diesem Fall muss das Versicherungsunternehmen den Versicherungsantrag für das Kind ohne Wartezeit und Risikozuschläge annehmen, soweit der Versicherungsschutz des Kindes nicht höher als der des Elternteils ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach der Geburt erfolgt.

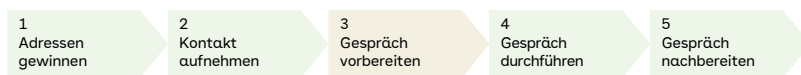
§ 198 VVG

Eine weitere Ausnahme besteht dann, wenn eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 SGB V nach Kündigung des privaten Versicherungsvertrags nicht zustande kommt oder eine Versicherung nach den §§ 5 oder 10 SGB V vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9 SGB V endet. In diesen Fällen ist die PKV zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrags verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre bestanden hat. Der Abschluss erfolgt dann ohne Risikoprüfung zu den gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben. Die bis zum Ausscheiden erworbenen Altersrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. Diese Regelung gilt auch in Bezug auf die Pflegeversicherung.

§ 5 Abs. 9 SGB V, § 27 Satz 3 SGB XI

Bei Neuverträgen gilt: Will der Versicherer den Antrag annehmen, muss er dies innerhalb einer angemessenen Frist erklären. Angemessen ist in der PKV dabei eine sechswöchige Bindungsfrist, während der Versicherungswillige seinen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags aufrechterhalten muss. Eine Form für die Antragsannahme ist im BGB nicht vorgeschrieben. In der PKV erfolgt

§ 3 Abs. 1 VVG



die Antragsannahme durch den Versicherer mittels Zusendung des Versicherungsscheins (Police).

Erklärt der Versicherer während der Bindungsfrist die Annahme des Antrags nicht, kommt ein Versicherungsvertrag nicht zustande. Die verspätete, also nach Ablauf der Bindungsfrist erklärte Annahme, ist lediglich als neuer Antrag zu werten, der nunmehr vom Versicherer ausgeht und an den zukünftigen Versicherungsnehmer gerichtet ist. Der Vertrag kommt in diesem Fall erst zustande, wenn nunmehr der Versicherungsnehmer den neuen Antrag annimmt. Das kann beispielsweise durch die Zahlung des ersten Beitrags geschehen.

§ 150 Abs. 1
BGB

Der Versicherer kann den Versicherungsschein ausstellen, darin jedoch vom ursprünglichen Inhalt des Antrags des Versicherungswilligen abweichen. Eine solche Antragsannahme unter Erweiterungen, Einschränkungen oder sonstigen Änderungen gilt als Ablehnung des Antrags, verbunden mit einem neuen Antrag.

§ 150 Abs. 2
BGB

Weicht der Inhalt des Versicherungsscheins vom Antrag des Versicherungsnehmers oder den getroffenen Vereinbarungen ab, gilt die Abweichung als genehmigt, wenn die Voraussetzungen des § 5 Abs. 2 VVG – Hinweis auf die Änderungen – erfüllt sind und der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins in Textform widerspricht.

§ 5 Abs. 1
VVG

Durch den Verweis auf Abs. 2 wird deutlich, dass die Genehmigungswirkung nur unter der Voraussetzung des Abs. 2 eintritt. Danach muss der Versicherer den Versicherungsnehmer bei Übermittlung des Versicherungsscheins darauf hinweisen, dass Ab-

§ 5 Abs. 2
VVG

weichungen als genehmigt gelten, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins schriftlich widerspricht.

Die Belehrung des Versicherungsnehmers über die Abweichungen und die Rechtsfolgen müssen in auffälliger Form in den Versicherungsschein selbst aufgenommen werden. Separate Mitteilungen genügen nicht den Anforderungen.

Hat der Versicherer diese Verpflichtung nicht erfüllt, gilt der Vertrag als mit dem Inhalt des Antrags des Versicherungsnehmers geschlossen.

§ 5 Abs. 3
VVG

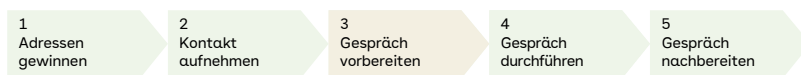
Beispiel

Luzi Lila beantragt am 01. 07. den Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung bei der Allesschutz AG. Der Versicherungsvertreter errechnet einen Krankenversicherungsbeitrag in Höhe von monatlich 290 €. Am 05. 08. (Zugang 08. 08.) teilt ihr die Allesschutz AG mit, dass sie wegen der Hausstaub- und Schimmellallergie von Luzi Lila zusätzlich einen monatlichen Risikozuschlag in Höhe von 75 € erhebt. Der monatliche Gesamtbeitrag beläuft sich damit auf 365 €. Die Allesschutz AG weist durch besonderen Vermerk darauf hin, dass diese Abweichung vom Antrag der Luzi Lila als angenommen gilt, wenn sie nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins schriftlich widerspricht.

Folge

Wenn Luzi Lila bis 08. 09. dem Vertrag nicht widerspricht, gilt er mit dem enthaltenen Risikozuschlag als wirksam zustande gekommen.

3.0 · Privatkunden akquirieren und halten, dabei beraten



Merke

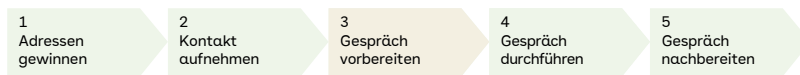
Ändert das Versicherungsunternehmen im Versicherungsvertrag Inhalte gegenüber dem Versicherungsantrag, z.B. durch Festsetzung eines Risikozuschlags, gilt dies grds. zunächst als Ablehnung des Antrags des Versicherungsnehmers, verbunden mit einem neuen Antrag des Unternehmens an den Versicherungswilligen. Dieser Vertrag gilt als abgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins schriftlich widerspricht. Untätigkeit führt zur Rechtswirksamkeit der Änderung.

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Da der Versicherer den Abschluss eines Versicherungsvertrags oder die Höhe der Beiträge vom zu übernehmenden Risiko abhängig macht, muss er alle dafür notwendigen Informationen vom Antragsteller erhalten.

Deshalb hat der Versicherungsnehmer bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrenumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer schriftlich gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen.

§ 19 Abs. 1 VVG



Bedeutsam ist, dass der Versicherungsnehmer grundsätzlich nur solche ihm bekannten Umstände (in der PKV vornehmlich Gesundheitszustand oder vergangene Erkrankungen) anzeigen muss, nach denen der Versicherer **in Textform** gefragt hat. Das Risiko einer Fehleinschätzung, ob ein Umstand gefährdenrelevant ist, liegt somit beim Versicherer.

Eine Verletzung der Anzeigepflicht liegt z.B. vor, wenn der Versicherungsnehmer eine Frage des Versicherers nicht, nur unvollständig und natürlich dann, wenn er sie unrichtig beantwortet.

Bezüglich des Zeitpunkts für die Erfüllung der Anzeigepflicht ist die Abgabe der Willenserklärung für den Vertragsabschluss entscheidend. Danach eingetretene Veränderungen muss der Versicherungsnehmer grundsätzlich nicht mitteilen. Dies gilt jedoch nicht, wenn der Versicherer nach der Vertragserklärung, aber vor der Vertragsannahme, weitere Fragen zum Gefahrenzustand schriftlich (wiederholt oder erstmalig) stellt. In diesem Falle ist der Versicherungsnehmer zur Mitteilung verpflichtet.

In der Vergangenheit hat es zu der bisherigen Vorschrift (§ 16 VVG) gerade zu der Frage, was relevant für eine Anzeigenverletzung sei, viele Gerichtsurteile gegeben. Trotz der klareren Regelung zeigt sich auch bei der Anwendung des § 19 VVG, dass das Thema der Anzeigenverletzung noch immer häufiger Streitpunkt im privaten Krankenversicherungsrecht ist. Auf die damit verbundenen Gefahren sollten Sie in entsprechenden Kündigungsrückholgesprächen hinweisen.

1. Beispiel

Boris Balz stellt am 04. 02. einen Antrag auf eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Allesschutz AG mit Wirkung ab 01. 03. In dem ihm vorliegenden Fragebogen kreuzte er bei der Frage nach den innerhalb der letzten drei Jahre aufgetretenen Krankheiten das Feld „keine“ an, da er sich zum Zeitpunkt des Ausfüllens an keine Krankheit innerhalb dieses Zeitraums erinnerte. Tatsächlich hatte er sich jedoch vor zweieinhalb Jahren beim Fußballspielen den Fuß gebrochen.

Folge

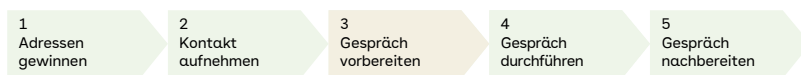
Es liegt eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht vor.

2. Beispiel

Dieter Dinter hat am 04. 02. ebenfalls bei der Allesschutz AG einen Antrag wie im 1. Beispiel gestellt und beabsichtigt, zum 01. 03. dort eine Versicherung abzuschließen. Er hat dieselben Eintragungen vorgenommen wie Boris Balz. Am 12. 02. erleidet Dieter Dinter, der zurzeit noch bei der AOK versichert ist, einen Sportunfall und zieht sich dabei einen komplizierten Beinbruch zu. Dies zeigt er nicht an.

Folge

Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht liegt nicht vor, es sei denn, der Versicherer fragt ab 12. 02. aber vor Vertragsannahme nochmals nach Vorerkrankungen.



3. Beispiel

Susi Sollmann ist ebenfalls Kundin der AOK. Sie hat den Vertrag wie im 1. Beispiel abgeschlossen. Dabei hat sie das Feld „keine Erkrankungen in den letzten drei Jahren“ angekreuzt, obwohl sie vor knapp drei Jahren wegen eines Herzinfarkts in stationärer Behandlung war. Ein befreundeter Versicherungsvertreter hatte ihr nämlich gesagt, dass „die Formulierung mit den drei Jahren“ nur ein Richtwert wäre. Auf ein oder zwei Monate käme es dabei sicher nicht an.

Folge

Es liegt eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht vor, da die Aussage des Versicherungsvertreters für Susi Sollmann keine Rechtsverbindlichkeit hatte.

Merke

Der Antragstellende muss alle Fragen zum Gesundheitszustand sorgfältig, wahrheitsgemäß und umfassend beantworten. Unterlässt er dies, muss er mit nachteiligen Folgen rechnen.

Folgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflichten

Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflichten durch den Versicherungsnehmer, z.B. durch nicht wahrheitsgemäße Beantwortung, kann für diesen gravierende Folgen haben. Im Extremfall ist er sogar rückwirkend ohne Versicherungsschutz. Da die Frage nach der Wahrheit der Beantwortung in aller Regel erst beim Eintreten teurer Versicherungsfälle gestellt wird, würde das bedeuten, dass der Versicherungsnehmer, gerade wenn er auf die Versicherung besonders angewiesen ist, ihren Schutz nicht hat. Daher hat der Gesetzgeber die Möglichkeiten für die Versicherer sich aus ihrer vertraglichen Bindung zu „befreien“ stark eingegrenzt. Verletzt der Versicherungsnehmer die vorvertraglichen Anzeigepflichten, hat der Versicherer folgende Handlungsoptionen.

- 1) Bei schuldloser oder einfach fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann der Versicherer **unter bestimmten Umständen** die Versicherung mit einer Frist von einem Monat nach Kenntnisnahme des Versicherers von der Pflichtverletzung außerordentlich kündigen. Voraussetzung hierfür ist **u.a.**, dass der Versicherer auf die Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht durch gesonderte Mitteilung in Textform hingewiesen hat und er

Die vorvertragliche Anzeigepflicht

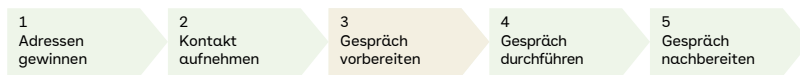
umfasst alle für die „Gefahrenübernahme“ erheblichen Umstände.

Dazu gehören:

- Gesundheitszustand
- Vorerkrankungen
- Behandlungen

wenn diese

in Textform im Antrag bzw. vor der Vertragsannahme abgefragt wurden.



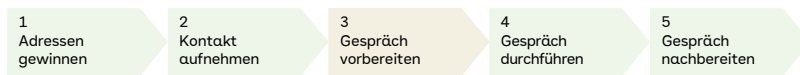
§ 206 Abs. 1 Satz 1 VVG

im Falle der einfach fahrlässigen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht den Vertrag bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände auch nicht zu anderen Konditionen geschlossen hätte. Außerdem kann er die Kündigung nur innerhalb von drei Jahren nach Vertragsabschluss vornehmen. Die Leistungspflicht des Versicherers endet bei der Kündigung zum Kündigungsdatum, bis zu diesem Zeitpunkt muss auch der Versicherte seine Prämien zahlen. Ausgeschlossen ist die außerordentliche Kündigung allerdings, wenn die Versicherung die allgemein bestehende Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt.

- 2) Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann der Versicherer **unter bestimmten Umständen** von der Versicherung zurücktreten. Die für die Kündigung geltenden zusätzlichen Voraussetzungen gelten auch hier. Die Leistungspflicht des Versicherers endet beim Vertragsrücktritt im Grundsatz zum Datum des Wirksamwerdens des Rücktritts. Dies kann auch ein in der Vergangenheit liegendes Datum sein. Allerdings ist der Versicherer dann zur Leistung verpflichtet, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht sich auf einen Umstand bezieht, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens des Rücktritts muss der Versicherte seine Prämien zahlen. Der Rücktritt vom Vertrag ist auch dann möglich, wenn die Versicherung die allgemein bestehende Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt.

Bei einfach oder grob fahrlässiger (nicht aber bei schuldloser) Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht wird zusätzlich geprüft, ob der Versicherer den Vertrag bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände zu anderen Konditionen doch geschlossen hätte. Hätte der Versicherer den Vertrag also mit einem Risikozuschlag oder einem entsprechenden Risikoausschluss geschlossen, ist er hierzu verpflichtet. Die geänderten Konditionen werden rückwirkend Vertragsbestandteil. Führt die Änderung der Konditionen zu einer Prämienhöhung von mehr als 10% oder zu einem Risikoausschluss, kann der Versicherte innerhalb eines Monats den Vertrag kündigen

- 3) Auch bei vorsätzlicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann der Versicherer **unter bestimmten Umständen** von der Versicherung zurücktreten. Anders als in den Fällen 1) und 2) kann dieses Recht jedoch bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss ausgeübt werden und es ist auch nicht wichtig, ob der Versicherer den Vertrag bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände unter anderen Konditionen doch geschlossen hätte: im Gegenteil, die Alternative der Anpassung der Vertragsoptionen hat der Versicherer in diesem Fall nicht. Die Leistungspflicht des Versicherers endet beim Vertragsrücktritt im Grundsatz zum Datum des Wirksamwerdens des Rücktritts. Dies kann auch ein in der Vergangenheit liegendes Datum sein. Allerdings ist der Versicherer dann zur Leistung verpflichtet, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht sich auf einen Umstand bezieht, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Bis zum



Zeitpunkt des Wirksamwerdens des Rücktritts muss die versicherte Person ihre Prämien zahlen.

- 4) Bei arglistiger Täuschung der versicherten Person kann der Versicherer den Vertrag zusätzlich anfechten. Er wird damit von Beginn an unwirksam. Bereits geflossene Leistungen des Versicherers an die versicherte Person muss die versicherte Person zurückzahlen. Die versicherte Person muss die Prämien bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung entrichten. Darüber hinaus ist er im Unterschied zum Rücktritt vom Vertrag auch dann nicht zur Leistung in einem konkreten Fall verpflichtet, wenn die Pflichtverletzung sich nicht auf diesen Fall bezieht.

Grundsätzlich wichtig ist, dass diese Handlungsoptionen einen gerechten Ausgleich zwischen der Aufklärungspflicht des Versicherers und der Pflicht der versicherten Person zu wahrheitsgemäßen Angaben schaffen.

Beispiel

Hennes Hicks schloss am 01. 07. eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Allesschutz AG ab. Er gab an, keine Erkrankungen in den letzten drei Jahren erlitten zu haben. Am 01. 12. sucht Hennes Hicks nach langer Zeit wieder einmal einen Arzt auf, da eine Erkältung seit mehreren Wochen nicht zu heilen scheint und er sich immer müde und schlapp fühlt. Der Arzt stellt bei einer Blutuntersuchung fest, dass Hennes Hicks HIV-positiv ist.

Folge

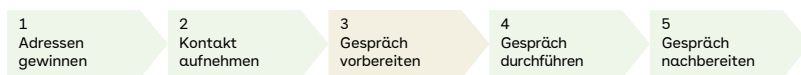
Die Erkrankung war Hennes Hicks bei Abschluss des Vertrags nicht bekannt. Er hat daher nicht gegen seine vorvertraglichen Anzeigepflichten verstoßen.

Fortsetzung von Beispiel 3 von Seite 84

Susi Sollmann erlitt einen Herzinfarkt. Der Herzinfarkt ist eine Folge von Stress, der für das seit dem Herzinfarkt geschwächte Herz zu groß war. Auch über den Herzinfarkt setzte Susi Sollmann die AG nicht in Kenntnis.

Folge

Es handelt sich um Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht. Ob die Allesschutz AG Möglichkeiten hat, den Vertrag zu beenden, ist allerdings ohne nähere Informationen nicht zu beantworten. Denn es handelt sich bei dem von Susi Sollmann abgeschlossenen Vertrag vermutlich um einen Versicherungsvertrag, der die allgemein bestehende Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt. Eine Kündigung eines solchen Vertrags ist generell ausgeschlossen. Ein Rücktritt vom Vertrag kommt nur in Frage, wenn die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zumindest grob fahrlässig war. Das muss allerdings im Einzelfall unter Berücksichtigung aller Umstände beurteilt werden. Kann die Allesschutz AG vom Vertrag zurücktreten, stehen ihr die Beiträge bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung zu.



Merke

Unvollständige oder falsche Angaben zum Gesundheitszustand eröffnen Versicherungsunternehmen Möglichkeiten, einen Versicherungsvertrag durch Kündigung (allerdings nur bei Verträgen, die nicht die allgemein bestehende Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllen), Rücktritt oder sogar Anfechtung zu beenden oder ihn zu modifizieren. Der Versicherungsnehmer verliert damit u. U. seinen Versicherungsschutz ggf. sogar rückwirkend; eine Rückkehr in die GKV ist nicht möglich. Bestehende Krankheiten, die der Versicherungsnehmer ohne Verschulden nicht angezeigt hat, geben dem Versicherungsunternehmen keine Beendigungs- oder Anpassungsmöglichkeiten.

Mitwirkung eines Arztes bei der Gesundheitsprüfung oder eines Versicherungsvermittlers beim Ausfüllen eines Antrags

An der Feststellung des Gesundheitszustands kann auch ein Arzt beteiligt sein, z.B. wenn

- a) dieser auf Veranlassung des Versicherers eingeschaltet wird oder
- b) die antragstellende Person ihren Arzt um Rat bei der Beantwortung der Fragen im Versicherungsantrag fragt.

Verschweigt die antragstellende Person gegenüber dem untersuchenden Arzt Vorerkrankungen oder Beschwerden, ist dies gleichbedeutend mit einer falschen Angabe im Antragsvordruck; in diesem Fall liegt eine schuldhaft

Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht vor.

Oft wird der Versicherungsantrag durch einen Versicherungsvermittler ausgefüllt. Dann stellt sich die Frage, welche Rolle diese Mitwirkung eines Versicherungsvermittlers bei einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht spielt.

Der Versicherer muss sich diejenige Tatsachenkenntnis anrechnen lassen, die der Vermittlungsagent im Rahmen der Tätigkeit erlangt, für die er grundsätzlich bevollmächtigt ist. Dazu gehören Angaben, die der Versicherungsnehmer zu Fragen in Antragsformularen oder Schadenanzeigeformularen gemacht hat. Der Agent gilt in derartigen Fällen als „Auge und Ohr“ des Versicherers mit der Folge, dass Erklärungen des Versicherungsnehmers gegenüber dem Agenten wie Erklärungen gegenüber dem Versicherer selbst anzusehen sind.

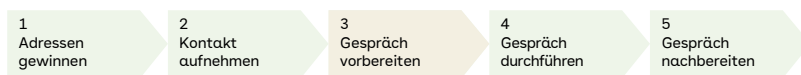
Vielfach sehen jedoch die Schlussbestimmungen vor, dass der Antragstellende auch dann für die Angaben im Antrag verantwortlich ist, wenn ein Vermittler diese Angaben niedergeschrieben hat. In diesem Fall muss die antragstellende Person sich überzeugen, dass ihre Angaben vollständig und richtig in den Antrag übernommen wurden. Unterlässt er dies, liegt ebenfalls eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht vor.

Merke

Bei der Antragstellung können

- Ärzte (Feststellung des Gesundheitszustands) und/oder
- Versicherungsvermittler (Hilfestellung beim Ausfüllen des Versicherungsantrags)

beteiligt sein.



Beginn der Versicherung

Hinsichtlich des Versicherungsbeginns unterscheidet man

- den formellen Beginn (Zeitpunkt des Vertragsabschlusses),
- den technischen Beginn (Zeitpunkt, von dem an der Beitrag gezahlt wird) und
- den materiellen Beginn (Zeitpunkt, von dem an die vertraglich vereinbarte Leistungspflicht des Versicherten einsetzt).

§ 10 VVG

§ 2 Abs. 1
MB/KK
2009

Das Versicherungsvertragsgesetz enthält keine generellen Regelungen über den Beginn bzw. das Ende einer Versicherung. Diese Bestimmungen ergeben sich aus den AVB. Aus diesen ergibt sich, dass für den Versicherungsbeginn immer der Zeitpunkt maßgebend ist, der im Versicherungsschein angegeben ist.

§ 198
Abs. 1 VVG
§ 2 Abs. 2
MB/KK
2009

Der Versicherungsschutz kann in der PKV grundsätzlich nicht rückwirkend begründet werden. Eine Ausnahme besteht in der Krankheitskostenversicherung bei Neugeborenen. Hier beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Geburtstag ein Elternteil beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung des Kindes zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dessen Geburtstag rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf allerdings nicht höher bzw. umfassender sein als der eines versicherten Elternteils. Die AVB sehen häufig vor, dass ein Elternteil vor der Geburt des Kindes mindestens drei Monate beim Versicherer versichert sein muss.

Für die Versicherung eines neugeborenen Kindes ist kein Antrag, sondern nur eine einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärung notwendig. In diesen Fällen besteht auch Versicherungsschutz für Geburtsschäden und angeborene Krankheiten ohne Risikozuschlag.

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate muss unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins gezahlt werden.

§ 8 Abs. 4
MB/KK 2009,
§ 8 Abs. 3
MB/KT 2009

Merke

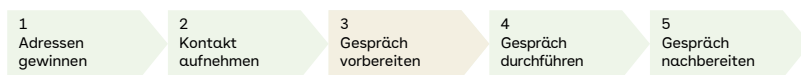
Der Versicherungsschutz beginnt grundsätzlich mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, jedoch können Wartezeiten den Beginn des Leistungsanspruchs hinausschieben.

Wartezeiten

Bei der PKV tritt der volle Versicherungsschutz grundsätzlich erst nach Ablauf einer Wartezeit ein. Durch die Wartezeiten verhindern die PKV-Unternehmen, dass sie unmittelbar nach Versicherungsbeginn für eintretende bzw. vorhandene Krankheitsfälle zu leisten haben.

Mit Ausnahme von Unfällen beträgt die allgemeine Wartezeit drei Monate. Für Entbindungen, Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen, Psychotherapie, zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung und Zahnersatz ist die Wartezeit sogar auf acht Monate ausgedehnt.

§ 197
Abs. 1 VVG,
§ 3
MB/KK 2009



Viele Versicherungsunternehmen verkürzen diese Wartezeiten jedoch durch Regelungen im Teil II der AVB. Die Wartezeit kann – sofern der Tarif es vorsieht – aufgrund besonderer Vereinbarungen erlassen werden, wenn der Versicherungsnehmer bei Beginn der Versicherung ein ärztliches Zeugnis über seinen Gesundheitszustand vorlegt. Die Kosten dieser Untersuchung hat die antragstellende Person selbst zu tragen.

§ 197
Abs. 2 VVG

Unter bestimmten Voraussetzungen muss die PKV die Dauer der Versicherung der GKV auf die Wartezeit mit anrechnen: Bei Personen, die aus der GKV ausgeschieden sind und einen Versicherungsschutz in der PKV erlangen, wird die nachweislich in der GKV ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Versicherung in der PKV spätestens zwei Monate nach Beendigung der GKV beantragt wird und sich der private Versicherungsschutz unmittelbar an die vorangegangene gesetzliche Versicherung anschließt. Diese Regelung führt zwar nicht zum Wegfall der Wartezeit, aber die in der GKV zurückgelegte Versicherungszeit wird darauf angerechnet. Dabei spielt es keine Rolle, ob Zeiten einer gesetzlichen Pflicht- oder einer freiwilligen Versicherung vorlagen.

Beispiel

Anni Albers ist seit zehn Jahren Kundin der AOK. Sie beabsichtigt, in die PKV zu wechseln.

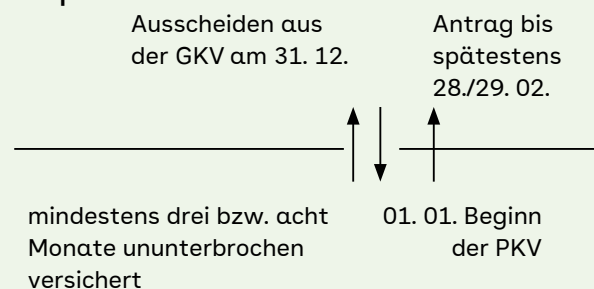
Folge

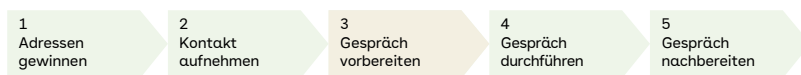
Da die in der AOK zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet wird, entsteht für Anni Albers in der PKV keine Wartezeit, wenn sie innerhalb von zwei Monaten eine private Krankenversicherung, die direkt nach dem Versicherungsende bei der AOK beginnt, beantragt.

Merke

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sehen teilweise Wartezeiten vor. Während dieser Wartezeiten besteht trotz Beitragszahlung kein vollständiger Versicherungsschutz. Beim Wechsel von der GKV zur PKV werden gesetzliche Mitgliedszeiten auf die Wartezeiten der PKV angerechnet, wenn die PKV innerhalb von zwei Monaten nach dem Ausscheiden aus der GKV beginnt.

Beispiel





Ende der Versicherung durch Kündigung

Ebenso wie der Versicherungsvertrag durch Willenserklärung begründet wird, kann er neben den umseitig beschriebenen Rücktritts- und Anfechtungsoptionen grundsätzlich auch durch Willenserklärung beendet werden (Kündigung). Im Gegensatz zum Zustandekommen des Vertrags handelt es sich dann um eine einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärung. Wirksam ist die Kündigungserklärung jedoch nur, wenn sie schriftlich erfolgt.

Der Versicherungsvertrag kann durch eine ordentliche oder außerordentliche Kündigung beendet werden:

- Die ordentliche Kündigung erfolgt mit Kündigungsfrist und wird zu einem bestimmten Kündigungstermin wirksam.
- Eine außerordentliche Kündigung erfolgt ohne Einhaltung der vorgeschriebenen Kündigungsfrist und ist nur zulässig, wenn besondere gesetzliche oder vertragliche Kündigungsgründe vorliegen.

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Die Versicherungsdauer von PKV-Versicherungsverträgen richtet sich nach den jeweiligen Tarifbedingungen des Unternehmens. So sehen die einzelnen Tarifbedingungen zum Teil vor, dass der Versicherungsvertrag für eine bestimmte Zeit abgeschlossen wird und sich stillschweigend jeweils um ein Jahr verlängert, wenn der Versicherungsnehmer nicht rechtzeitig kündigt. Rechtzeitig bedeutet entweder zum Ende der vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren oder zum Ab-

lauf des Versicherungsjahres jeweils mit einer Frist von drei Monaten.

Der Versicherungsnehmer kann bei Eintritt von Krankenversicherungspflicht innerhalb von drei Monaten nach deren Eintritt die Krankheitskostenversicherung rückwirkend zum Eintritt der Krankenversicherungspflicht kündigen.

Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachgewiesen wird, nachdem der Versicherer dies in Textform gefordert hat. Die Prämie ist bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu zahlen. Erfolgt die Kündigung nach Ablauf der drei Monate, ist diese nur zum Ende des Monats möglich, in dem der Eintritt der Krankenversicherungspflicht nachgewiesen wird. Die Prämien müssen bis zum Ende des Versicherungsvertrags gezahlt werden.

Diese Regelungen gelten auch dann, wenn eine privat krankenversicherte Person infolge Versicherungspflicht eines Familienangehörigen nach § 10 SGB V versichert wird.

Zum Schutz vor einer in der GKV nicht zustande kommenden Versicherung nach Kündigung eines PKV-Vertrags gibt der § 5 Abs. 9 SGB V für eine Frist von drei Monaten vereinfachte Rückkehrmöglichkeiten in die PKV – eine ähnliche Regelung wird auch für die Nichterfüllung von Versicherungszeiten getroffen.

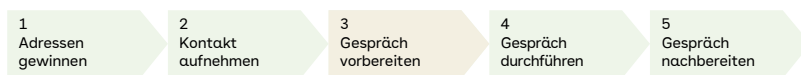
Ein besonderes Kündigungsrecht steht dem Versicherungsnehmer auch für den Fall zu, dass der Versicherer die Prämie erhöht oder die Leistungen im Sinne des § 18 Abs. 1 MB/KK 2009 vermindert. Gleiches gilt auch bei Beitragserhöhungen aufgrund der

§ 205
Abs. 2 VVG,
§ 13 Abs. 3
MB/KK 2009

§ 5 Abs. 9
SGB V

§ 205 Abs. 4
VVG

§ 205
Abs. 1 VVG,
§ 13 Abs. 1
MB/KK 2009



Beitragsanpassungsklausel. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung wahrzunehmen. Bei einer Beitragserhöhung kann die Kündigung auch bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung erfolgen. Die Kündigung gilt zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung.

Für eine Krankenversicherung, die die Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt, muss die versicherte Person jedoch innerhalb von zwei Monaten nach Kündigungserklärung nachweisen, dass direkt im Anschluss ein neuer Versicherungsschutz besteht und ein Vertrag (bei einem anderen Versicherer) geschlossen wurde, der den Anforderungen zur Erfüllung der Versicherungspflicht genügt. So will der Gesetzgeber das Problem der Nichtversicherung lösen.

Kündigung durch den Versicherer

§ 206 Abs. 1 VVG, § 14 Abs. 1 MB/KK 2009

Ebenso wie der Versicherungsnehmer kann grundsätzlich auch der Versicherer den Versicherungsvertrag kündigen, jedoch ist diese Möglichkeit noch weiter eingeschränkt. In der Krankheitskostenversicherung ist eine Kündigung durch den Versicherer ausgeschlossen, wenn die Versicherung eine Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt. Dies gilt sowohl für eine ordentliche Kündigung (also ohne besondere Gründe) als auch eine außerordentliche Kündigung (bei der also eigentlich der Versicherer besondere Kündigungsgründe hat). Eine Kündigung kann daher auch dann nicht erfolgen, wenn z.B. schwere Erkrankungen eingetreten sind und sich dadurch das Risiko zu Ungunsten des Versicherers verschiebt. Gerade in solchen Fällen muss der Versicherungsnehmer nämlich darauf vertrauen kön-

nen, dass er vor den wirtschaftlich nachteiligen Folgen der Kündigung geschützt ist; er kann höchstens durch einen höheren Beitrag belastet werden. Daneben ist die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer Pflegekrankenversicherung ausgeschlossen, wenn sie den gesetzlichen Sozialversicherungsschutz ganz oder teilweise ersetzen könnte.

Eine ordentliche Kündigung einer Krankenhaustagegeldversicherung ist ausgeschlossen, wenn sie neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Für eine Krankentagegeldversicherung besteht seitens des Versicherers ein ordentliches Kündigungsrecht während der ersten drei Versicherungsjahre nur, wenn kein gesetzlicher Anspruch auf den Beitragszuschuss des Arbeitgebers im Sinne des § 257 Abs. 2 SGB V besteht.

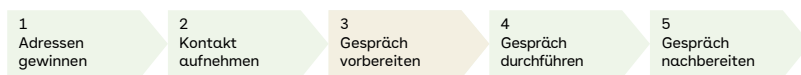
Eine ordentliche Kündigung durch den Versicherer ist jedoch möglich, wenn lediglich eine Krankenhaustagegeldversicherung oder eine nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenteilversicherung oder beides zusammen besteht. In diesem Fall kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres gekündigt werden.

Die AVB lassen das außerordentliche Kündigungsrecht des Versicherers aufgrund gesetzlicher Bestimmungen unberührt. Der Versicherer hat deshalb z.B. ein außerordentliches Kündigungsrecht im Fall der Obliegenheitsverletzung (z.B. Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht) oder Zahlungs-

§ 206 Abs. 1 Satz 3 VVG, § 206 Abs. 1 Satz 4 VVG, § 14 Abs. 1 MB/KT 2009

§ 206 Abs. 2 VVG, § 14 Abs. 2 MB/KK 2009

§ 38 VVG



§ 15 Abs. 1 Buchst. c) MB/KT 2009

verzugs beim Folgebeitrag. Dies gilt allerdings nicht für Versicherungen, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienen. Hier ruht bei längerem Zahlungsverzug der ursprünglich abgeschlossene Tarif und die versicherte Person hat eine Versicherung nach dem Notlagentarif inne (vgl. Punkt 8.2.2.5 dieses Lernbriefs).

rungsrechtlichen Bestimmungen (z.B. § 43 SGB VI) sind nicht entscheidend. Das Versicherungsverhältnis in der Krankentagegeldversicherung endet ferner mit dem Bezug von Altersrente, sofern tariflich vereinbart, spätestens nach Vollendung des 65. Lebensjahres zum Ende des Monats, in dem die Altersgrenze erreicht wird.

Sonstige Beendigungsgründe

§ 15 MB/KK 2009, MB/KT 2009

In der Krankheitskostenversicherung endet das Versicherungsverhältnis neben den oben genannten Fällen auch mit dem Tod des Versicherungsnehmers und beim Wegzug des Versicherungsnehmers aus Deutschland oder der EU, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

§ 15 Abs. 1 Buchst. a) MB/KT 2009

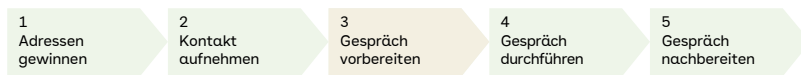
Das Versicherungsverhältnis in der Krankentagegeldversicherung endet außerdem bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (z.B. der Erwerbstätigkeit) zum Ende des Monats. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der obigen Voraussetzung.

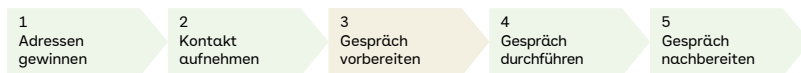
§ 15 Abs. 1 Buchst. b) MB/KT 2009

Ein weiterer Beendigungsgrund für die Krankentagegeldversicherung ist der Eintritt von Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit in diesem Sinn liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Der Begriff der Berufsunfähigkeit ergibt sich ausschließlich aus den Versicherungsbedingungen, die rentenversiche-

Merke

Der Versicherungsnehmer kann den privaten Versicherungsvertrag durch einseitige Willenserklärung kündigen. Dabei sind allerdings Kündigungsfristen einzuhalten. Im Fall einer Kündigung einer substitutiven Krankenversicherung muss der Versicherungsnehmer jedoch rechtzeitig einen neuen Versicherungsschutz sicherstellen. Die Versicherungsunternehmen haben in der Krankheitskostenvollversicherung kein Kündigungsrecht.

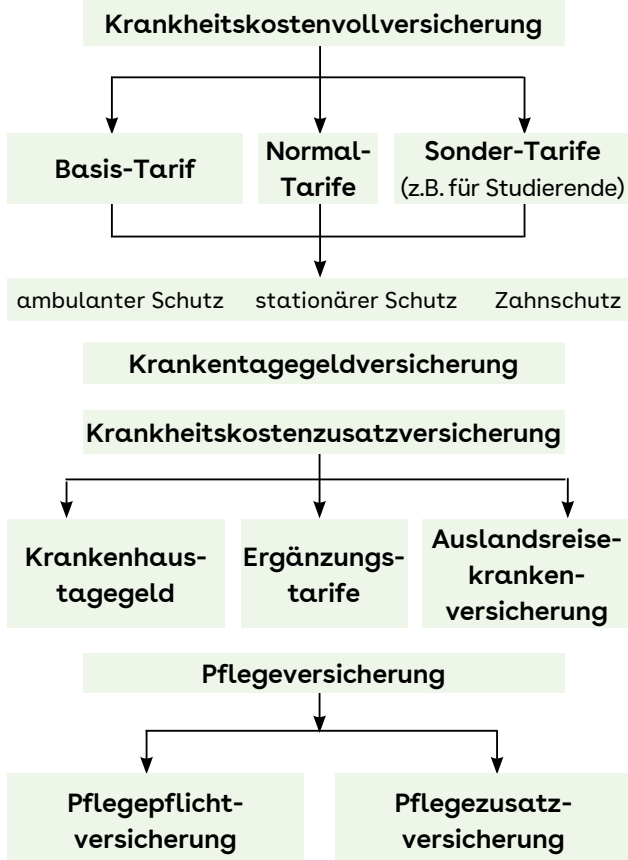




8.1.2.5 Leistungen der PKV

In der GKV sind die Leistungen weitgehend durch das Sozialgesetzbuch festgelegt und somit bei allen Krankenkassen gleich. Lediglich bei den durch die Satzung bestimmbaren Leistungen können Unterschiede bestehen. Die PKV bietet dagegen keine einheitlichen Leistungen an. Vielmehr muss sich hier der Versicherungsnehmer selbst seine individuellen Versicherungsleistungen nach Notwendigkeit und persönlichem Empfinden zusammenstellen.

Die PKV bietet u.a. die in der folgenden Grafik dargestellten Versicherungen an:

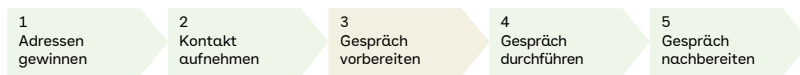


Versicherungsfreie Personen, z.B. kaufmännische und gewerbliche Arbeitnehmende mit einem Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze, von der Versicherungspflicht Befreite oder Selbstständige umwirbt die PKV mit der Krankheitskostenvollversicherung. Diese Versicherungsart umfasst standardmäßig die ärztliche und zahnärztliche Behandlung sowie die Krankenhausbehandlung; aber nie Entgelt- oder Einkommensersatzleistungen. Deshalb ist bei Personen, denen im Fall der Arbeitsunfähigkeit ein Einkommensausfall entsteht, eine zusätzliche Krankentagegeldversicherung erforderlich.

Leistungen wie Kuren, häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe, die von Jüngeren zumeist als unwichtig erachtet werden, fehlen in den Krankheitskostenvolltarifen der PKV; sie sind aber Standard des AOK-Leistungsprogramms. In der PKV sind solche Leistungen nur über einen gesondert abzuschließenden Tarif erreichbar, natürlich verbunden mit einer zusätzlichen Beitragszahlung.

Versicherungsfall in der PKV

Ähnlich wie die GKV bietet die PKV Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse, z.B. Krankenhaustagegeld bei stationärer Behandlung. Versicherungsfall ist – nicht im gleichen Sinn wie in der GKV – die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Die medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung ist als eine zentrale Leistungsvoraussetzung im Zweifelsfall vom Versicherten selbst zu beweisen. Außerdem gelten als Versicherungsfall auch Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft



sowie die Entbindung und ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen).

Tarifleistungen der Krankheitskostenversicherung

§ 1 Abs. 1
MB/KK 2009

Die Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif und den Tarifbedingungen. Neben den Musterbedingungen (MB/KK 2009) sind die Tarife und Tarifbedingungen die zweite Rechtsgrundlage für die Bestimmung der Versicherungsleistungen. Die Musterbedingungen enthalten lediglich einige grundsätzliche Bestimmungen zur Erstattungspflicht bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung.

Die detaillierten Leistungsvoraussetzungen ergeben sich aus den unternehmensspezifischen Tarifen und den Tarifbedingungen.

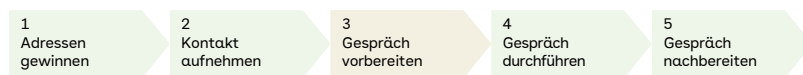
Deshalb weichen die Leistungen der einzelnen PKV-Unternehmen teilweise erheblich voneinander ab. Infolge der ständigen Anpassung an veränderte Marktbedingungen aufgrund des Wettbewerbs der PKV-Unternehmen untereinander und mit der GKV, unterliegen die Tarifsysteme und Tarife einem ständigen Wandel.

Die Tarifbedingungen legen für das jeweilige Versicherungsunternehmen die Leistungen ausschließlich fest, d.h., dort nicht genannte Leistungen gehören auch nicht zum Leistungsspektrum dieses PKV-Unternehmens.

Zum besseren Verständnis der Tarifleistungen haben wir Ihnen einen fiktiven Auszug aus einem Krankheitskostenvolltarif wiedergegeben.

Ein Vergleich mit dem umfangreichen Leistungsangebot der AOK zeigt, dass die Behauptung der PKV, ihre Leistungen seien besser, wohl nur für die Werbung bestimmt ist. Dies gilt zum Teil übrigens auch für die so oft angepriesene Behandlung durch Heilpraktiker, da auch hier durchaus Leistungseinschränkungen möglich sind. Die Krankheitskostenvollversicherung ist insgesamt nur schwer vergleichbar mit den Leistungen der AOK. So fehlen in der PKV Leistungen, die für die AOK selbstverständlich sind, z.B. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Für bestimmte Leistungen, z.B. Heil- und Hilfsmittel, sind zum Teil nur eingeschränkte Leistungen in der PKV vorgesehen.



V-Tarife

Krankheitskostenvollversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB).

I. Versicherungsleistungen

Ambulante Heilbehandlung
Tarife VA 100, VA 110, VA 120, VA 130 und VA 140

- Die erstattungsfähigen Aufwendungen je Kalenderjahr und versicherte Person werden zu 100 % mit nachstehendem Selbstbehalt ersetzt:

Selbstbehalt

Tarif	Erwachsene	Kinder und Jugendliche
VA 100	ohne	ohne
VA 110	160 €	80 €
VA 120	320 €	160 €
VA 130	640 €	320 €
VA 140	960 €	480 €

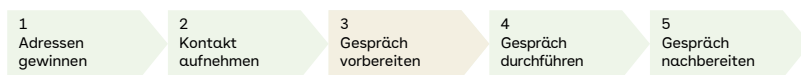
- Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt wurde bzw. in dem die Kosten für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel tatsächlich angefallen sind.

- Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung die nachstehenden Aufwendungen für:

- ärztliche Leistungen (z.B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Röntgenleistungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt,

Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der gesetzlich eingeführten Programme), soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen

- psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte und Diplom-Psychologen sowie logopädische Behandlung durch Ärzte und Logopäden jeweils bis zu 30 Sitzungen im Kalenderjahr. Darüber hinausgehende Leistungen werden nur nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers gewährt
- Leistungen des Heilpraktikers
- Arznei- und Verbandmittel
- Leistungen der Hebamme bzw. der Geburtshilfe
- Heilmittel: medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Wärme-, Licht- und Elektrotherapie, Krankengymnastik
- Hilfsmittel: Bandagen, Brillengestelle (bis zu 110 € Rechnungsbetrag), Brillengläser, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gips-liegeschalen, Gummistrümpfe, Hörgeräte, Kontaktlinsen, Korrekturschienen, Krankenfahrstühle (bis zu 1.065 € Rechnungsbetrag), künstliche Glieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, orthopädisches Schuhwerk (bis zu 135 € Rechnungsbetrag pro Jahr), Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf)



3. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird der Höchstbetrag des Selbstbehalts für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden nichtversicherten Monat gemindert. Endet die Versicherung während des Kalenderjahres, mindert sich der Selbstbehalt nicht. Sobald eine versicherte Person das 19. Lebensjahr vollendet, gilt ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Selbstbehalt für Erwachsene.

4. Kosten für ambulante Zahnbehandlung sind nicht Gegenstand dieses Tarifs.

Stationäre Heilbehandlung Tarife VS 110, VS 120, und VS 130

1. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden

nach Tarif	bei Behandlung im
VS 110	Einbettzimmer
VS 120	Zweibettzimmer
VS 130	Drei- und Mehrbettzimmer

zu 100 % ersetzt.

2. Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung die Aufwendungen für:

- Krankenhauspflegesatz
- gesondert berechenbare Nebenleistungen (diagnostische und therapeutische Verfahren sowie Medikamente, die nicht im Pflegegesetz berücksichtigt sind)
- Leistungen der Hebamme bzw. der Geburtshilfe

– medizinisch notwendiger Transport zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km

– gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes im Drei- und Mehrbettzimmer

nach Tarif VS 110 und VS 120 zusätzlich die Aufwendungen für:

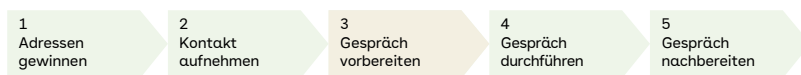
– Unterkunftszuschlag für ein Einbettzimmer (VS 110) bzw. Zweibettzimmer (VS 120) sowie gesonderte Zuschläge für Verpflegung, Sanitärzelle, Fernsprecher, Radio- und Fernsehgerät

– gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen

3. Wird die versicherte Unterbringung nicht in Anspruch genommen, zahlt der Versicherer neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe:

Tarif	bei Unterbringung im	
	Zweibett-Zimmer	Drei- und Mehrbett-Zimmer
VS 110	25 €	50 €
VS 120		25 €

Bei teilstationärer Behandlung wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes gezahlt.



4. Bei vorübergehenden Auslandsreisen sind die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransports aus dem Ausland erstattungsfähig, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist; zusätzlich werden die Mehrkosten für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch notwendig und ärztlich verordnet ist.

Beim Tode der versicherten Person im Ausland werden die Aufwendungen für die Bestattung am Sterbeort oder die Überführung zu deren letztem ständigen Wohnsitz erstattet bis zu 10.320 €.

Zahnärztliche Behandlung Tarif VZ 110

1. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt:

a) für Zahnbehandlung zu 100 %

b) für Zahnersatz und Kieferorthopädie zu 80 %

– jedoch im Versicherungsjahr höchstens unter Anrechnung der für das vorangegangene Versicherungsjahr erbrachten Leistungen 4.200 €

– ab dem 6. Versicherungsjahr, ohne wenn ein Heil- und Kosten-Höchstsat plan gemäß Ziffer 4 Erstattungsgrundlage ist

Die Aufwendungen bzw. Leistungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. in dem der Zahnersatz bezogen wurde.

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres.

2. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

a) Zahnbehandlung

– operative und konservierende Zahnbehandlung (z.B. Zahnfüllungen, Zahnziehen, Parodontosebehandlungen, Prophylaxe, Arzneien)

– Röntgenaufnahmen der Zähne

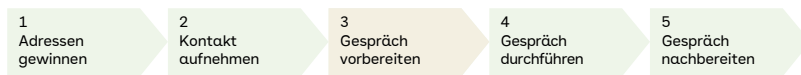
b) Zahnersatz und Kieferorthopädie

– Prothetik (z.B. auch Brücken, Implantate, Kronen, Inlays)

– Zahn- und Kieferregulierungen

– Gnathologie (Funktionsanalyse und -therapie),

soweit die Gebühren für zahnärztliche Behandlung im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.



Die erstattungsfähigen Aufwendungen umfassen auch zahntechnische Laborarbeiten, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für den Tarif VZ 110 aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind sowie Materialkosten.

Die erstattungsfähigen Höchstbeträge und die Leistungsinhalte dieses Verzeichnisses können unter den Voraussetzungen des § 18 AVB mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen angepasst werden. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

3. Erstattungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie wegen eines nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls werden auf den unter Ziffer 1 Buchstabe b) genannten Höchstsatz nicht angerechnet.
4. Der Heil- und Kostenplan gemäß Ziffer 1 Buchst. b) muss dem Versicherer vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz und Kieferorthopädie mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen vorgelegt werden. Der Versicherer wird diesen

Kostenvoranschlag unverzüglich prüfen und den vertraglichen Leistungsbetrag verbindlich bekanntgeben. Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Aufwendungen.

5. Der Tarif VZ 110 kann nur in Verbindung mit VA- und VS-Tarifen für ambulante und stationäre Heilbehandlung vereinbart werden. Fällt während der Versicherungsdauer einer der VA- oder VS-Tarife fort, so endet damit auch die Versicherung nach Tarif VZ 110.

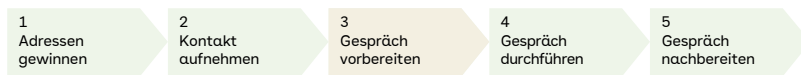
II. Beiträge

Die Beiträge werden nach den jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Sie ergeben sich für Neuabschlüsse aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate wird in dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen.

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrags nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.



Einschränkungen der Leistungspflicht

§ 5
MB/KK 2009

Für bestimmte Leistungen sehen die AVB Leistungseinschränkungen vor. Daneben können sich auch noch Leistungseinschränkungen aus der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht ergeben. Anders als in der GKV besteht in der PKV grds. u.a. keine oder eingeschränkte Leistungspflicht bei

- Behandlung von Kriegs- und Wehrdienstfolgen,
- Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen,
- ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad bzw. Kurort,
- Überschreiten des medizinisch notwendigen Maßes der Leistung,
- Behandlungen durch Angehörige.

Die früher in der AVB enthaltene sogenannte „Wissenschaftlichkeitsklausel“ ist seit 1994 entfallen. In dieser Klausel wurde die Leistungspflicht für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel ausgeschlossen.

Allerdings bedeutet dies nun nicht, dass alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nunmehr zum Leistungsspektrum der PKV gehören, z.B. die Untersuchungen bei alternativen Heil- oder Behandlungsmethoden.

Die Versicherungsunternehmen berufen sich in vielen Fällen bei der Leistungsverweigerung auf die Vorschrift des § 5 Abs. 2 MB/KK 2009. Danach kann der Versicherer seine Leistungen auf einen „angemessenen“ Betrag herabsetzen, wenn eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt. Hier

ergibt sich ein Beurteilungsspielraum für den Versicherer; davon machen Versicherer zulasten des Versicherungsnehmers Gebrauch.

Anders als in der GKV, wo sich Maßnahmen wegen Unwirtschaftlichkeit einer Behandlung gegen die Leistungserbringer richten, ist in der PKV der Versicherungsnehmer unmittelbar betroffen. Sein Erstattungsanspruch wird vom Versicherer gekürzt, was die Honorarforderung des Leistungserbringers aber nicht berührt, sodass der Versicherungsnehmer möglicherweise mit dem Differenzbetrag belastet bleibt.

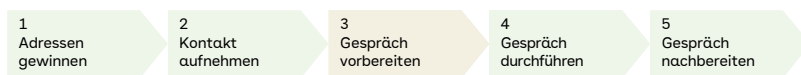
Merke

Bei der Beurteilung des Leistungsumfangs der PKV muss berücksichtigt werden, dass bestimmte Leistungen ausgeschlossen (z.B. Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen) oder eingeschränkt sind (z.B. medizinisch nicht notwendige Behandlungen).

Selbstbeteiligungstarife

Der Leistungsumfang und damit auch die Höhe des Beitrags kann vom Versicherungsnehmer durch Vereinbarung einer Selbstbeteiligung beeinflusst werden.

Für die ambulante Behandlung bietet die PKV verschiedene Varianten von Selbstbeteiligungstarifen an. Wählt der Versicherungsnehmer eine Selbstbeteiligung, werden nur die über die vereinbarten Sätze hinausgehenden Beträge vom Versicherungsunternehmen erstattet. Dabei kann die Selbstbeteiligung



- nach festen Beträgen oder
- nach Prozentsätzen (Quotentarif) erfolgen.

Je höher die Selbstbeteiligung gewählt wird, desto tiefer sinkt auf der anderen Seite der zu zahlende Beitrag. Durch die Selbstbeteiligung übernimmt der Versicherungsnehmer einen Teil des Risikos und entlastet somit den Versicherer. Als Gegenleistung gewährt dieser dem Versicherungsnehmer einen Beitragsnachlass.

Hinweis

§ 53 SGB V Die AOK kann ihren Mitgliedern auch Wahltarife anbieten.

Standardtarif

§ 257 Abs. 2a SGB V i. d. bis 31. 12. 2008 geltenden Fassung Der Gesetzgeber hat die privaten Krankenversicherungen gezwungen, Versicherungsnehmern unter bestimmten Voraussetzungen ab dem 55. Lebensjahr einen finanziell tragbaren Beitrag anzubieten. In diesem Zusammenhang ist ein brancheneinheitlicher Standardtarif vorgeschrieben, dessen Vertragsleistungen den Leistungen der GKV jeweils vergleichbar sind. Dieser Tarif wurde zwischenzeitlich vom Basistarif abgelöst. Der Standardtarif stand allen Versicherten offen, die älter als 55 Jahre und mindestens zehn Jahre bei dem PKV-Unternehmen vollversichert waren. Der Standardtarif ist allerdings seit 01. 01. 2009 für Neukunden der PKV geschlossen. Nur Personen, die sich bis 31. 12. 2008 im Normaltarif der PKV versichert haben, können noch in den Standardtarif wechseln.

Für den Standardtarif gibt es eigene Versicherungsbedingungen. Der Standardtarif sieht z.B. vor, dass für ärztli-

che oder zahnärztliche Leistungen als Erstattungsgrundlage nur das 1,7-fache der Gebührenordnung zugrunde gelegt wurde. Mit dem Standardtarif ist auch eine Festschreibung des Beitrags verbunden. Dieser darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV nicht übersteigen. Wenn beide Ehegatten versichert sind, wird der Beitrag auf 150 % des Höchstbeitrags der GKV begrenzt. Dabei gelten jedoch Einkommensgrenzen.

Dieser Tarif hat nur geringe Abschlusszahlen. Am 31. 12. 2022 waren ca. 53.000 Personen im Standardtarif versichert.

Personen ohne Versicherungsschutz wurde vorübergehend die Möglichkeit (vom 01. 07. 2007 bis 31. 12. 2008) zum Abschluss des Standardtarifs gegeben. Voraussetzung dafür war u.a., dass diese Personen weder in der GKV noch in der PKV versichert waren. Die Regelungen des Standardtarifs für die Leistungen gelten entsprechend.

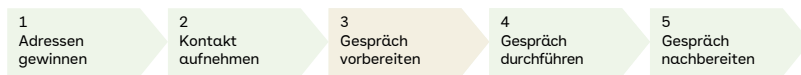
§ 315 Abs. 1 Satz 1 SGB V

Basistarif

Seit 01. 01. 2009 müssen die privaten Krankenversicherungsunternehmen einen Basistarif anbieten. Der Basistarif ist das Nachfolgemodell des Standardtarifs. Für diesen Tarif besteht Kontrahierungszwang, Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse sind nicht möglich.

§ 152 VAG

Der Basistarif muss in seinem Leistungsumfang dem Leistungskatalog der GKV vergleichbar sein und darf den GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten. Am 31. 12. 2022 waren ca. 34.100 Personen im Basistarif versichert.



Merke

Der Standardtarif hat einen verminderten Leistungsumfang. Er wurde von den Versicherungsnehmern kaum angenommen, sodass er im Wettbewerb keine besondere Bedeutung hatte. Der Basistarif kann dagegen Auswirkungen auf den Wettbewerb haben. Die aktuellen Abschlusszahlen zum Basistarif deuten allerdings darauf hin, dass auch dieser Tarif von den PKV-Kunden nicht im großen Maße gewählt wird.

Merke

Will der Versicherungsnehmer im Fall der Arbeitsunfähigkeit einen Einkommensersatz sicherstellen, muss er mit dem Versicherungsunternehmen das Krankentagegeld zusätzlich vertraglich vereinbaren – natürlich gegen einen zusätzlichen Beitrag.

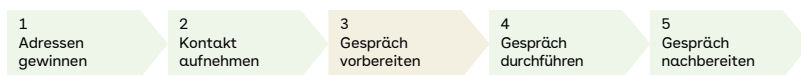
Tarifleistungen der Krankentagegeldversicherung

Die Krankheitskostenversicherung sieht in keinem Fall Entgeltersatzleistungen für den Fall der Arbeitsunfähigkeit des Versicherungsnehmers vor. Werden solche gewünscht, muss zusätzlich ein Vertrag im Rahmen der Krankentagegeldversicherung abgeschlossen werden. Als Leistungsbeginn für das Krankentagegeld kann zum Beispiel vereinbart werden, dass dieses am 15., 22., 43. oder an einem anderen Tag der Arbeitsunfähigkeit beginnt. Diese vertraglich zu vereinbarende Karenzzeit hängt im Einzelfall davon ab, in welchem Umfang ein Einkommens- bzw. Verdienstausschlag bei dem Versicherungsnehmer eintritt. Einzelheiten sind im Teil II der AVB geregelt. Am 31. 12. 2022 hatten 3.692.600 Versicherte (PKV/GKV) eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen.

§ 1 Abs. 1
MB/KT 2009

Bei Arbeitnehmenden wird als Beginn der Krankentagegeldzahlung meist der 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit vereinbart. Die Tarifbedingungen schließen vielfach für diesen Personenkreis einen früheren Beginn für die Zahlung des Krankentagegeldes generell aus. Im Zusammenhang mit dem Beginn des Krankentagegeldes ist es für Arbeitnehmer besonders wichtig, inwieweit bei eventuellen Vorerkrankungen bereits zurückgelegte Arbeitsunfähigkeitszeiten, die der Arbeitgeber auf die Dauer der Entgeltfortzahlung anrechnet, auch auf die Karenzzeit für das Krankentagegeld angerechnet werden.

Grundsätzlich besteht Anspruch auf Krankentagegeld erst von dem Tag an, der vertraglich vereinbart ist. Die Tarifbedingungen können jedoch abweichende Regelungen vorsehen. So ist es z.B. möglich, dass die innerhalb der letzten 52 Wochen nachgewiesenen Karenztage der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolgen auf die bis zum tariflichen Leistungsbeginn zurückzulegenden Karenztage angerechnet werden, wenn innerhalb von 26 Wochen nach dem Ende eines Versicherungsfalls wegen derselben Krankheit oder Unfallfolgen erneut ein Versicherungsfall eintritt.



Sofern die Tarifbedingungen eine solche Regelung vorsehen, können in einem bestimmten Umfang Vorerkrankungen auf den Beginn des Krankentagegeldes angerechnet werden. Sieht dagegen der Tarif eine solche Regelung nicht vor, muss man davon ausgehen, dass der Versicherungsnehmer Krankentagegeld erst von dem tariflich vereinbarten Leistungsbeginn an, z.B. dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit, erhält. Das ist für den beschäftigten Versicherungsnehmer von besonderer Bedeutung, wenn ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung nicht besteht, z.B. wegen Anrechnung von Vorerkrankungen, wegen selbst verschuldeter Arbeitsunfähigkeit oder wegen Kündigung während des Anspruchs auf Entgeltfortzahlung. In diesen Fällen entsteht ein Einkommensverlust zwischen dem Ende der Entgeltfortzahlung und dem Beginn des Krankentagegeldes. Die Höhe des Krankentagegeldes ist in den Tarifen geregelt und vielfach gestaffelt.

Merke

Im Vergleich mit dem Krankengeld der AOK kann sich beim Krankentagegeld ein späterer Zahlungsbeginn – insbesondere bei Vorerkrankungen – ergeben.

§ 4 Abs. 3 MB/ KT 2009

Da das Krankentagegeld den Verdienstausschlag ersetzen soll, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

Leistungseinschränkungen bestehen – über die bereits bei der Krankheitskostenversicherung genannten Fälle hinaus – auch bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind. Ausgeschlossen ist die Leistungspflicht ferner bei Arbeitsunfähigkeit, die ausschließlich durch Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt oder Entbindung bedingt ist. In den Tarifbedingungen kann auch für diesen Fall Abweichen des geregelt werden.

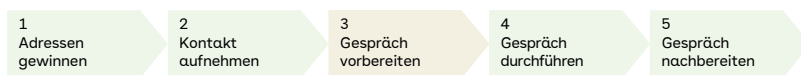
Die Leistungspflicht für das Krankentagegeld endet, wenn nach medizinischem Befund Arbeitsunfähigkeit nicht mehr besteht. Nach den AVB ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, sich bei Beanspruchung von Krankentagegeld auf Verlangen des Versicherers von einem durch diesen beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

Die Werbebroschüren der PKV sprechen oft davon, dass Krankentagegeld zeitlich unbegrenzt gezahlt wird. Das gilt jedoch nicht uneingeschränkt. Der Versicherungsschutz endet u.a. mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Bei Berufsunfähigkeit endet das Versicherungsverhältnis und somit auch das Krankentagegeld.

Das Versicherungsverhältnis endet ferner mit dem Bezug von Altersrente, spätestens jedoch mit Ende des Monats, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird.

§ 5 MB/KT 2009

§ 9 Abs. 3 MB/ KT 2009



Merke

Die Zahlungsdauer des Krankentagegeldes ist von der Arbeitsunfähigkeit abhängig. Die Leistung endet jedoch, wenn von einem Gutachter des Versicherungsunternehmens Berufsunfähigkeit festgestellt wird.

Zusatz- bzw. GKV-Ergänzungstarife

Neben den Krankheitskostenvollversicherungen bzw. der Krankentagegeldversicherung bieten die privaten Krankenversicherer auch eine Reihe von Zusatz- bzw. Ergänzungsversicherungen an. Diese beziehen sich insbesondere auf Personen, die ihren Grundschutz, d.h., eine Versicherung gegen Krankheit, in der GKV haben. Durch die private Zusatzversicherung sollen die von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommenen Kosten finanziert werden.

Übliche Zusatz- bzw. Ergänzungsversicherungen sind:

- Versicherung für Krankenhauswahlleistungen, z.B. Zwei-Bett-Zimmer, Chefarztbehandlung
- Krankenhaustagegeld als zusätzlicher Ausgleich von Mehrkosten oder Einkommensausfall bei Krankenhausaufenthalt
- ambulante Zusatzversicherungen, z.B. für Hilfsmittel, Zahnersatzrestkosten
- Pflegezusatzversicherung für die durch die Pflegepflichtversicherung nicht gedeckten Kosten

Die PKV führt auch sogenannte „Versicherungen gegen Einmalbeitrag“ durch. Hierbei handelt es sich überwiegend um kurzfristige Versicherungen, z.B. die Auslandsreisekrankenversicherung.

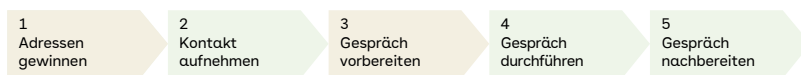
Voraussetzung für die Zusatztarife ist vielfach, dass der Privatversicherte gleichzeitig in der GKV versichert ist und Anspruch auf ärztliche oder zahnärztliche Behandlung gegen Vorlage seiner Krankenversichertenkarte hat. Erstattungsfähig sind in der Regel die Kosten, die verbleiben, nachdem die gesetzliche Krankenkasse ihre Leistungen zur Verfügung gestellt hat. Besteht keine Leistungspflicht der GKV, entfällt zum Teil auch die Erstattung der Kosten aus dem Ergänzungstarif; eine Ausnahme bilden lediglich die Leistungen bei Auslandsreisen.

Besondere Tarife werden auch für die studentische Krankenversicherung angeboten. Vielfach sind die Beiträge jedoch höher als bei der AOK und außerdem sind die Leistungen geringer. Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Studierende und Personen im Praktikum beraten“.

Regelungen in der privaten Pflegeversicherung

Seit 01. 01. 1995 sind alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung auch in der sozialen Pflegeversicherung versichert. Wer gegen Krankheit privat versichert ist, muss – freiwillig gesetzlich Krankenversicherte können – eine private Pflegepflichtversicherung abschließen. Zum Schutz der privat Pflegeversicherten werden den PKV-Unternehmen Rahmenbedingungen vorgeschrieben.

§ 23 SGB XI



§ 110 Abs. 3 SGB XI

Für alle Versicherungsverträge, die nach dem 01. 01. 1995 abgeschlossen werden, gelten u.a. folgende Bedingungen:

- Es besteht für das private Versicherungsunternehmen ein Abschlusszwang (Kontrahierungszwang).
- Vorerkrankungen der Versicherten dürfen vom Leistungsumfang nicht ausgeschlossen werden. Dies gilt auch für pflegebedürftige Personen.
- Prämien dürfen nicht nach Geschlecht gestaffelt werden (dies gilt zwischenzeitlich für alle Versicherungsangebote).
- Es dürfen keine längeren Wartezeiten als in der gesetzlichen sozialen Pflegeversicherung bestehen.
- Kinder sind unter den Voraussetzungen des § 25 SGB XI beitragsfrei mitzuversichern.

§ 111 SGB XI

Damit die einzelnen Versicherungsunternehmen wegen der Einhaltung dieser Rahmenbedingungen finanziell nicht überfordert werden (insbesondere dann, wenn es aufgrund des Abschlusszwangs zu einer Häufung „schlechter Risiken“ bei einem einzelnen Versicherungsunternehmen kommt), sieht der Gesetzgeber einen Ausgleich zwischen allen Unternehmen vor, die die private Pflegepflichtversicherung anbieten.

§ 110 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 3 i.V.m. § 23 Abs. 1, 3, 4 SGB XI

Die Vertragsleistungen der privaten Pflegepflichtversicherung müssen nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sein.

Wie in den anderen Bereichen der PKV sind auch für die Pflegepflichtversicherung die konkreten Leistungen in den Versicherungsbedingungen (AVB/PPV 2024) einschließlich der Tarifbestimmungen geregelt. In der Pflegepflichtversicherung waren

zum 31. 12. 2022 insgesamt 9.187.700 Personen versichert.

Ergänzende Pflegeversicherung

Für die Pflegezusatzversicherung regeln ebenfalls die Versicherungsbedingungen (MB/EPV 2017) die Einzelheiten. Die ergänzende Pflegekrankenversicherung hatte zum 31. 12. 2022 3.261.200 Versicherte.

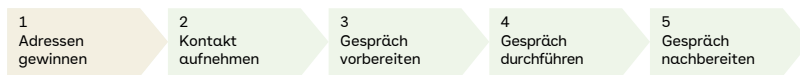
Staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Auch für die ergänzende private Pflege-Zusatzversicherungen (Pflege-Bahr) gibt es gesonderte Versicherungsbedingungen – die MB/GEPV 2022. Das Interesse an dieser vergleichsweise neuen Versicherung scheint vergleichsweise hoch. Allein bis Ende 2022 sind 909.700 Abschlüsse getätigt worden.

8.2 Preispolitik

Hat ein Unternehmen im Rahmen der Produktpolitik geklärt, welche Produkte es für die einzelnen Zielgruppen anbieten möchte, sind die dafür am Markt zu erzielenden Preise zu ermitteln. Wir wenden uns daher nun der Preis- oder – für den Krankenversicherungsmarkt zutreffender – der Beitragspolitik zu. Während die Preispolitik in privaten Unternehmen regelmäßig in einem erheblichen Maße auch die Konditionen bzgl. Krediten, Rabatten, allgemeinen Liefer- und Zahlungsbedingungen betrifft, sind diese wegen der gesetzlichen Vorgaben auf dem Krankenversicherungsmarkt in beschränkterem Umfang ausprägbar. Dies gilt insbesondere für die Anbieter der GKV und damit auch für den Preis der von der AOK angebotenen Produkte und Dienstleistungen.

1 Adressen gewinnen



In jedem Fall hängen aber Preispolitik und Produktpolitik von einander ab und werden von der generellen Zielsetzung des Unternehmens geprägt. Hat sich das Unternehmen z.B. zum Ziel gesetzt, eine Käuferschicht mit gehobenem Einkommen anzusprechen, hat dies unmittelbare Auswirkungen auf das von ihm gepflegte Qualitäts- und Preisniveau.

Ziel der Preispolitik muss es sein, einen preispolitischen Autonomiebereich zu finden, der

- den eigenen betrieblichen Zielen entspricht,
- sich gegenüber dem Wettbewerb behauptet,
- von den Kunden akzeptiert wird und
- den gesetzlichen Vorschriften entspricht.

Lange Zeit wurde in der Marketingtheorie dem Preis als Mittel der Marktbeeinflussung die größte Aufmerksamkeit unter den marketingpolitischen Instrumenten geschenkt. Heute wird die Preispolitik als eines von mehreren Instrumenten gesehen, das nicht individuell zu optimieren, sondern möglichst wirkungsvoll mit anderen Instrumenten zu koordinieren ist.

Die Preispolitik beinhaltet folgende Dimensionen:

- quantitative Dimension:
Festlegung des geforderten Entgelts unter Beachtung folgender Prinzipien:
 - kosten-,
 - nachfrage- und
 - wettbewerbsorientierte Preisbildung
- zeitliche Dimension: Festlegung des Zeitpunkts der Geldübergabe (z.B. Fälligkeitstag des Krankenversicherungsbeitrags)

- qualitative Dimension:
Festlegung der Form der Zahlungsmittel (z.B. Bargeld, EC-Karte, Kreditkarte)

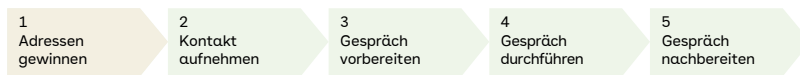
Bei der **kostenorientierten Preisbildung** basiert der Preis auf den dem jeweiligen Produkt zurechenbaren Kosten. Der Preis hat mindestens diese Kosten zu decken.

Bei einer **nachfrageorientierten Preisbildung** richtet sich das Unternehmen in erster Linie an den potenziellen Nachfragern aus (Was ist diese/r bereit zu zahlen?).

Bei der **konkurrenzorientierten Preisbildung** geht das Unternehmen von der Preisforderung des Marktführers oder des Branchendurchschnitts aus. Man richtet seine Preisbildung – weitgehend unabhängig von der eigenen betriebsindividuellen Kostensituation – an den Preisforderungen der Konkurrenten aus. Das Hauptproblem bei dieser Preisgestaltung ist die Unkenntnis der tatsächlichen Kostensituation der Wettbewerber. So kann ein Preis für das eine Unternehmen schon gewinnbringend sein, während der gleiche Preis für ein anderes Unternehmen aufgrund dessen höherer Selbstkosten zu Verlusten führt.

Im Grundsatz gilt, dass ein sinkender Preis zu erhöhten Absatzmengen führt (dass das nicht immer der Fall ist, zeigt die Existenz von Luxusartikeln, die auch wegen ihres exklusiv hohen Preises Absatz finden).

Die Beitragspolitik der AOK orientiert sich, insbesondere wegen des großen Einflusses, den Beitragssätze auf das Wechselverhalten von Mitgliedern haben, soweit dies die gesetzlichen Rahmenbedingungen zulassen, an einer konkurrenzorientierten Sicht. Die



Strategie der Kostensenkung wird bei der AOK z.B. durch wirtschaftliches Ausgabenverhalten (z.B. Abnahme von Büromaterialien vom günstigsten Anbieter) und durch die Ausnutzung von Einsparpotenzialen (z.B. bei den Krankenhausbudgetverhandlungen) verfolgt.

Im Rahmen der Preispolitik kann man grundlegende strategische Ansätze identifizieren. Beispielhaft seien zwei Ansätze genannt:

Preisdifferenzierungsstrategie

Die Preisdifferenzierungsstrategie kann z.B. durch eine Differenzierung der Preise in Abhängigkeit von Kundengruppen betrieben werden. Beispielhaft können hier Vergünstigungen für Schüler, Studierende oder Senioren genannt werden.

Preisbündelung und Preisbaukästen

Die Preisbündelung oder die Anlage von Preisbaukästen ist, wie die Preisdifferenzierung, eine Strategie zur Preisoptimierung. Die niedrigeren Preise können gegenüber dem Kunden mit z.B. niedrigeren Kosten für die Werbung und den Verkaufsvorgang argumentiert werden. Wer beispielsweise zeitgleich eine Brille und eine Sonnenbrille erwirbt, kann vielfach beide Brillen zusammen preiswerter erwerben als wenn er die Brillen separat erworben hätte. Vielfach wird diese Strategie auch im privaten Versicherungsgeschäft verfolgt.

Die Preispolitik auf dem Krankenversicherungsmarkt unterliegt – ähnlich wie die Produktpolitik – zahlreichen gesetzlichen Vorgaben. Diese werden im Folgenden dargestellt. Wir wenden

uns dabei auch den preispolitischen Rahmenparametern zu, denen die Anbieter der PKV unterliegen.

Die von den Anbietern der GKV und damit auch der AOK zu beachtenden gesetzlichen Vorschriften sind Ihnen aus dem Lernbrief zur Beitragsberechnung bereits detailliert bekannt.

8.2.1 Preispolitik der AOK

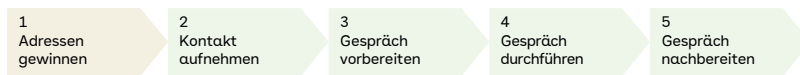
Unter Beitragspolitik der AOK – im weitesten Sinne – sind alle Maßnahmen zu verstehen, die auf einen günstigen und damit konkurrenzfähigen Beitragssatz abzielen. Ein wirtschaftliches Ausgabenverhalten, die Ausnutzung von Einsparpotenzialen (z.B. bei den Vertrags- und Preisverhandlungen mit Sanitätshäusern bei Bestellung/ Abnahme bestimmter Mengen an Sanitätsprodukten) und eine mittelfristige Finanzplanung gehören ebenso dazu wie eine langfristige Verbesserung der Risikostruktur.

Die Beitragspolitik der AOK beschränkt sich also nicht auf die Festlegung der Zusatzbeitragssätze und die Erhebung der Beiträge, sondern sie ist ein Teil des AOK-Marketing. Sie steht nicht für sich allein, sondern ist eng mit den übrigen Marketinginstrumenten verzahnt.

Im Abschnitt „Produktpolitik“ haben Sie einige (Zusatz-)Angebote der AOK kennengelernt.

In der Summe haben alle Angebote Auswirkungen auf den Preis, den das Mitglied für seine AOK-Mitgliedschaft zu zahlen hat.

Ob es sich dabei um eine Leistung der AOK handelt, die dem Marketinginstrument Produktpolitik zuzuordnen ist oder sie als Element der Beitrags-



politik anzusehen ist, soll hier nicht diskutiert werden. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang, wie wichtig dieses Angebot der AOK ist. Für den Erfolg (Kundengewinnung/-bindung) ist der Einsatz aller Marketinginstrumente notwendig.

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass der Preisaspekt für die Beurteilung eines Produkts – hier einer Krankenkasse – bei den größten Teil der Versicherten keineswegs an erster Stelle steht. Je mehr sich aber die Serviceleistungen der Krankenkassen einander angleichen, umso mehr tritt der Preisfaktor in den Vordergrund. Auch deshalb ist es erforderlich, immer weitere Produktvariationen und Zusatzangebote zu entwickeln, um langfristig nicht zu sehr von der Beitragsgestaltung abhängig zu sein.

Ziel der AOK-Beitragspolitik ist es, die guten Leistungen der AOK mit einem konkurrenzfähigen Beitrag zu finanzieren.

Bevor wir auf die Möglichkeiten der Preispolitik und auf die geltenden Regelungen für die Beitragssatzgestaltung der Krankenkassen kommen, sollen einige grds. Anmerkungen zur Preispolitik in der GKV vorangestellt werden. Denn gerade an der Preispolitik wirken eine Vielzahl unternehmens-externer sowie -interner Einflussfaktoren ein. Es ist wichtig, diese zu verstehen, wenn man die Möglichkeiten und Grenzen der Preispolitik der AOK kennenlernen möchte.

Folgende Faktoren beeinflussen den Beitragssatz:

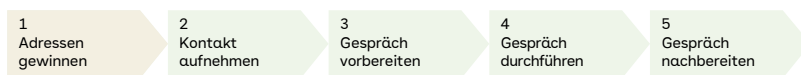
- **gesetzgeberische Maßnahmen**
Der Gesetzgeber übt seit jeher einen grundlegenden Einfluss auf die Beitragssatzgestaltung der Kranken-

kassen aus. Das geschieht bzw. geschah z.B. durch:

- gesetzlich festgelegten allgemeinen Beitragssatz
- Normierung der beitragspflichtigen Einnahmen (z.B. Absenkung der beitragspflichtigen Einnahmen für Arbeitsuchende)
- gesetzlich festgelegte Beiträge (z.B. für Studierende, geringfügig Beschäftigte)
- gesetzlich festgelegte Beitragssatzsenkungen (z.B. Beitragssatzsenkung zum 01. 07. 2009 um 0,6 Beitragssatzpunkte)
- Wegfall der Steuerzuwendungen aus der Tabaksteuer
- Risikostrukturausgleich (RSA und Morbi-RSA)
- Selbstbeteiligung der Mitglieder und Versicherten (Eigenanteile, Belastungsgrenze)
- Wahltarife
- Bonusprogramme
- Einführung oder Reform von Gesetzen (z.B. GKV-Modernisierungsgesetz, Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt)

Das zeigt, wie stark die Beitragspolitik der Krankenkassen von außen beeinflusst wird.

Als besonders wichtige gesetzgeberische Maßnahme soll hier auf die Einführung des RSA und seiner Weiterentwicklung zum Morbi-RSA eingegangen werden. Die Funktionsweise dieses Instruments haben Sie bereits im Lernbrief zum Thema „Eingang der Beitragsnachweise sowie Zahlungseingang überwachen, Unstimmigkeiten aufklären“ kennengelernt. Für Sie als Mitarbeitende der AOK ist es wichtig, diese Hintergründe – gerade aus marketingpolitischer Sicht – zu kennen, um auf der Basis von Fakten diskutieren zu können. Relativ häufig liest und hört man den Vorwurf, der



RSA würde den Wettbewerb zugunsten der AOK verzerren. Das ist nicht richtig. Der RSA ermöglicht erst einen funktionierenden Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Die AOK ist u.a. durch die unterschiedliche Verteilung der sogenannten Härtefälle gegenüber den Ersatzkassen erheblich stärker belastet. Ohne einen entsprechenden Finanzausgleich wäre der Wettbewerb insofern erheblich zugunsten der Ersatzkassen verzerrt.

- **Risikostuktur**

Die AOK versucht, durch gezielte Marketingaktivitäten ihre Risikostruktur zu verbessern, indem sie gezielt junge Familien, Berufsstartende und Studierende anspricht. Denn Risikostruktur und Beitragssatz stehen in einer engen Wechselwirkung.

- **Ausgabenentwicklung**

Die Entwicklung der Ausgaben wird von der AOK äußerst sorgfältig beobachtet, da ein Ausgabenanstieg, der stärker ausfällt als die Entwicklung der Einnahmen, zu einer finanziellen Unterdeckung führt. Diese wiederum erzeugt Druck auf den Beitragssatz. Andererseits sollte die AOK aus Wettbewerbsgründen auch in der Lage sein, Einnahmeüberschüsse in Form von günstigen Beiträgen an ihre Mitglieder weiterzugeben. Die AOK setzt verstärkt auf eine stabile und konkurrenzfähige Beitragsgestaltung, die eine mittel- und langfristige Finanzplanung zur Voraussetzung hat. Dabei gilt das Hauptaugenmerk der Konkurrenzfähigkeit, da die Dauer der Beitragsplanung durch Gesetzesnovellen und wirtschaftliche Rahmenbedingungen nicht mehr langfristig bestimmbar ist. Das gibt den AOK-Mitgliedern Planungssicherheit.

- **Entwicklung der Löhne und Gehälter**

Die Beiträge der Arbeitnehmenden stellen den Haupteinnahmeposten des Morbi-RSA dar. Durch Tarifabschlüsse und die Ausweitung des versicherten Personenkreises werden über den Morbi-RSA also auch die Einnahmen der AOK maßgeblich bestimmt.

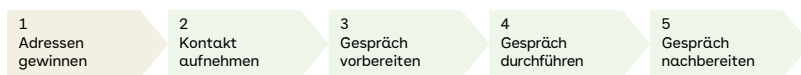
- **Beitragssätze der Mitbewerber**

Bei der Einführung von Zusatzbeitragssätzen sollten die Mitbewerber besonders intensiv beobachtet werden. Wichtig ist auch hier zu sehen, mit welchen Beitragsgestaltungen die Mitbewerber für die AOK interessante Zielgruppen an sich zu binden versuchen. Die AOK muss dann sofort darauf reagieren bzw. bereits im Vorfeld hier aktiv werden.

8.2.1.1 Mittelfristige Finanzplanung (Beitragsstrategie)

Will die AOK auf längere Sicht ohne Zusatzbeiträge auskommen, ist eine vorausschauende Betrachtung der Ausgaben- und Einnahmeentwicklung in Form einer mittelfristigen Finanzplanung unerlässlich. Der AOK-Bundesverband unterstützt die AOKs hierbei durch Consulting, Betriebsvergleiche, statistische Informationen und Daten der Konkurrenzbeobachtung. Auch dienen interne Finanzausgleiche der längerfristigen Beitragsgestaltung der AOKs.

Darüber hinaus ist es sinnvoll, auf Bundesverbandsebene eine gemeinsame Beitragsstrategie zu entwickeln. Eine solche Beitragsstrategie kann kurzfristig oder längerfristig angelegt sein. Eine kurzfristige Strategie ist mit einer „Politik des knappen Geldes“ verbunden. In diesem Fall werden die Betriebsmittel und Rücklagen auf ein Minimum reduziert, damit die AOK



etwaige Beitragsüberschüsse nicht als Betriebsmittel oder Rücklagen sammeln muss, sondern kurzfristig an die Beitragszahler in Form günstiger Beiträge zurückgeben kann. Gleiches gilt natürlich auch für den umgekehrten Fall, dass die Ausgaben stärker steigen als die Einnahmen; in diesem Fall ist eine Beitragssatzsteigerung wegen der geringen Betriebsmittel und Rücklagen fast immer unumgänglich. Diese Strategie bezeichnet man auch als „Beitragspolitik der kleinen Schritte“.

Im Gegensatz dazu werden bei einer längerfristig angelegten Beitragspolitik das Betriebsmittel und das Rücklagensoll bis zu den gesetzlich vorgeschriebenen Höchstgrenzen aufgefüllt, damit Einnahme- oder Ausgabeschwankungen durch die Betriebsmittel oder Rücklagen ausgeglichen werden können. Eine solche Beitragspolitik führt einerseits dazu, dass wegen der höheren Betriebsmittel und Rücklagen Überschüsse nicht so umgehend an die Privatkunden weitergegeben werden können wie bei einer kurzfristigen Beitragsstrategie, andererseits aber der Gesamtbeitrag über eine längere Zeit konstant gehalten werden kann.

Die Vor- oder Nachteile der aufgezeigten Möglichkeiten sollen hier nicht näher erörtert werden. Wichtig erscheint nur, dass – gleich welcher Strategie der Vorzug gegeben wird – eine einheitliche Beitragspolitik der AOKs auf Bundesebene anzustreben ist.

8.2.1.2 Rücklagenmanagement

Wie bereits erwähnt, kommt im Hinblick auf die Beitragsstrategie der AOK dem Umfang der Rücklagenbildung eine große Bedeutung zu. In diesem Zusammenhang hat der Gesetzgeber den Krankenkassen einen Ermessensspielraum gelassen.

Sie können in ihrer Satzung das Rücklagensoll von mindestens 20 % einer Monatsausgabe festlegen. Erkundigen Sie sich in Ihrer AOK, welche Satzungsregelungen zur Rücklage und deren Höhe getroffen wurden.

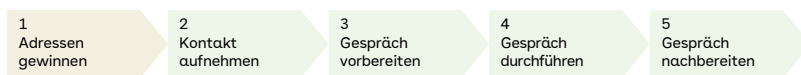
§ 261 SGB V

Wählt die AOK ein geringes Rücklagensoll, kann sie bei entsprechenden Einnahmeüberschüssen kurzfristig Beitragsreduktionen festsetzen und damit natürlich ihre Wettbewerbsfähigkeit verbessern. Bei der Festlegung eines höheren Rücklagensolls ist sie demgegenüber hinsichtlich einer Beitragsreduktion weniger flexibel. Andererseits muss sie auch nicht so schnell ihre Beiträge erhöhen, wenn die Ausgaben die Einnahmen übersteigen. Zusätzlich birgt eine hohe Rücklage das Risiko, dass die Politik die Rücklagen zur Finanzierung anderweitiger Gesundheitsausgaben einsetzt. Dies ist z.B. mit dem "Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG)" geschehen, mit dem u.a. durch die Corona-Pandemie verursachte Mindereinnahmen bzw. Mehrausgaben durch den Einzug von Rücklagen der GKV gedeckt wurden.

8.2.1.3 Zielgruppenspezifische Angebote

Unter einer kundenorientierten Beitragspolitik sind die Bemühungen der AOK zu verstehen, die zu differenzierten Beitragsangeboten nach Zielgruppen führen. Eine solche Differenzierung ist allerdings nur sinnvoll und möglich, soweit die gesetzlichen Regelungen dies gestatten und sie im Hinblick auf die Beitragsangebote der Mitbewerber notwendig erscheint.

Zu nennen ist hier z.B. das Bonusmodell für die Versicherten. Hierbei können die Versicherten z.B. durch einen bewussten Konsum an Arztbesuchen und durch die Teilnahme an gesund-



heitsförderlichen Maßnahmen die Beiträge durch eine Erstattungsregelung zum Teil zurückbekommen.

Im Übrigen hat die Krankenkasse z.B. bei Studierenden die Möglichkeit, kundenorientierte Zahlungsbedingungen einzuräumen. Statt von den Studierenden den Semesterbeitrag im Voraus zu verlangen, kann die AOK in ihrer Satzung andere Zahlungsmodalitäten (beispielsweise eine monatliche Zahlungsweise) vorsehen und so den individuellen Bedürfnissen der Kunden Rechnung tragen; im Unterschied zur PKV für Studierende, dort gilt der Beitrag als Jahresbeitrag.

§ 53 Abs. 1
SGB V

Weit größere Möglichkeiten zu zielgruppenspezifischen Angeboten ergeben sich im Vergleich zur Beitragsgestaltung bei der Leistungs- und Beratungsgestaltung. Allerdings hat sich mit der Einführung der Selbstbehaltwahltarife der preispolitische bzw. beitragspolitische Spielraum der Krankenkassen enorm erweitert. Nun kann die AOK auch jenseits von Gesundheitsbonusangeboten Prämien an ihre Kunden ausschütten und somit im Wettbewerb – auch mit der PKV – auf Preisvorteile bauen. Damit wird die GKV noch interessanter für Menschen, die vor der Wahlentscheidung stehen.

8.2.1.4 Ausgabenmanagement

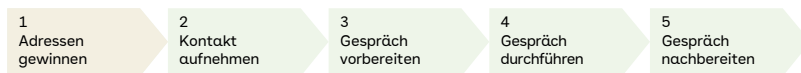
Ein Großteil der Ausgaben ist zwar dem Einflussbereich der AOK entzogen, dennoch bestehen durch ein geschicktes Ausgabenmanagement verschiedene Möglichkeiten, die Ausgaben zu begrenzen und auf diese Weise positive Grunddaten für die Gestaltung des Beitragsatzes zu schaffen. Eine dieser Möglichkeiten liegt darin, in Verhandlungen mit den Anbietern von Gesundheitsleistungen hochwertige Produkte zu möglichst günstigen Preisen „einzukaufen“.

Dabei muss bedacht werden, dass damit verbundene Interessenkonflikte nicht zu einer Image-Beeinträchtigung der AOK bei den Leistungsanbietern und zu Marktanteilsverlusten führen dürfen. Hier gilt: Hohe Marktanteile sind wichtig für eine starke Verhandlungsposition.

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, durch eine effiziente Organisation und ein ausgeprägtes Kostenbewusstsein der Mitarbeitenden die Verwaltungskosten auf ein notwendiges Maß zu beschränken. So sollten, um nur ein Beispiel zu nennen, ausgiebige Briefwechsel nur in seltenen Ausnahmefällen erfolgen. Der direkte Kundenkontakt durch ein klärendes Telefon- oder persönliches Gespräch ist nicht nur meist billiger, sondern führt auch oft zu den besseren Ergebnissen. Bei schriftlichen Anfragen sind weitere Rückfragen häufig unvermeidlich.

Wie können die Mitarbeitenden an einer erfolgreichen „Beitragspolitik“ ihrer AOK mitwirken?

Die Beitragsentwicklung der AOK ist, wie beschrieben, von einer Reihe Faktoren abhängig. Soweit die AOK Einfluss auf die Beitragsentwicklung nehmen kann, sind alle Mitarbeitenden aufgefordert, durch ihr engagiertes Verhalten günstige Rahmenbedingungen für die AOK zu schaffen. Eine freundliche und zuvorkommende Beratung der Privat- und Firmenkunden sowie der Gesundheitspartner sollte selbstverständlich sein. Aber alle Mitarbeitenden der AOK sollten auch aktiv einen Beitrag zur Verbesserung der Mitglieder- und Risikostruktur leisten. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es unerlässlich – beginnend im Familien- oder Bekanntenkreis – neue Kundinnen und Kunden für die AOK zu gewinnen.



Diese nebenamtlichen Aktivitäten sind eine sinnvolle und wünschenswerte Ergänzung der Aktivitäten der AOK-Firmenkundenberater und der AOK-Privatkundenberater, da sie auf eine Verbesserung der Risikostruktur abzielen.

Merke

Wenn alle Mitarbeitenden der AOK jeweils nur ein Mitglied pro Jahr gewinnen würden, könnten wir jedes Jahr ca. 60.000 Mitglieder plus deren Familienangehörige bei uns versichern. Das wären rund 77.000 Versicherte pro Jahr!

8.2.1.5 Weitere Möglichkeiten der Beitragspolitik in der AOK

Die folgende beispielhafte Aufzählung soll belegen, dass die „Beitragspolitik“ als Marketinginstrument der AOK nicht allein der Beitragsabteilung, sondern vielmehr allen Mitarbeitenden der AOK obliegt.

- Die Marketingabteilung hat die Aufgabe, der AOK im Bewusstsein der Bevölkerung ein positives Erscheinungsbild zu geben und die Leistungsbündel der AOK kundengerecht mitzugestalten.
- Die Finanzabteilung kann u.a. einen Beitrag durch die möglichst gewinnbringende Anlage der Betriebsmittel und Rücklagen leisten.
- Die Pressestelle ist dafür verantwortlich, Beitragssatzentwicklungen optimal darzustellen.
- Die interne Organisation der AOK muss so gestaltet werden, dass wir genügend persönliche Ansprechpartner für unsere Versicherten im

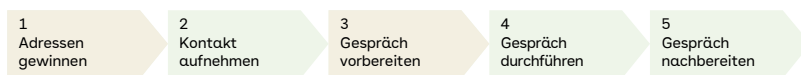
Innen- und Außendienst bereitstellen können. Besonders die Planung und Realisation von effektiven und effizienten Bearbeitungsverfahren steht hier an erster Stelle der zu bewältigenden Aufgaben.

- Der Innenrevision kommt hierbei die mitarbeiterorientierte Aufgabe zu, die Verfahrensabläufe zu analysieren und Vorschläge zu entwickeln, wie eine Verringerung der – ohnehin im AOK-System schon geringen – Verwaltungskosten und damit neue Spielräume für die Beitragssatzkalkulation erreicht werden kann.

Um eine optimale Wirkung des AOK-Marketings zu erreichen, müssen alle Handlungen aufeinander abgestimmt sein. Sie müssen von der Selbstverwaltung, vom Vorstand, ja von allen Mitarbeitenden getragen und auch praktiziert werden.

8.2.1.6 Beitragssatzgestaltung nach dem GKV-FQWG und dem GKV-VEG

Mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-FQWG) hat die Gesetzgebung u.a. eine Neuregelung der Beitragserhebung in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 01. 01. 2015 vorgenommen. Inhalt der Änderung ist, dass jede Kasse ab diesem Zeitpunkt wieder einen individuellen Beitragssatz (als Zusatzbeitrag) erhebt und so der Wettbewerb der Kassen um einen attraktiven Preis wieder eröffnet ist. Damit wurden die Konsequenzen daraus gezogen, dass die zwischenzeitlich geltenden Zusatzbeiträge aufgrund ihrer Ausgestaltung (fixe einkommensunabhängige Beträge und Beitragseinzug direkt beim Kunden)



eine stigmatisierende Wirkung entfaltet haben. Das hat zu einem zum Teil ungewollt hohen Spardruck bei finanzschwachen Kassen und zur Bildung hoher Rückstellungen für „schlechte“ Zeiten bei finanzstarken Kassen geführt.

Mit dem „GKV-Versichertenentlastungsgesetz“ (GKV-VEG) hat die Gesetzgebung u.a. dafür gesorgt, dass die bisher nur von den Mitgliedern zu zahlenden Zusatzbeiträge paritätisch sowohl von den Mitgliedern als auch von den Arbeitgebern zu tragen sind. Diese Regelung ist zum 01. 01. 2019 in Kraft getreten.

Folgende Regelungen gelten seit dem 01. 01. 2020:

- Der allgemeine Beitragssatz wurde bei 14,6 % festgesetzt. Dieser Beitrag wird je zur Hälfte von Arbeitgeber und Mitglied getragen (paritätisch finanziert).
- Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag wird ebenfalls paritätisch von Mitgliedern und Arbeitgebern finanziert.
- Wegen der stark unterschiedlichen Höhe der durchschnittlichen Einkommen der versicherten Mitglieder müssten Krankenkassen mit überdurchschnittlich verdienenden Mitgliedern beim gleichen Finanzierungsbedarf einen geringeren einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erheben als Krankenkassen mit unterdurchschnittlich verdienenden Mitgliedern. Damit dies nicht zu Risikoselektionsanreizen und Wettbewerbsverzerrungen führt, wurde ein unbürokratischer und vollständiger Einkommensausgleich eingeführt.

Es zeigt sich, dass die Krankenkassen ihre Beitragssatzautonomie wieder nutzen und der Preis damit wieder ein echtes Entscheidungskriterium bei der Krankenkassenwahl wird.

Verstärkt wird dieser Trend durch Internetplattformen wie z.B. check24 oder verivox. Sie vergleichen Anbieter auf verschiedenen Märkten (z.B. Strom, Reise-, Handy-, und Versicherungsmärkte). Ihr Versprechen ist es, anhand der Wünsche ihrer Besucher den oder die optimalen Anbieter zu finden und den Anbieterwechsel zu unterstützen. Natürlich spielt dabei neben den Leistungswünschen ihrer Besucher vor allem der Preis der Angebote eine große Rolle. Da der Preis mit der Umsetzung des GKV-FQWG in der GKV auch faktisch wieder eine Rolle spielt, vergleichen die Internetplattformen auch Angebote auf dem Markt der GKV und unterstützen Wechselwillige auch bei der Abwicklung der Formalitäten zum Krankenkassenwechsel. Bislang sind die hierdurch ausgelösten Wechselbewegungen von Kunden der AOK überschaubar – dennoch ist hier ein neuer Kommunikations- und Vertriebsweg in der GKV entstanden, der aufmerksam begleitet werden muss.

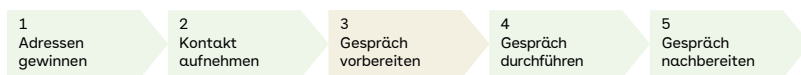
8.2.2 Preispolitik der PKV

Im Gegensatz zur GKV wird der Beitrag in der PKV nicht nach dem Einkommen des Versicherungsnehmers berechnet. Hier spielen seine finanziellen Verhältnisse keine Rolle. Die Beiträge (in der PKV auch Prämie genannt) werden nach dem zu erwartenden Kostenrisiko kalkuliert (Äquivalenzprinzip).

Die für den privaten Krankenversicherten zu tragende Prämie ist in den nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarifen insbesondere abhängig vom

3
Gespräch
vorbereiten

§ 8a
MB/KK 2009,
MB/KT 2009



- vertraglich vereinbarten Tarif (Leistungsumfang),
- Eintrittsalter,
- Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers

bei Versicherungsbeginn.

Bis zum 21. 12. 2012 konnte die PKV auch sog. Bisex-Tarife anbieten, bei denen die Beitragshöhe vom Geschlecht abhing. Seither sind keine Neuabschlüsse von Bisex-Tarifen mehr zulässig.

Neben den nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarifen, gibt es in der PKV auch die nach Art der Schadenversicherung kalkulierten Tarife. Bei diesen Tarifen werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Hier bestimmt sich die Prämienhöhe nicht in Abhängigkeit vom Eintrittsalter, sondern in Abhängigkeit vom jeweiligen Lebensalter. Für die Krankenvollversicherung müssen die Tarife allerdings nach Art der Lebensversicherung kalkuliert sein.

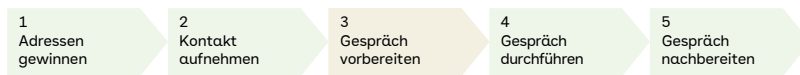
Nach dem Äquivalenzprinzip gleichen sich grundsätzlich Beiträge und Versicherungsleistungen aus.

Die Tarife der privaten Krankenvollversicherung sind nach dem Eintrittsalter gestaffelt. Das Alter bei Abschluss des Versicherungsvertrags ist einerseits Teil der Risikobestimmung und beeinflusst andererseits in aller Regel die Laufzeit des Vertrags. Maßgeblich für die Beitragshöhe ist das Lebensalter bei Abschluss des Vertrags und damit auch die Dauer der Ansparphase für das kostenintensive Alter. Grundsätzlich sind während eines laufenden Vertrags Beitragserhöhungen wegen Veränderung des Lebensalters ausgeschlossen.

Die PKV hat in der Vergangenheit die Beiträge grundsätzlich getrennt für Männer und Frauen kalkuliert. Das hängt insbesondere mit der unterschiedlich hohen Lebenserwartung und dem unterschiedlichen Krankheitsrisiko zusammen.

So zeigen z.B. die Kostenverläufe, dass Frauen infolge häufigerer und aufwendigerer Erkrankungen höhere Leistungen in Anspruch nehmen. Allerdings dürfen seit 2008 die Kosten für Schwangerschaft und Geburten nicht zu unterschiedlichen Beiträgen führen. Diese Kosten sind auf alle Versicherten – sowohl Männer und Frauen – umzulegen. Deshalb sind die Beiträge für junge Männer in 2008 leicht gestiegen.

Da auch diese Regelung immer noch den europäischen Gleichbehandlungsgrundsätzen widersprach, hat der europäische Gerichtshof diese Kalkulationspraxis untersagt und die Versicherungsunternehmen verpflichtet, alle Tarife, die nach dem 21. 12. 2012 neu verkauft werden, geschlechtsneutral zu kalkulieren. Dies hatte zur Folge, dass für die meisten Tarife die Prämien der Männer stiegen, während die der Frauen sanken – allerdings in einem deutlich geringeren Maß als die Prämiensteigerung bei den Männern. Die Ursache lag darin, dass die PKV die durch die neuen Tarife verursachten Wechselbewegungen nicht genau abschätzen konnte. Das führte zu höheren Risikoaufschlägen auf die neuen Tarife. Hinzu kam, dass zeitgleich mit der Umstellung der Kalkulation auf die Unisex-Tarife auch der Rechnungszins der PKV abgesenkt wurde. Die Versicherer hatten also einen niedrigeren Anteil der Verzinsung ihrer Kapitalanlagen an ihre Kundinnen und Kunden weiterzugeben – das wirkte sich ebenfalls auf die Prämie der Tarife aus.



Die Beitragshöhe kann der Versicherungsnehmer durch entsprechende Tarifwahl, z.B. durch Abwahl der Zahnersatzversicherung oder durch Vereinbarung einer Selbstbeteiligung, beeinflussen. In diesen Fällen muss der Versicherungsnehmer jedoch beachten, dass er einen Teil des Risikos selbst übernimmt, was im Erkrankungsfall zu enormen wirtschaftlichen Belastungen führen kann.

Bei der Krankheitskostenvollversicherung kann der Versicherungsnehmer wählen zwischen

- einer vollen Kostenübernahme im gesamten Leistungsangebot oder in Teilbereichen,
- einer quotiellen Selbstbeteiligung, bei der von den Kosten ein bestimmter Prozentsatz als Eigenanteil nicht erstattet wird und
- einer absoluten Selbstbeteiligung, bei der ein jährlicher Eigenanteil als Höchstbetrag im Voraus vereinbart wird und eine Erstattung erst nach Erreichen dieses Betrags beginnt.

Was den privat Versicherten durch die Wahl von hohen Eigenanteilen zunächst als erhebliche Beitragsersparnis erscheint, kann sich als Trugschluss erweisen, wenn die Aufwendungen für die PKV-Prämie und die tatsächlichen Eigenanteile addiert werden. Bei einem Beitragsvergleich zwischen GKV und PKV sind die Selbstbeteiligungen daher unbedingt zu berücksichtigen.

Merke

Die Beiträge (Prämien) in der PKV werden nach dem zu erwartenden Kostenrisiko kalkuliert (Äquivalenzprinzip). Die PKV-Prämie in der Krankenvollversicherung ist insbesondere abhängig vom

- vertraglich vereinbarten Tarif,
- Eintrittsalter und
- Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers bei Versicherungsbeginn.

8.2.2.1 Prämienzusammensetzung in der PKV

Die PKV unterscheidet zwischen der Netto- und Bruttoprämie.

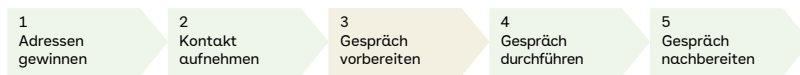
In die Berechnung der Nettoprämie in der Krankenvollversicherung fließen ein:

- Risikobeitrag
- Alterungsrückstellung
- Storno- oder Kündigungswahrscheinlichkeit

Der vom Versicherungsnehmer tatsächlich zu zahlende Beitrag ist die Bruttoprämie. Diese setzt sich wie folgt zusammen:

Risikobeitrag (Kopfschaden)

- + Alterungsrückstellungen in der Krankenvollversicherung
- + Kündigungswahrscheinlichkeit
- + Sterbewahrscheinlichkeit
- = Nettobeitrag
- + Sicherheitszuschlag (z.B. für Kostensteigerungen im Gesundheitswesen)
- + Kosten für den Versicherungsbetrieb



- unmittelbare Abschlusskosten, z.B. Abschlussprovisionen
 - mittelbare Abschlusskosten, z.B. Kosten der Antragsbearbeitung
 - Schadensregulierungskosten, z.B. Kosten bei der Leistungsbearbeitung
 - laufende Verwaltungskosten, z.B. allgemeine Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb
- = Bruttoprämie
- + evtl. Risikozuschlag
- = tatsächlich zu zahlende Prämie

8.2.2.2 Prämienkalkulation in der PKV

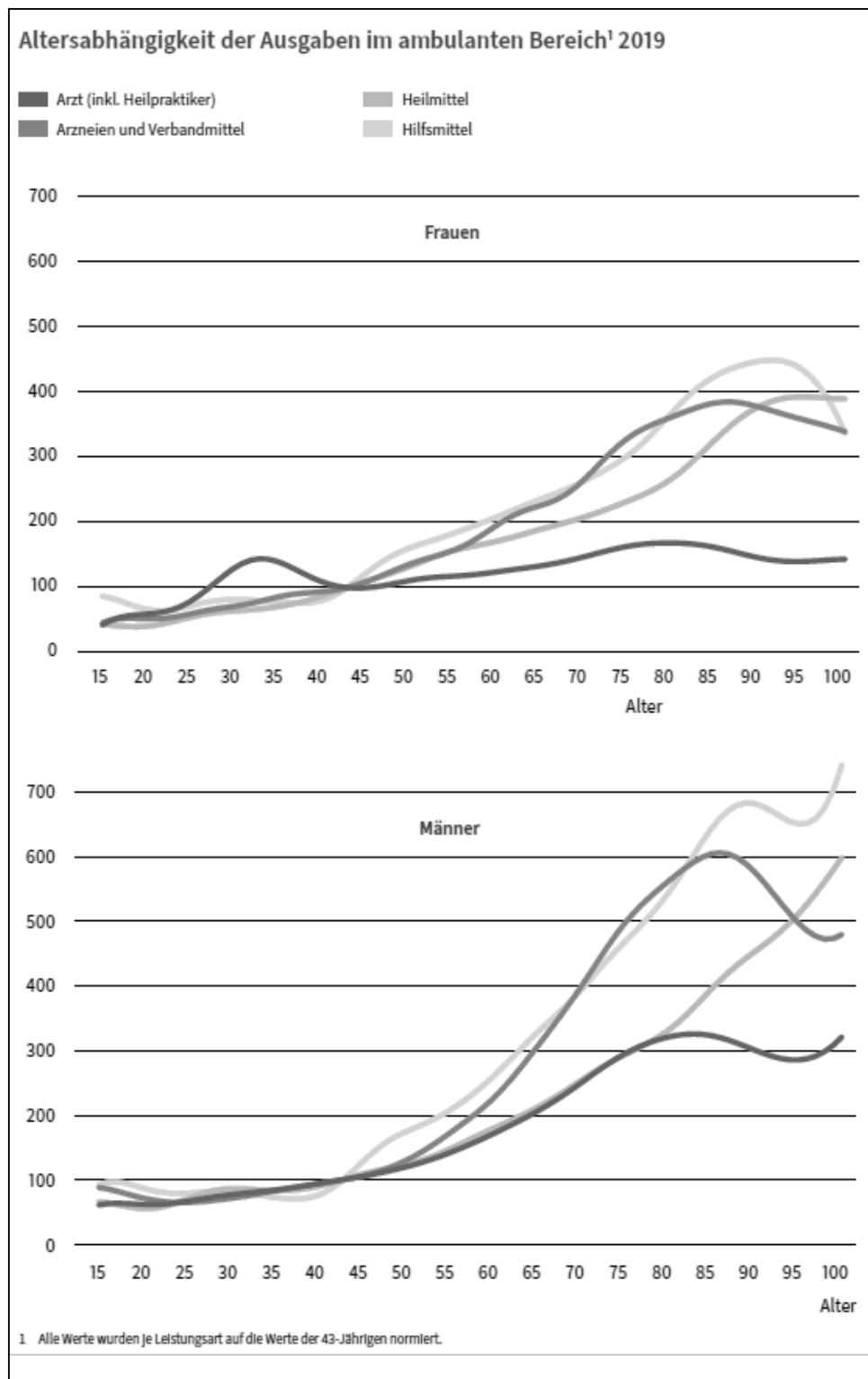
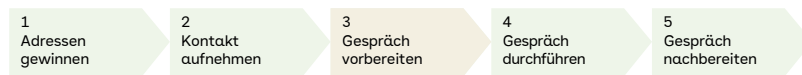
In den Tarifen der Versicherer ist jeweils die Bruttoprämie ausgewiesen. Er ist für alle Versicherungsverhältnisse, in denen das Risiko der versicherten Person dem im Tarif kalkulierten Durchschnittsrisiko entspricht, gleich.

Ausgangspunkt der Prämienkalkulation ist also zunächst der Risikobeitrag. So wird der Beitragsteil bezeichnet, der erforderlich ist, um das vom Versicherer übernommene individuelle Risiko zu decken. Der Risikobeitrag muss dabei so bemessen sein, dass er allen zu erwartenden vertraglich vereinbarten Leistungen entspricht.

Für die Ermittlung des Risikobeitrags muss zunächst festgestellt werden, wie oft und in welchem Umfang das zu versichernde Ereignis wahrscheinlich eintreten wird. Dazu dienen statistische Unterlagen über Ursachen, Umfang und Häufigkeit der Versicherungsfälle. Aus diesen Durchschnittswerten schließt man auf die weitere durchschnittliche Entwicklung und überträgt damit Erfahrungen der Vergangenheit auf die Zukunft.

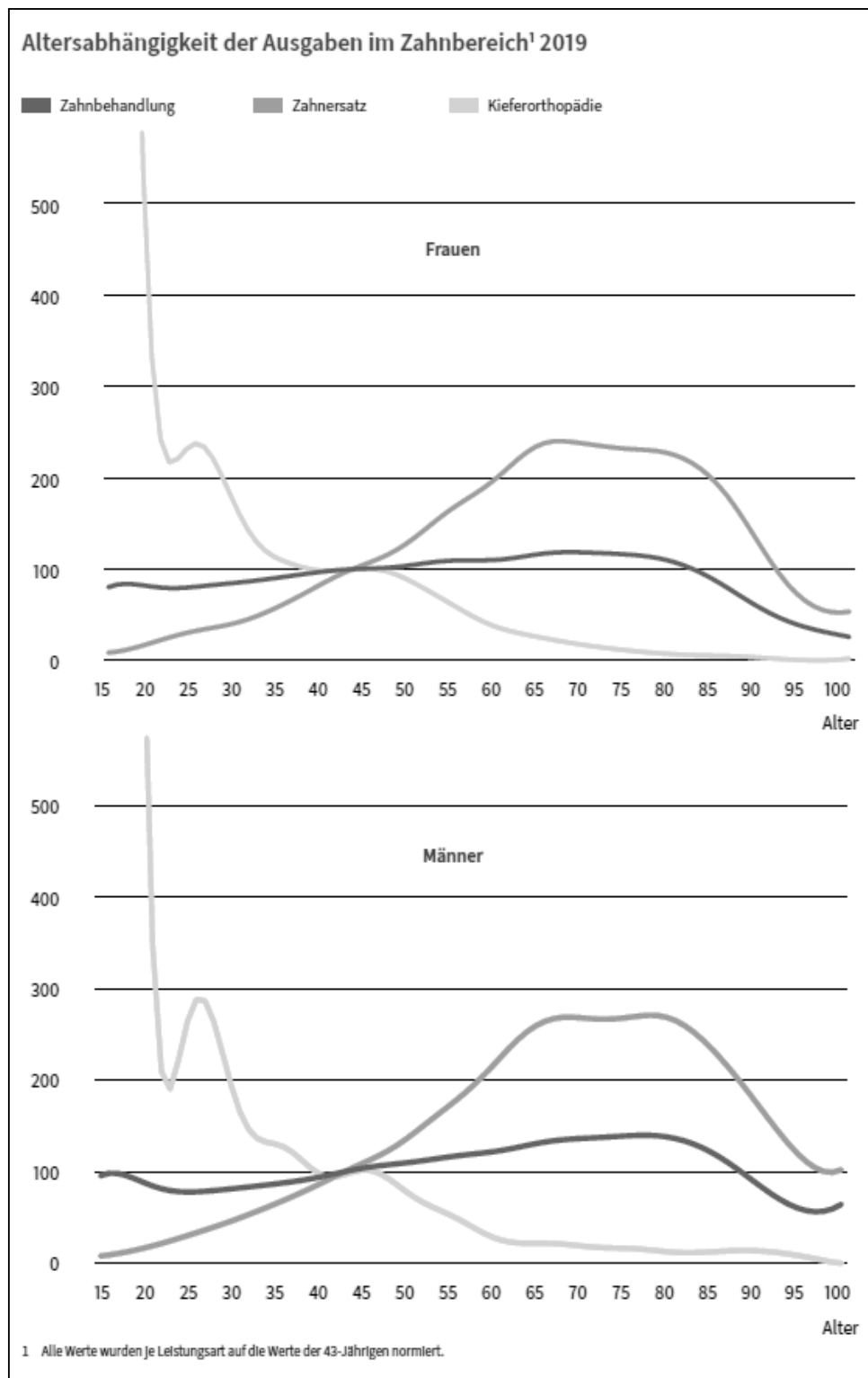
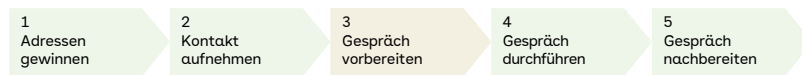
Bei der Prämienkalkulation zu Beginn eines Versicherungsverhältnisses muss auch berücksichtigt werden, dass die Versicherungsleistungen im Laufe der Zeit durch Zunahme der Schadenhäufigkeit und Schadenhöhe – insbesondere altersbedingt – steigen. Wie sich die Kostenentwicklung in einigen wichtigen Ausgabenbereichen darstellte, zeigen Ihnen die umseitigen Grafiken, basierend auf Werten aus 2019, die zur Illustration der Prinzipien der Kostenentwicklung ausreichend aktuell sind.

3.0 · Privatkunden akquirieren und halten, dabei beraten



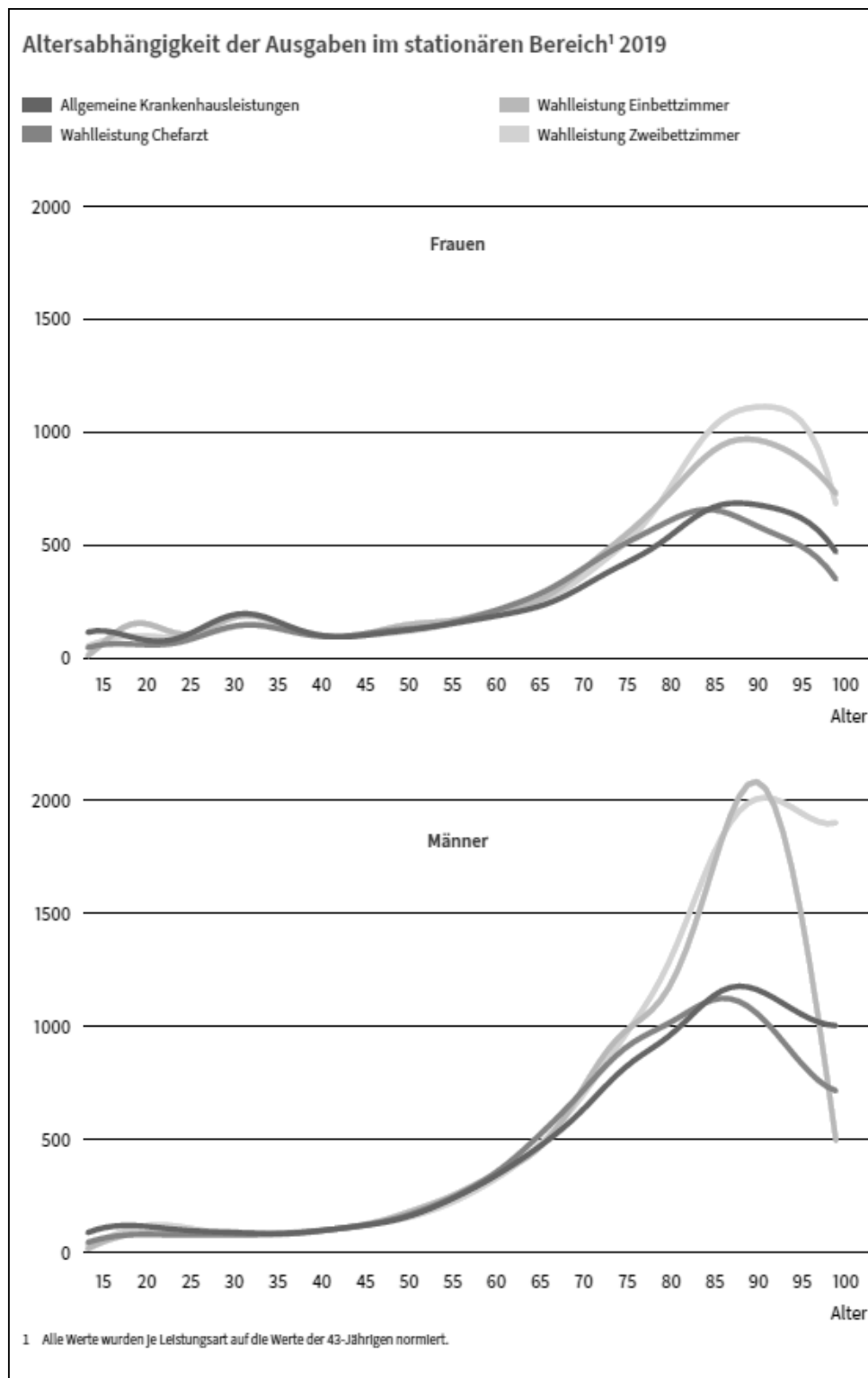
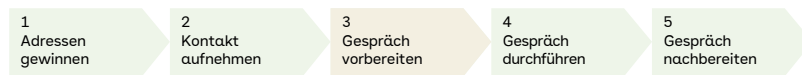
Quelle: Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Zahlenbericht 2019

3.0 · Privatkunden akquirieren und halten, dabei beraten



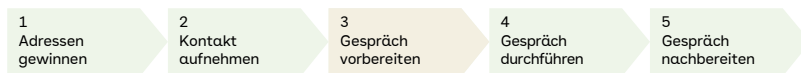
Quelle: Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Zahlenbericht 2019

3.0 · Privatkunden akquirieren und halten, dabei beraten



Quelle: Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Zahlenbericht 2019

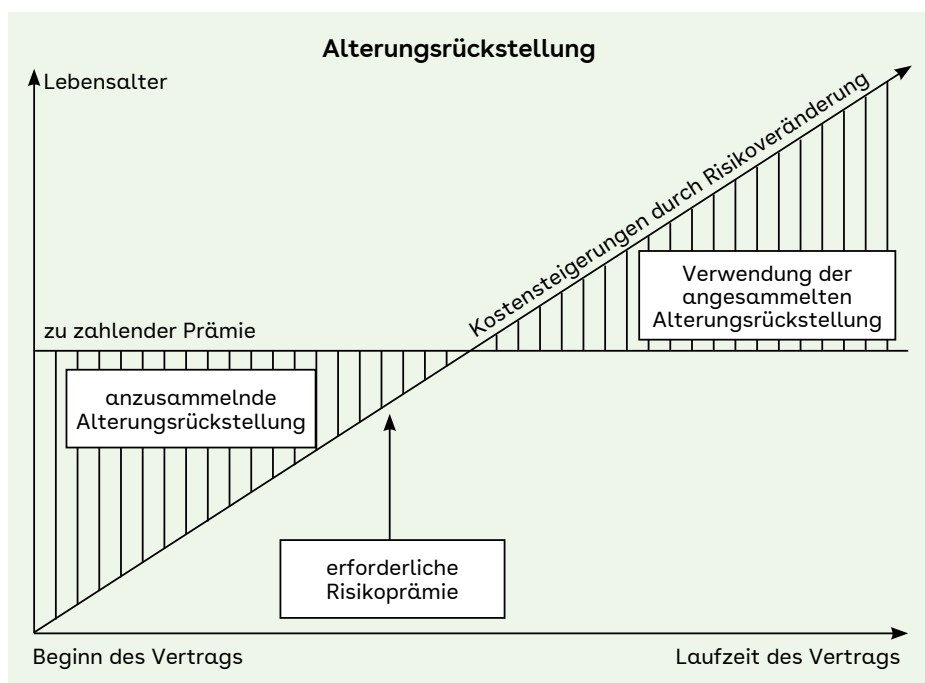
3.0 · Privatkunden akquirieren und halten, dabei beraten



Deshalb werden bei der Berechnung Faktoren wie Lebenserwartung und Zins, Schadenerwartungen und ihre Abhängigkeit von Alter berücksichtigt. Die vom Versicherungsnehmer zu zahlende Prämie soll jedoch während des gesamten Versicherungsverhältnisses grundsätzlich der Höhe nach gleichbleiben. Deshalb wird zusätzlich zum

Risikobeitrag ein sogenannter „Sparbeitrag“, die Alterungsrückstellung, erhoben.

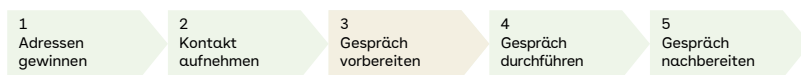
Diese soll das altersbedingt zunehmende Versicherungsrisiko ausgleichen und damit einen Anstieg der Nettoprämie im Alter verhindern, wie das unten abgebildete Schema zeigt.



Der Risikobeitrag in der Nettoprämie entspricht also der Summe der aktuell notwendigen Versicherungsleistungen; der Sparbeitrag hat eine reine Zeitausgleichsfunktion über die gesamte Laufzeit des Versicherungsvertrags. Wegen der zunehmenden Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen infolge altersbedingter Krankheitshäufigkeit der Versicherungsnehmer steigt der Risikobeitrag ebenfalls ständig, während sich der zu zahlende Nettobeitrag entsprechend der AVB nicht verändern darf. Soweit also der „Risikobeitrag“ ansteigt, nimmt der „Sparbeitrag“ von Jahr zu Jahr komplementär ab, bis irgend-

wann die Grenze zur zweiten Phase des Vertrags erreicht wird. In dieser zweiten Phase ist dann der benötigte Risikobeitrag höher als die gezahlte Prämie. Der theoretisch übersteigende Betrag finanziert sich nun aus dem „Sparbeitrag“, der damit negativ wird. Theoretisch müsste die Summe aller Sparbeiträge am Ende der Versicherung den Wert „0“ ergeben, das heißt, die gebildete Alterungsrückstellung ist durch Leistungsaufwendungen aufgebraucht.

In der Vergangenheit zeigte sich jedoch, dass die Versicherer zu niedrige Alterungsrückstellungen kalkultierten. Dies



liegt sowohl in der enormen Kostensteigerung im Gesundheitswesen als auch in der gestiegenen Lebenserwartung und in den Änderungen der Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner/-innen begründet, die eine Rückkehr älterer PKV-Versicherter in die GKV nicht mehr zulassen. Die PKV rechnete nämlich damit, die ungünstigen Risiken älterer Versicherungsnehmer zu einem erheblichen Teil an die GKV abgeben zu können und hat deshalb auf eine ausreichende Alterungsrückstellung verzichtet, um sich im Wettbewerb um junge Versicherte Vorteile mit niedrigen Beiträgen zu verschaffen.

Nachdem diese Rechnung in den letzten Jahren nicht mehr aufging, geriet die PKV öffentlich in erhebliche Kritik. Dies zwang die PKV-Versicherer dazu, die Prämienkalkulation neue Sterbetafeln (aktualisierte Übersicht der

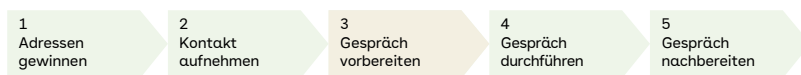
Restlebenserwartung in Jahren und die Sterbewahrscheinlichkeit der Versicherten) zugrunde zu legen, die erheblich von den bisherigen abwichen. Die Sterbetafel wird jetzt immer der Entwicklung angepasst. Zur Information ist hier die aktuell verfügbare Sterbetafel abgedruckt.

Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 brachte u.a. gesetzliche Ergänzungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes, die unzumutbare Prämienbelastungen im Alter vermeiden sollen. So wurde ab 01. 01. 2000 ein Beitragszuschlag in der substitutiven Krankenversicherung (PKV die geeignet ist, die GKV ganz oder teilweise zu ersetzen) eingeführt. Der Zuschlag wird für Personen zwischen dem 21. und dem 60. Lebensjahr in Höhe von 10 % der jährlichen gezillmerten Bruttoprämie erhoben.

§ 149 VAG

PKV-Sterbetafel 2024		
Wahrscheinlichkeit im Alter von ... Jahren zu sterben	Männer	Frauen
0	0,03 %	0,03 %
5	0,00 %	0,00 %
10	0,01 %	0,01 %
15	0,01 %	0,01 %
20	0,04 %	0,02 %
25	0,04 %	0,02 %
30	0,03 %	0,02 %
35	0,03 %	0,02 %
40	0,04 %	0,03 %
45	0,07 %	0,05 %
50	0,13 %	0,09 %
55	0,24 %	0,14 %
60	0,42 %	0,25 %
65	0,64 %	0,41 %
70	1,01 %	0,61 %
75	1,73 %	1,04 %
80	3,09 %	1,98 %
85	6,31 %	4,44 %
90	12,95 %	9,93 %
95	23,20 %	18,85 %
100	27,30 %	26,30 %
101	27,93 %	26,81 %
102	28,51 %	27,29 %

Quelle: Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Zahlenbericht 2024



(Anmerkung: Hinter dem Begriff „gezillmert“, auch „zillmern“ oder „Zillmerung“ genannt, verbirgt sich ein mathematisches Verfahren, das nach seinem Erfinder dem Versicherungsmathematiker Zillmer (* 1831 – † 1893) benannt wurde. Da dies für Sie nicht praxis- und prüfungsrelevant ist, gehen wir hierauf nicht näher ein.)

Der vorgenannte Zuschlag ist der Alterungsrückstellung jährlich direkt zuzuführen und ausschließlich zur Prämienermäßigung im Alter zu verwenden. Die Vorschrift gilt nicht für Ausbildungs-, Auslands- und Reisekrankenversicherungen, die nur zeitlich beschränkt abgeschlossen werden. Außerdem sind solche Tarife vom Beitragszuschlag ausgeschlossen, die regelmäßig spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres enden (z.B. Krankheitskostentarife für Beihilfeberechtigte).

Versicherungsnehmer, die vor Inkrafttreten des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 einen Versicherungsvertrag abgeschlossen hatten, konnten den Zuschlag freiwillig vereinbaren.

Geändert wurde auch die Berücksichtigung der Zinsen bei der Alterungsrückstellung. Der den Beitragseinnahmen jährlich gutzuschreibende Überzins wurde von 80 % auf 90 % der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge erhöht.

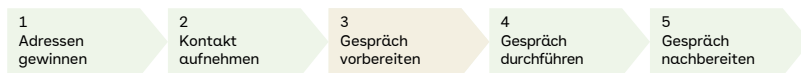
Jede Prämienkalkulation ist zwangsläufig mit erheblichen Unsicherheitsfaktoren behaftet, denn ihr liegen statistische Durchschnittswerte aus der Vergangenheit zugrunde, deren Treffsicherheit für die Zukunft nicht genau vorauszusagen ist. In der PKV ist dabei besonders das Problem der Kostensteigerungen zu berücksichtigen, die sich aus der Weiterentwick-

lung der Medizin und der Medizintechnik ergeben.

Deshalb nimmt die PKV meist einen 10 %-igen Sicherheitszuschlag für die Steigerung der Behandlungskosten in die Prämienkalkulation auf. Dieser soll dazu dienen, trotz Abweichung der tatsächlichen Verhältnisse von den kalkulatorischen Ansätzen, den Tarifbeitrag stabil zu halten. Bei Kostensteigerungen verschafft der Sicherheitszuschlag dem Versicherer einen Spielraum, bevor Prämienanpassungen vorgenommen werden müssen.

Zu den sonstigen kalkulierten Kosten gehören u.a. die Verwaltungskosten des Versicherungsunternehmens. Diese gliedern sich in laufende Betriebskosten, wozu der persönliche und sachliche Aufwand für die Abwicklung der Versicherungsverträge gehören, und in Kosten für die Schadenregulierung. Zu den sonstigen kalkulierten Kosten gehören auch die Abschlusskosten, und zwar sowohl unmittelbare, z.B. Provisionen, als auch mittelbare, z.B. Aufwendungen für allgemeine Werbung.

Die meisten Versicherer bieten dem Versicherungsnehmer eine Rückerstattung mehrerer Monatsprämien für den Fall an, dass er im Versicherungsjahr keine Vertragsleistungen in Anspruch genommen hat. Diese Prämienrückstattungen werden zum Teil über einen Zuschlag im Beitrag finanziert, d.h., der Versicherungsnehmer finanziert also die Kosten einer Prämienrückerstattung neben dem Risikobeitrag selbst. Eigentlich ist die Bezeichnung „Prämienrückerstattung“ damit irreführend, da ja der Versicherte einen Zuschlag dafür zahlt. Die Höhe des Beitragszuschlags ist vom Versicherungsunternehmen zahlenmäßig gegenüber der Aufsichtsbehörde zu begründen.



Merke

In der Prämie der PKV sind neben dem Risikoanteil auch Rückstellungen für die im Alter wachsenden Leistungsausgaben enthalten. Außerdem werden Abschlusskosten, Schadenregulierungskosten, Verwaltungskosten allgemeiner Art und Kosten für Prämienrückerstattungen einkalkuliert. Trotz dieser vorsichtigen Kalkulation wird in der Praxis häufig eine erhebliche Prämiensteigerung mit steigendem Alter beobachtet. Das sollte wechselwilligen Versicherten bewusst gemacht werden, wenn sie die Absicht äußern, aus Kostengründen in die PKV zu wechseln.

8.2.2.3 Allgemeine Prämienänderungen

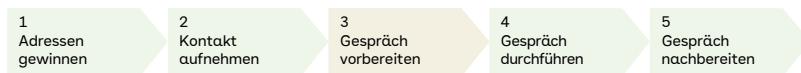
Es entspricht dem Wesen der PKV, dass während der Laufzeit eines Versicherungsvertrags individuelle Änderungen zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer vereinbart werden können, z.B. eine Erhöhung des Leistungsumfangs oder eine Anpassung der Prämie. Hierzu schreiben die allgemeinen Versicherungsbedingungen dem Versicherer vor, dass bei einer Änderung der Prämie das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt wird. Das bisherige Eintrittsalter der versicherten Person wird insoweit berücksichtigt, dass eine evtl. vorhandene Altersrückstellung geschäftsplanmäßig angerechnet wird. Das bedeutet, dass der Versicherer sich geschäftsplanmäßige Regeln (sog. technische Berechnungsgrundlagen) für den Tarifwechsel schaffen muss, sodass bei

jedem Versicherer bei Änderung der Prämie andere Grundsätze für die Ermittlung der neuen Prämie zugrunde gelegt werden.

Eine Anrechnung ist nur dann möglich, wenn die Änderung des Vertrags beim gleichen Versicherer erfolgt. Wenn also eine Person z.B. aufgrund einer Prämienanpassung beim bisherigen Versicherer kündigt und anschließend bei einem anderen Versicherer einen neuen Vertrag abschließt, bedeutet das für den Versicherungsnehmer, der seinen Vertrag vor dem 01. 01. 2009 abgeschlossen hat, den Verlust seiner beim bisherigen Versicherer „angesparten“ Altersrückstellung. Denn in dem neuen Versicherungsvertrag sind allein das bei Abschluss erreichte Lebensalter und der Gesundheitszustand zu diesem Zeitpunkt für die Bemessung der Prämie maßgebend. Die beim bisherigen Versicherer angesammelte Altersrückstellung wird dagegen nicht auf den neuen Versicherer übertragen. Aus diesem Grund ist ein Wechsel des Versicherers für den Versicherungsnehmer meist mit finanziellen Nachteilen verbunden. An dieser Wechselhürde haben auch die seit 2009 bestehenden und im Folgenden dargestellten Rückstellungsmöglichkeiten im Grundsatz nichts geändert.

Die mit einem Wechsel einhergehenden Verluste werden umso größer, je länger der Versicherte bereits bei einer Versicherung ist. Damit ist die Bindung an einen Versicherer in der Regel eine lebenslange Bindung. Dies gilt auch dann, wenn die Zufriedenheit mit dem Service des Unternehmens in späteren Jahren (z.B. wegen langer Bearbeitungszeiten, Erstattungsproblemen) sinkt. Die versicherte Person kann sich dann nur unter Inkaufnahme erheblicher finanzieller Nachteile vom Versicherer trennen.

§ 8a Abs. 2
MB/KK 2009



Neuerungen seit 2009

§ 146 Abs. 1
Nr. 5 VAG
§ 13 Abs. 8
MB/KK 2009

Um die Wahl- und Wechselmöglichkeiten der PKV-Versicherten zu verstärken und den Wettbewerb innerhalb der PKV zu intensivieren, ist mit dem GKV-WSG die Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung eingeführt worden.

Für seit dem 01. 01. 2009 abgeschlossene Tarife kann eine PKV-versicherte Person beim Wechsel des Versicherungsunternehmens seine Alterungsrückstellung im Umfang des Basistarifs mitnehmen. Er wird dann im neuen Unternehmen so gestellt, als ob er dort in dem Alter eingetreten wäre, in dem er seinen ursprünglichen Versicherungsvertrag im alten Unternehmen abgeschlossen hat.

Mit dieser Regelung wird das generelle Problem nicht gelöst, ein Wettbewerb innerhalb der PKV ist nach wie vor nur sehr eingeschränkt möglich.

In der PKV gilt der Grundsatz, dass der bei Abschluss des Versicherungsvertrags festgestellte Prämie grundsätzlich für die gesamte Laufzeit des Vertrags unverändert bestehen bleibt. Dem stehen allerdings ständige Veränderungen der Kalkulationsgrundlagen entgegen, aufgrund derer der Versicherer die Prämien anpassen muss, z.B. durch Kostensteigerungen im Gesundheitswesen oder Weiterentwicklung der Medizin. Dadurch bedingt reicht die bei Beginn der Versicherung festgesetzte Prämie zur Deckung der Aufwendungen tatsächlich im Laufe der Zeit nicht aus. Deshalb sehen die Tarifbedingungen der einzelnen Versicherer sogenannte Beitragsanpassungsklauseln vor.

Diese Klauseln ähneln sich bei den Versicherungen und beinhalten eine feste Prüfungs- und Berechnungslogik für die Prämienanpassung.

Die Prämienanpassung ist dem Grunde nach verständlich. Sie wird jedoch dadurch zum Problem, dass entsprechend den Kalkulationsgrundlagen in der PKV jede Altersspanne bzw. Gruppe der Versicherten ihre eigenen Kosten finanzieren muss. Eine Verteilung zwischen den Generationen – wie in der GKV – erfolgt nicht. Da ältere Versicherungsnehmer im Durchschnitt mehr Leistungen als junge Versicherte in Anspruch nehmen, sind bei diesen auch entsprechende Beitragserhöhungen wesentlich häufiger zu verzeichnen. Dieser Umstand sollte vor dem Abschluss einer PKV-Vollversicherung detailliert beleuchtet werden.

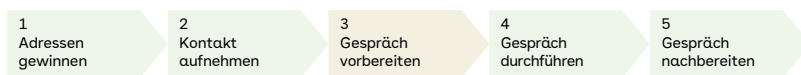
Merke

Theoretisch soll die bei Versicherungsbeginn vereinbarte PKV-Prämie für die gesamte Dauer des Versicherungsvertrags gleichbleiben. Die Versicherungsunternehmen können jedoch bei Veränderung der Kalkulationsgrundlagen, z.B. bei steigenden Krankheitskosten, die Prämie entsprechend anpassen.

8.2.2.4 Altersbedingte Prämienänderungen

Grundlage der Prämienkalkulation der PKV ist u.a. die statistische Lebenserwartung und die zu erwartenden durchschnittlichen Krankheitskosten je Versicherungsnehmer. Um trotz zunehmenden Alters des Versicherungsnehmers die Prämie stabil halten zu können, wird die Alterungsrückstellung gebildet. Aus dieser Alterungsrückstellung finanziert der Versicherer die altersbedingt ansteigenden Krankheitskosten.

§ 8b
MB/KK 2009



Diese Rechnung geht jedoch nur dann auf, wenn weder die durchschnittliche Lebenserwartung noch die Kosten im Gesundheitswesen steigen. Der Faktor „Altersabhängigkeit“ ist im technischen Geschäftsplan des Versicherers in einem sogenannten Altersprofil dargestellt, aus dem sich die Kostendifferenz in der Schadenbelastung bei höherem Alter gegenüber einem Grundalter ergibt. Solange sich das Altersprofil nicht verändert, dürfen allein wegen des Älterwerdens der Versicherten die Prämien nicht erhöht werden.

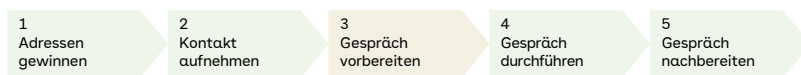
Ändert sich das Altersprofil jedoch, ist eine Prämienanpassung möglich. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass vielfach die Alterungsrückstellungen der PKV-Unternehmen zur Deckung der tatsächlich angefallenen Leistungsausgaben nicht ausreichen und deshalb vermehrt Beitragsanpassungen erforderlich wurden. Die überdurchschnittlich gestiegenen Leistungsausgaben werden altersgruppenspezifisch ermittelt. Da die Steigerungsraten bei den älteren Versicherungsnehmern natürlich höher sind als bei den jüngeren Versicherungsnehmern, steigen die Prämien der älteren Versicherungsnehmer überproportional.

Ein weiteres ernst zu nehmendes Problem im Rahmen der Prämienanpassung für ältere Versicherungsnehmer ergibt sich daraus, dass viele Versicherungsgesellschaften aus rechtlichen Gründen oder im Rahmen des Wettbewerbs neue Tarife anbieten. Diese sind insbesondere für junge Versicherte interessant. In den bestehenden Tarifgruppen verschlechtert sich durch das Nichtnachwachsen bzw. dem Wechsel junger Versicherungsnehmer mit gutem Gesundheitsrisiko jedoch die Altersstruktur und damit

auch die durchschnittliche Krankheitshäufigkeit, wodurch Prämien erhöhungen notwendig werden.

Möglich ist auch, dass die bestehenden Tarifgruppen für Neuzugänge (neue Verträge) sogar ganz geschlossen werden: Dann tritt eine „Vergreisung“ des Tarifs ein. Werden bestehende Tarife vom Versicherer für Neuzugänge geschlossen, verbleibt in dem bisherigen Tarif der „Bestand“. Dies bedeutet, dass mit zunehmendem Alter der Versicherungsnehmer die Krankheitskosten überproportional steigen und außerdem die Zahl der versicherten Personen immer kleiner wird. Deshalb wird in diesem Tarif immer schneller die Kostensteigerungsgrenze von 10 % erreicht. Jeweils bei Erreichen dieser Grenze kann der Versicherer eine Prämienanpassung entsprechend den Tarifbedingungen vornehmen. Mit fortschreitender „Vergreisung“ des Tarifs müssen die Versicherungsnehmer dann mit sprunghaften Beitragssteigerungen rechnen.

Bei der Schließung eines Tarifs muss jedoch der Versicherer allen darin versicherten Personen die Übernahme in den neuen Tarif ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Risikozuschläge anbieten. Allerdings machen die Versicherer den Übergang in den neuen Tarif von der Erklärung des Versicherungsnehmers innerhalb einer bestimmten Frist abhängig. Für einen eventuellen Wechsel des Versicherers gelten die vorherigen Ausführungen entsprechend.



Merke

Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass privat Krankenversicherte insbesondere im Alter mit Prämiensteigerungen rechnen müssen und ein Wechsel in der Regel finanzielle Nachteile bringt. Darauf sollte bei Beratungsgesprächen mit AOK Versicherten, die eine PKV in Erwägung ziehen, hingewiesen werden.

zahlen. Die Prämie bzw. Prämienraten sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.

Bei Zahlungsverzug des laufenden Beitrags können sich für den Versicherten erhebliche Folgen ergeben. Die nicht rechtzeitige Zahlung der Prämie kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, da der Versicherer unter bestimmten Voraussetzungen zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigt ist bzw. er nicht zur Leistung verpflichtet ist.

§§ 37, 38
VVG

8.2.2.5 Prämienzahlung

§ 8
MB/KK 2009

Nach den AVB ist die Prämie zur PKV ein Jahresbeitrag; er wird vom Versicherungsbeginn an berechnet und ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten. Die Prämie kann aber auch in gleichen monatlichen Raten gezahlt werden. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil der Prämie bzw. der Prämienrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer die Prämie bzw. die Prämienrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil die erste Prämie bzw. die erste Prämienrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

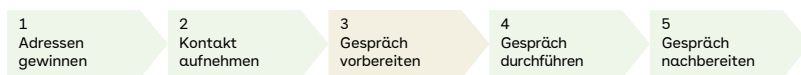
Ausgeschlossen ist eine Kündigung bzw. ein Rücktritt jedoch für Krankenversicherungsschutz, der der Erfüllung der Pflicht zur Krankenversicherung dient.

Am 01. 08. 2013 hat eine weitere soziale Komponente in der PKV seine Wirkung entfaltet. Mit dem „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ wurden Regelungen geschaffen, um säumigen Beitragszahlern Möglichkeiten zu geben, ihre Rückstände durch ein Ruhen ihrer Krankenversicherung auszugleichen ohne dabei ihren Versicherungsschutz komplett zu verlieren. Stark vereinfacht gesagt werden Tarife, die die Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 VVG erfüllen und für die Rückstände in einer gesetzlich geregelten Höhe angefallen sind, ruhend gestellt. Solange der Vertrag ruht, gilt die/der Versicherungsnehmende als im Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert. U.a. entfallen dabei auch Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungsersatzung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankun-

§ 193 Abs. 7
VVG

§ 33 Abs. 1
VVG,
§ 8 Abs. 4
MB/KK 2009

Die erste Prämienrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu



gen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Für versicherte Kinder und Jugendliche werden zudem die Kosten für bestimmte Vorsorgeleistungen erstattet. Kalkuliert wird der Tarif ähnlich dem Umlagesystem in der GKV. Die Versicherten in diesem Tarif werden über alle Anbieter der PKV zusammengefasst und bilden eine eigene Risikogemeinschaft. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Wegen des stark begrenzten Leistungsumfangs und der Unmöglichkeit Gewinnaufschläge o.Ä. zu kalkulieren, ist dieser Tarif also wesentlich günstiger als die reguläre Versicherung der Versicherten. Den eingesparten Prämienteil kann die versicherte Person zur Begleichung seiner Schulden gegenüber dem Versicherungsunternehmen nutzen. Der ursprüngliche Versicherungsvertrag wird ab dem ersten Tag des übernächsten Monats nach der Schuldentilgung fortgesetzt.

8.2.2.6 Prämienzuschuss des Arbeitgebers

§ 257 Abs. 2 SGB V,
§ 61 Abs. 2 SGB XI

Ist ein Arbeitnehmer wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze krankenversicherungsfrei und privat krankenversichert, erhält er von seinem Arbeitgeber einen Zuschuss zum PKV-Beitrag. Ist er gleichzeitig privat pflegeversichert, erhält er zum Pflegebeitrag ebenfalls einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers.

Der Zuschuss beträgt die Hälfte der Prämie, der sich bei Anwendung der Hälfte des Beitragssatzes nach § 241 SGB V zuzüglich der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGBV und den bei Versi-

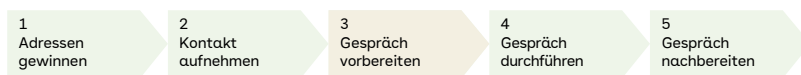
cherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt. In 2025 beträgt der maximale Beitragszuschuss 471,32 €. Höchstgrenze ist jedoch die Hälfte des tatsächlich gezahlten PKV-Beitrags. Dabei sind neben der Prämie des Versicherten auch die Prämien für die Familienangehörigen, die nach § 10 SGB V einen Anspruch auf Familienversicherung hätten, zu berücksichtigen.

In der Pflegeversicherung wird der Zuschuss in der Höhe gezahlt, der als Arbeitgeberanteil bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre. In 2025 beträgt der Beitragszuschuss zur privaten Pflegepflichtversicherung 99,23 € für kinderlose Versicherte. Eine Sonderregelung gilt für das Land Sachsen. Hier beteiligt sich der Arbeitgeber an der privaten Pflegepflichtversicherung mit höchstens 62,10 € für kinderlose Versicherte. Höchstgrenze ist jedoch auch hier die Hälfte des tatsächlich gezahlten Beitrags zur privaten Pflegepflichtversicherung.

Beispiel

Manfred Müller ist 39 Jahre alt und seit 01. 07. 2025 bei einer PKV krankheitskostenvollversichert.

Sein monatlicher Krankenversicherungsbeitrag beträgt 700 €. Er ist dort auch pflegepflichtversichert und zahlt hierfür monatlich 73 €. Das Gehalt von Manfred Müller ist höher als die Jahresarbeitsentgeltgrenze. Manfred Müller ist im Bundesland Nordrhein-Westfalen beschäftigt.



Folge

Manfred Müller erhält von seinem Arbeitgeber monatlich folgenden Zuschuss:

Zuschuss zur Krankenversicherung
= 350 €

Zuschuss zur Pflegeversicherung
= 36,50 €

Seine Belastung beträgt somit
386,50 € (700 € + 73 € – 386,50 €)
monatlich.

Manfred Müller hat es mit diesem Zuschuss noch relativ gut getroffen. Wesentlich ungünstiger gestaltet sich der private Kranken- und Pflegeversicherungsschutz für solche Versicherte, deren Prämie für die PKV sehr hoch ist und daher die eigene Belastung noch viel höher wird.

Den Arbeitgeberzuschuss hat der Gesetzgeber an bestimmte Voraussetzungen gebunden. So ist u.a. erforderlich, dass der Versicherer angemessene Rückstellungen für das Alter bildet und einen brancheneinheitlichen Standardtarif mit garantierten Höchstbeitrag (wichtig für den bezahlbaren Versicherungsschutz im Alter) anbietet. Seit 2009 wird als Nachfolgetarif aus dem Standardtarif der Basistarif angeboten.

Zahlungszeitraum des Beitragszuschusses

Für den Versicherungsnehmer ist neben der Höhe des Zuschusses die Zahlungsdauer von besonderer Bedeutung. Der Anspruch auf den Beitragszuschuss besteht nur für die Zeit, für die bei Krankenversicherungspflicht der Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung zu zahlen wäre. Das

bedeutet, dass der Beitragszuschuss auf Zeiten begrenzt ist, für die dem Arbeitnehmenden Arbeitsentgelt zu- steht. Somit besteht kein Anspruch auf den Beitragszuschuss nach dem Ende der Entgeltfortzahlung, z.B. im Fall der Arbeitsunfähigkeit.

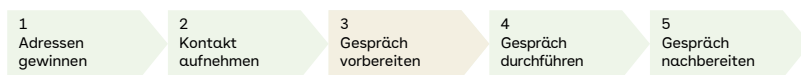
Hinzu kommt noch, dass die/der Arbeitnehmende den gesamten Beitrag zur Krankenversicherung weiter entrichten muss, da die private Krankenversicherung eine Beitragsfreiheit nicht kennt. Das gilt auch für die private Pflegepflichtversicherung. In der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein Mitglied dagegen für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld und damit manchmal monatelang beitragsfrei versichert.

Fortsetzung des Beispiels

Vom 01. 09. bis 31. 10. ist Manfred Müller arbeitsunfähig krank. Bis 12. 10. zahlt sein Arbeitgeber ihm das Gehalt weiter. Ab 13. 10. erhält Manfred Müller Krankentagegeld von der PKV.

Folge

Da in der gesetzlichen Krankenversicherung ab 13. 10. wegen des Anspruchs auf Krankengeld Beitragsfreiheit bestehen würde, erhält Manfred Müller im Oktober nur einen Beitragszuschuss für zwölf Tage. Für die Zeit vom 13. bis 31. 10. hat er die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge in voller Höhe selbst zu zahlen. Damit schrumpft sein Arbeitgeberzuschuss für Oktober auf 154,60 € (386,50 € : 30 x 12) und sein Eigenanteil wächst damit auf 618,40 €.



Auswirkungen von Arbeitsunfähigkeit und Krankentagegeld in der Krankenversicherung

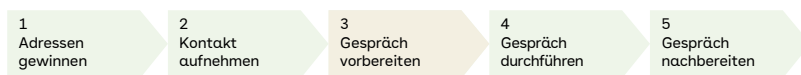
GKV	Beschäftigung	Entgeltfortzahlung	Krankengeld	Beschäftigung
	Beitragszahlung		Beitragsfreiheit für Versicherte und Arbeitgeber	Beitragszahlung
PKV	Beschäftigung	Entgeltfortzahlung	Krankentagegeld	Beschäftigung
	Beitragszahlung		Beitragszahlung	Beitragszahlung
			(kein Beitragszuschuss vom Arbeitgeber = Beitrag in voller Höhe durch die versicherte Person)	

Der Versicherungsnehmer muss also im Krankheitsfall für einen längeren Zeitraum den Beitrag für die PKV vollständig selbst aufbringen. In der Praxis wird dies vielfach dadurch ausgeglichen, dass in der Krankentagegeldversicherung ein höherer Beitrag an Krankentagegeld vereinbart wird als an Arbeitsentgelt entfällt. Dieser zusätzliche Betrag dient dann zur Finanzierung des PKV-Beitrags bei Arbeitsunfähigkeit ohne Entgeltfortzahlung. Das bedeutet jedoch, dass der Versicherungsnehmer jeden Monat einen höheren Beitrag zahlen muss, um im Fall der Arbeitsunfähigkeit die Krankenversicherungsbeiträge für das Versicherungsunternehmen aufbringen zu können.

In der GKV besteht des Weiteren Beitragsfreiheit für die Dauer des Anspruchs auf Mutterschafts-, Erziehungs- und Elterngeld. Auch hier sieht die PKV keine Beitragsfreiheit vor. Deshalb muss die Versicherungsnehmerin während der Schutzfristen und für die Dauer des Bezugs von Elterngeld in der PKV ebenfalls den gesamten Beitrag allein aufbringen.

Merke

Bei längerer Arbeitsunfähigkeit ohne Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber sowie bei Mutterschafts- oder Elterngeld muss der Versicherungsnehmer die Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung in voller Höhe allein zahlen. Der Arbeitgeberzuschuss entfällt mit dem Ende der Entgeltzahlung.



8.2.2.7 Versicherungszeiten in der Rentenversicherung

Für die Zeiten des Bezugs von Krankengeld oder anderen Entgeltersatzleistungen bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besteht Versicherungspflicht in der Rentenversicherung. Diese Versicherungspflicht ist davon abhängig, dass der Versicherte die Geldleistungen von einem Leistungsträger im Sinne des Sozialgesetzbuchs bezieht. Als Leistungsträger kommen dabei die gesetzlichen Krankenkassen in Betracht. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen sind hingegen keine Leistungsträger im Sinne des § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI.

Daraus folgt, dass der Bezug von Krankentagegeld aus der privaten Krankenversicherung nicht zur Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI führt.

§ 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB VI

Ohne den Bezug des Krankengeldes aus der GKV besteht jedoch die Möglichkeit der Rentenversicherungspflicht auf Antrag. Auf Antrag können solche Personen versicherungspflichtig werden, die nur deshalb keinen Anspruch auf Krankengeld haben, weil sie für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit nicht in der GKV versichert sind. Privat Krankenversicherte können während des Bezugs von Krankentagegeld für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit also nur auf Antrag rentenversicherungspflichtig werden. Voraussetzung dafür ist, dass sie im letzten Jahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit rentenversicherungspflichtig waren. Die Versicherungspflicht besteht für längstens 18 Monate. Dies entspricht dem Leistungsrahmen des Krankengeldes der GKV.

Die Rentenversicherungspflicht beginnt nur dann mit der Arbeitsunfähigkeit, wenn der Antrag innerhalb von drei Monaten nach deren Beginn gestellt wird, andernfalls erst mit dem Tag, der dem Eingang des Antrags beim Rentenversicherungsträger folgt.

§ 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB VI

Beispiel

a) Beginn der Arbeitsunfähigkeit:	17. 06.
Antragstellung beim RV-Träger:	05. 08.
Rentenversicherungspflicht ab:	17. 06.
b) Beginn der Arbeitsunfähigkeit:	13. 05.
Antragstellung beim RV-Träger:	08. 09.
Rentenversicherungspflicht ab:	09. 09.

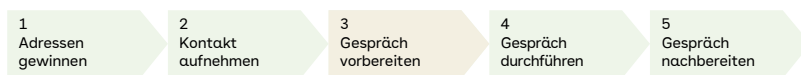
Sowohl bei Bezug von Krankengeld aus der GKV als auch von Krankentagegeld aus der PKV sind der Beitragsberechnung für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich 80 % des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens als beitragspflichtige Einnahme zugrunde zu legen.

§ 166 Abs. 1 SGB VI

Die Beiträge für Krankengeldbezieher der GKV werden je zur Hälfte vom Versicherten und dem Leistungsträger (hier: Krankenkasse) getragen.

Die auf Antrag versicherungspflichtigen Personen müssen die Beiträge für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit ohne Anspruch auf Krankengeld selbst tragen.

3.0 · Privatkunden akquirieren und halten, dabei beraten



Für den in der PKV versicherten Arbeitnehmer liegt also im Fall des Bezugs von Krankentagegeld zunächst keine Anrechnungszeit im Sinne des § 58 SGB VI vor. Wenn er seine späteren Rentenansprüche durch Arbeitsunfähigkeitszeiten nicht mindern will, muss er dies durch alleinige zusätzliche Beitragszahlung zur Rentenversicherung verhindern.



Merke

Bei privat krankenversicherten Arbeitnehmern können die späteren Rentenansprüche durch Arbeitsunfähigkeitszeiten gemindert werden. Soll dies vermieden werden, muss Rentenversicherungspflicht beantragt werden. Die dafür anfallenden Beiträge zur Rentenversicherung muss der Privatversicherte in voller Höhe selbst zahlen.

Auswirkungen von Arbeitsunfähigkeit und Krankentagegeld in der Rentenversicherung

	Beschäftigungszeit	Entgeltfortzahlung	Krankengeld	Beschäftigung
GKV			RV-Pflicht kraft Gesetzes; RV-Beitrag je zur Hälfte vom Versicherten und Leistungsträger (Krankenkasse)	
		Beitragszeit		Beitragszeit
	Beschäftigungszeit	Entgeltfortzahlung	Krankentagegeld	Beschäftigung
PKV			RV-Pflicht nur auf Antrag; RV-Beitrag <u>alleine</u> von der versicherten Person	
		Beitragszahlung		Beitragszahlung

8.2.2.8 Versicherungszeiten in der Arbeitslosenversicherung

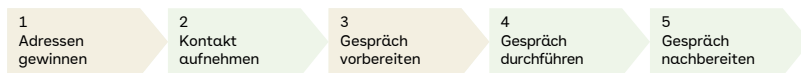
§ 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB III

In der Arbeitslosenversicherung sind Personen in der Zeit, in der sie von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Krankentagegeld beziehen, versicherungspflichtig. Voraussetzung ist jedoch, dass sie unmittelbar vorher arbeitslosenversicherungspflichtig waren.

Die Beiträge werden von den privaten Krankenversicherungsunternehmen bzw. von Einrichtungen der PKV an die Bundesagentur für Arbeit gezahlt.

Somit ergibt sich für den in der PKV versicherten Arbeitnehmer in der Arbeitslosenversicherung im Fall der Arbeitsunfähigkeit kein Nachteil bei der Ermittlung der Versicherungszeit.

§ 349 Abs. 4 SGB III



Merke

PKV-Unternehmen zahlen für privat krankenversicherte Arbeitnehmende im Fall der Arbeitsunfähigkeit Beiträge zur Arbeitslosenversicherung, wenn Anspruch auf Krankentagegeld besteht.

Um sicherzustellen, dass die Kommunikation (die Inhalte) des Unternehmens an die richtigen Adressen gelangt, müssen die Botschaften entsprechend der Zielgruppe formuliert und speziell auf die Zielgruppe gerichtet sein. D.h., zunächst wählt das Unternehmen die besonderen Stärken des Produkts aus, übersetzt diese in eine Werbebotschaft, wählt die Zielgruppe aus, die diese Botschaft erhält, nutzt dazu verschiedene geeignete Medien und verbreitet sie darüber, um die Zielgruppen anzusprechen.

8.3 Kommunikationspolitik

1 Adressen gewinnen

Generell ist der Austausch von Gütern immer mit Kommunikationsvorgängen verbunden. Dabei werden vom Unternehmen Informationen an die vorhandenen oder potenziellen Konsumenten übermittelt. Diese Informationen enthalten meistens Angaben über Preis, Qualität, Verwendungsmöglichkeit, Funktion und Nutzen des Produkts. Diese unterschiedlichen Bestandteile der (Werbe-)Botschaften können mit der folgenden „Formel“ von Lasswell strukturiert werden:

Wer?	Unternehmer/ Gewerbetreibender
sagt was?	Werbebotschaft
unter welchen Bedingungen?	Umweltsituation
über welche Kanäle?	Medien/ Werbeträger
zu wem?	Zielperson/ Empfänger/ Zielgruppe
mit welchem Erfolg?	Werbeerfolg

8.3.1 Werbung

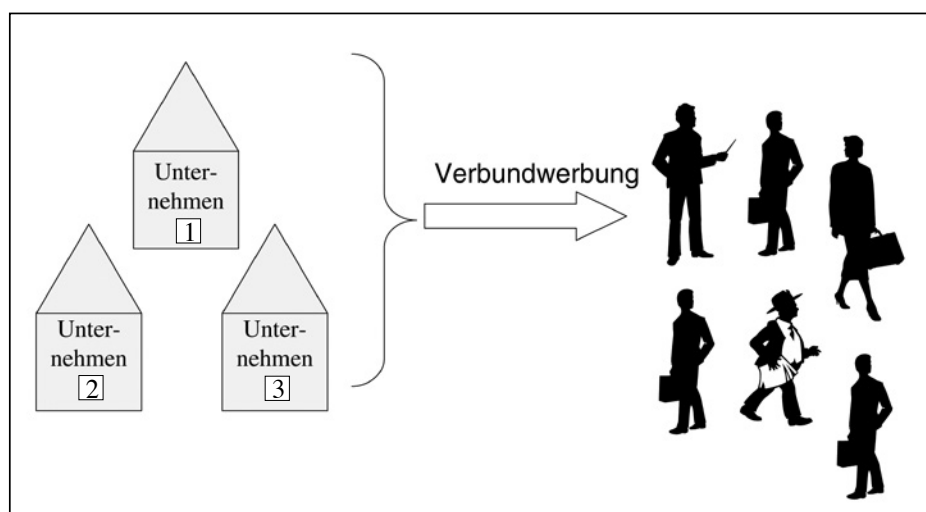
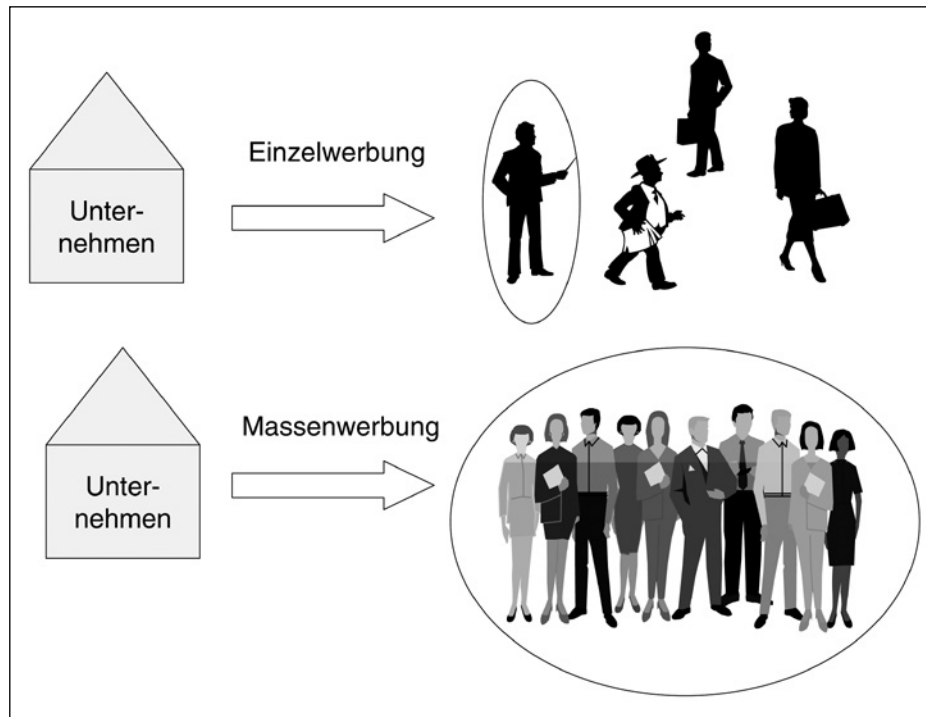
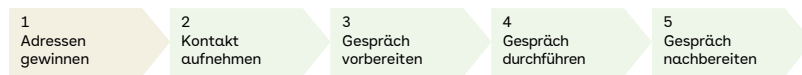
Wir wollen uns im Folgenden mit den einzelnen Bestandteilen der Kommunikationspolitik befassen.

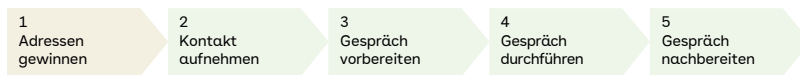
8.3.1.1 Allgemeines

Die Werbung stellt vorrangig ein Informations- und Motivationsinstrument dar. Das Unternehmen versucht ein Bedürfnis zu wecken und damit die angestrebten Unternehmensziele über die Werbung für ein Produkt/eine Dienstleistung zu erreichen. Dabei soll die Werbung latent vorhandene Bedürfnisse ansprechen, um den Absatz des Produkts zu fördern.

Zu unterscheiden ist zwischen der Werbung für das gesamte Unternehmen (Imagewerbung) und derjenigen für das Produkt (Produktwerbung). Die Zielrichtung der Werbung kann dabei, wie die folgenden Grafiken zeigen, unterschieden werden.

3.0 · Privatkunden akquirieren und halten, dabei beraten





Von der Einzel- oder Direktwerbung spricht man, wenn eine einzelne Person oder eine einzelne Unternehmung beworben wird. Massenwerbung wird betrieben, wenn die Anzahl der Umworbenen sehr groß ist. Dabei kann die Werbung gezielt, d.h. auf spezielle Zielgruppen (alle 14- bis 18-Jährigen), oder gestreut, also ohne konkrete Festlegung einer Zielgruppe, betrieben werden. Geworben werden kann von jedem Unternehmen entweder allein, im Verbund mit mehreren Unternehmen oder gemeinschaftlich, d.h. branchenweit z.B. über einen Bundesverband.

Die Werbung hat folgende Aufgaben:

1. Bedürfnisse bei der Zielgruppe zu wecken
2. Personen, die sich schon für unser Angebot entschieden haben, in ihrer Entscheidung zu bestätigen
3. Produkte und Dienstleistungen in der Öffentlichkeit bekannt zu machen
4. den Kundenbestand zu halten
5. das Unternehmensimage zu beeinflussen
6. die Kundschaft auf das Auslaufen eines Produkts vorzubereiten

Soll der Kundenstamm erhalten werden, konzentriert sich die Werbung meistens auf besondere Produkteigenschaften und unterstützt die Kundschaft nachträglich bei der Kaufentscheidung, indem sie dies als eine gute Entscheidung herausstellt.

Bei der Gewinnung neuer Kundinnen und Kunden ist es Aufgabe der Werbung, den Verkaufsvorteil des

Produkts herauszustellen. Um Produkte bekannt zu machen, muss die Werbung besondere Produktvorteile in Abgrenzung zur Konkurrenz transportieren. Sollen Bedürfnisse geweckt werden, empfiehlt es sich besonders, die emotionale Ebene bei den Konsumenten anzusprechen und ein Werbeversprechen abzugeben.

Das Unternehmen benötigt zum Transport der Botschaften Werbeträger, Werbemittel und Werbehilfen. Diese Begriffe unterscheiden wir im Folgenden voneinander:

• **Werbeträger**

sind die Medien, mit deren Hilfe die Werbebotschaft an die Zielgruppen herangetragen wird (z.B. Anzeige in einer Zeitung).

Werbeträger sind Medien, wie z.B.:

- Zeitungen, Zeitschriften
- Fernsehen, Rundfunk
- Plakate, Litfaßsäulen
- Kino
- Internetauftritte (Websites, Homepages, social media)
- Apps

• **Werbemittel**

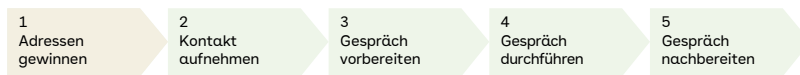
sind die sachlichen oder personellen Ausdrucksformen in der Werbung.

Das sind:

- Anzeigen
- Werbedrucke
- Werbebriefe
- Filme, Videoclips, Reels
- Radiospots
- Kataloge
- Werbebanner im Internet usw.

• **Werbehilfen**

sind Instrumente, die nicht primär der Werbung dienen, aber die zu Werbezwecken verwandt werden können.



Werbeträger

Bei der Auswahl der Werbeträger ist sowohl bei den klassischen als auch den nicht-klassischen Werbeträgern darauf zu achten, dass der Einsatz des Werbeträgers möglichst wirtschaftlich ist, d.h. dass möglichst viele Mitglieder der gewählten Zielgruppen durch diese Werbung punktgenau erreicht werden. Dies soll im Folgenden am Beispiel eines nicht-klassischen Werbeträgers veranschaulicht werden: Zu den sogenannten „nicht klassischen Werbeträgern“ gehören Direktwerbung, Schaufenster, Prospekte, Verpackungen, Lkw-Planen, Werbebesenke usw.

Bei der Direktwerbung wird ein Wirtschaftsobjekt (Zielperson) direkt (z.B. über einen Werbebrief) angesprochen. Der Erfolg schriftlicher Direktwerbung wird in der Regel an der sogenannten Responsequote, also der Anzahl der zurückgeschickten Postkarten oder Mailings usw. gemessen. In der Regel liegt dieser Anteil zwischen 3 und 10 % der versandten Mailings.

Für diese Form der direkten Ansprache benötigt man natürlich „richtige“ Adressen. Diese sind aber nicht leicht zu erhalten oder nur unter großem zeitlichen Aufwand zu gewinnen. Deshalb hat sich in den letzten Jahren ein breiter Markt für den Handel mit qualifizierten Adressen herauskristallisiert. D.h., es gibt Anbieter, die sich speziell auf die Adressengewinnung und deren Verkauf spezialisiert haben. Dabei ist es wichtig, dass Name, Anschrift, Telefon und Erreichbarkeit mit den tatsächlichen Gegebenheiten übereinstimmen. Solche Adressen nennt man qualifiziertes Adressmaterial.

Exkurs

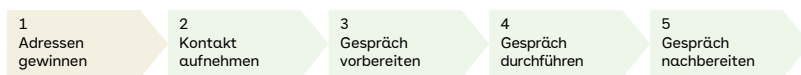
Das E-CRM (Electronic Customer Relationship Management) als neue Entwicklung im Marketing

Qualifizierte Informationen über die Konsumenten sind von enormen Wert für das Unternehmen. Nur durch eine gute und valide Datenmenge ist es dem Unternehmen möglich, die Kundenwünsche zu erfassen und zu berücksichtigen. Das hat keine Datenflut zur Folge, sondern ermöglicht vielmehr eine Selektion der relevanten Daten und damit eine kundenbedürfnisgenaue Ansprache.

Durch die elektronischen Medien hat sich die Datenbeschaffung und die Datenverwaltung für die Unternehmen ungeheuer erleichtert.

Jedoch äußern immer mehr Menschen ihre Unzufriedenheit über ungefragte Kontakte durch die Unternehmen. „Spam-Mails“ sind inzwischen eine echte Plage geworden. Ist also die Kontaktform über E-Mail und Newsletter für einen seriösen Anbieter nicht mehr interessant? Der Verzicht auf diese schnelle und unbürokratische Kontaktform wäre sicher ein großer Fehler und auch ein unnötiger Verzicht auf eine besonders gute Datenquelle. Also kann es nur im beiderseitigen Sinne sein, sich auf die Bedürfnisse der Adressaten einzustellen und entsprechende Instrumente zu entwickeln.

Die einfachste Lösung wäre sicher eine Abfrage, in welcher Weise und in welcher Häufigkeit sie welche Informationen der AOK erhalten möch-



ten. Das Unternehmen erhält damit außerordentlich qualifizierte Daten. Andererseits erhalten die Kundinnen und Kunden – ganz ihrem Wunsch entsprechend – nur die Information und zu dem Zeitpunkt und in der Häufigkeit, wie sie diese gerne erhalten würden. Durch ein systematisches Kundeninformationssystem (eine Datenbank, auch häufig als „Data-Mining-System“ bezeichnet) können dann alle Informationen gesammelt und bedarfsgerecht gefiltert werden. Das setzt aber die jeweilige Zustimmung zur Datenerhebung und zur Informationsversorgung voraus.

Inzwischen haben sich internationale Standards herauskristallisiert, die den Kunden und den Unternehmen einen Rahmen zu partnerschaftlicher Informationsbeschaffung und Informationsversorgung geben. Eine Nichteinhaltung dieser Regeln wirkt wie ein Verstoß gegen den „Informations-Nigge“.

Allerdings befasst sich auch der Gesetzgeber inzwischen mit den Rahmenbedingungen der Datenerhebung und der Informationsversorgung. Hier sind insbesondere die Regelungen der Europäischen Datenschutzverordnung (EU-DSGVO) zu nennen. Sie entfalten seit dem 25. 05. 2018 Wirkung gegenüber allen Unternehmen, die in Europa tätig sind. Die EU-DSGVO sieht strenge Regelungen zur Verarbeitung von Daten und hohe Bußgelder bei Verstößen hiergegen vor. Für die Nutzung qualifizierten Adressmaterials gelten inzwischen strenge Regeln. Die Regeln sind insbesondere datenschutzrechtlicher Natur und zielen darauf ab, die Kontaktaufnahme möglichst weit auf die von dem Kontaktierten gewünschten Fälle zu begrenzen. Erkundigen Sie sich hierzu

bei Ihnen im Haus, welche Regelungen existieren.

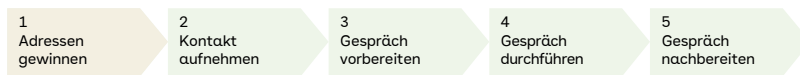
Eine weitere Gefahr des Direkt-Marketing per Internet besteht darin, dass z.B. E-Mails teilweise wirtschaftliche Risiken oder zumindest technische Risiken in Form von „Trojanern“ sowie „Würmern“ usw. bergen. Wer auf diese Mails reagiert, kann unter Umständen mit unglaublich hohen Telefonrechnungen oder PC-Viren konfrontiert werden.

Da viele Adressaten sich in aller Regel dieser Gefahr bewusst sind, reagieren sie zumindest vorsichtig auf Werbe-E-Mails. Dieser Umstand muss bei der Nutzung von E-CRM im Auge behalten werden.

Werbemittel

Werbemittel wirken direkt auf die Konsumenten. Es gibt zahlreiche Erkenntnisse darüber, wie ein Werbemittel gestaltet werden muss, um den größten Effekt zu erzielen. So sollen Anzeigen z.B. ein starkes optisches Zentrum aufweisen, die Aussage soll dynamisch sein (der Text soll Bewegung aufzeigen, d.h. nicht alles in einer Reihe geschrieben), das Bild oder die Schlagzeile soll Neugier wecken, der Verbrauchernutzen des Produkts soll klar herausgestellt werden, der Text soll interessante und wichtige Informationen enthalten, die Aussage soll beeindruckend, aber glaubwürdig sein und es sollen möglichst Farben eingesetzt werden. Auch die Platzierung in einer Zeitschrift ist besonders wichtig. Hier bieten sich vor allem das Deckblatt bzw. die Titelseite an.

3.0 · Privatkunden akquirieren und halten, dabei beraten



Gute Werbeanzeigen der AOK finden Sie auf Plakaten oder in namhaften Magazinen. Einige Beispiele hieraus haben wir bereits in anderen Lernbriefen und nachfolgend abgedruckt. Schauen Sie auch einmal in den großen deutschen Magazinen und Zeitschriften nach.



Eine weitere Möglichkeit ist die Platzierung im redaktionellen Teil der Zeitung – möglichst noch mit einem redaktionellen Beitrag der Zeitungsredaktion. Das entfaltet eine seriöse und informative Wirkung.

Zur Beurteilung, ob eine Anzeige den üblichen Kosten entspricht, gibt es den sogenannten Tausender-Kontakt-Preis (TKP) als wichtigste Entscheidungshilfe. Diese Größe sagt aus, welche Kosten der Anzeige pro tausend erreichte Menschen entstehen. Es werden also nicht die absoluten Kosten der Anzeige errechnet, sondern die Kosten werden in Beziehung zum Erfolg (der sogenannten „Reichweite“, also erreichte Kunden insgesamt) betrachtet.

Beispiel

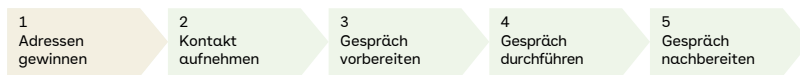
Eine Anzeige in einer überregionalen Zeitung kostet 60.000 € und 800.000 Kunden lesen diese Anzeige.

Folge

Der Tausender-Kontakt-Preis (TKP) beträgt 75 € ($60.000 \text{ €} \times 1.000 : 800.000$).

Hinweis

Bei allen Zeitungsredaktionen gilt dieser „TKP“ bei der Errechnung der Preise für Anzeigen. Deshalb ist auch jeder Verlag an einer hohen Auflage seiner Zeitung interessiert.



Werbeplanung

Die Werbeplanung dient der möglichst richtigen Entscheidung, wenn es um den Einsatz der Werbung geht. Zu Beginn sollte das Unternehmen eine Analyse der eigenen und der Umweltsituation erstellen, um sich der Ausgangslage bewusst zu werden. Diese Analyse umfasst alle relevanten Daten und Informationen über das eigene Unternehmen, die Kostenstruktur, die Mitarbeitendenstruktur, die Marktposition usw. Von Bedeutung sind aber auch die Rahmenbedingungen wie z.B. gesetzliche Regelungen, gesellschaftliche Trends, Aktivitäten der Konkurrenz, besonders hinsichtlich der Werbeaktivitäten. Aus diesen Informationen ergibt sich ein Bild über die Marktchancen und die evtl. bestehenden oder noch eintretenden Marktprobleme für die einzelnen Produkte und Dienstleistungen.

In einem zweiten Schritt wird dann entsprechend der Ergebnisse der Situationsanalyse eine Werbekonzeption erstellt, die die konkrete Zielsetzung und die daraus resultierenden Voraussetzungen für die Wirksamkeit der Werbemaßnahme beschreibt. Anschließend wird die Feinplanung erstellt. Sie umfasst z.B. die Festlegung der genauen Werbemaßnahmen, die Auswahl und Festlegung der Zielgruppen, die Gestaltung der Werbebotschaft usw.

Wenn diese Fragen geklärt wurden, gilt es, die Reichweite (Streuung auf eine bzw. mehrere Zielgruppen) zu klären und zu testen, die Kosten der Medienwahl zu planen und die Werbeträger auszuwählen, mit denen die Botschaft transportiert werden soll. Ein großes Problem stellt die Festlegung des Werbebudgets dar. Es kann z.B.

- nach verkauften Produkten (Anzahl),
- prozentual vom Umsatz, Gewinn,
- ausgerichtet nach den Werbeausgaben der Konkurrenz usw.

bestimmt werden.

Geeignet erscheint eine Mischung der Verfahren. Bestimmende Kriterien für einen spezifischen Werbeetat können dabei die

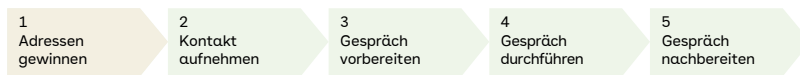
- Werbeziele,
- Werbebudgets der Konkurrenz (sofern diese bekannt sind),
- Position des Unternehmens am Gesamtmarkt oder
- Umsatz bzw. Gewinnsituation des Unternehmens

sein.

Das Unternehmen muss sich im Klaren sein, dass der Werbeerfolg zu einem relativ hohen Maß von der Höhe des Werbeetats abhängt. Hier sehr viel zu sparen, kann die Effektivität der Werbung stark einschränken.

8.3.1.2 Öffentlichkeitsarbeit

Die sogenannten Public Relations (PR) dienen indirekt ebenfalls dem Verkauf von Produkten und Dienstleistungen. Allerdings steht bei der Öffentlichkeitsarbeit die Beziehung zwischen dem Unternehmen und den gesamten Marktteilnehmern (nicht zwangsläufig segmentiert) im Vordergrund. Ziel ist es, die Meinungen, Einstellungen und Erwartungen der Menschen gegenüber einem Produkt oder einem Unternehmen positiv zu beeinflussen, um das Vertrauen/Zutrauen in ein Produkt, eine Marke oder ein Unternehmen herzustellen und zu stärken. Damit wirkt sich die PR indirekt verkaufsfördernd aus.



Wie bei der Werbung kann auch bei der PR die gesamte Öffentlichkeit in Teilgruppen eingeteilt werden, um eine gezieltere Ansprache zu ermöglichen. Die PR bietet den Unternehmen folgende Funktionen:

1. Informationsfunktion (nach innen und außen)
2. Kontaktfunktion (Aufbau und Unterhaltung der Verbindungen des Unternehmens nach außen)
3. externe Imagefunktion (Aufbau und Pflege der Verbindungen des Unternehmens nach außen)
4. interne Imagefunktion (Stärkung des Images und Vertrauens bei den internen Kunden – Mitarbeitenden –)

Die PR ist damit ein wichtiges Medium, wenn die langfristige und kontinuierliche Beeinflussung der Öffentlichkeit angestrebt wird. Letztlich versucht das Unternehmen, damit die Vertrauenswerte in der Öffentlichkeit zu stabilisieren und zu festigen, um der Konkurrenz den Zugang zu den Kundengruppen zu erschweren und die eigene Position dauerhaft zu stärken. Um diese Ziele zu erreichen, bedient sich die PR einer Vielzahl von Maßnahmen/Instrumenten.

8.3.1.3 Verkaufsförderung

Die Aktionen der Werbung und der PR werden in einer umfassenden Konzeption auch durch Maßnahmen der Verkaufsförderung unterstützt. Ziel dieser Maßnahmen ist es, die Absatzchancen der Produkte und Dienstleistungen kurzfristig zu fördern. Um diese Aktionen von denen der Werbung und PR abzugrenzen, ist folgende Definition hilfreich: Verkaufsförderung bezeichnet kurzfristige Aktionen zur Motivierung und Unterstützung der

anderen Instrumente der Kommunikationspolitik. Ein gängiger Begriff dafür ist auch „Salespromotion“.

Die Maßnahmen erstrecken sich auf die Händler, das Verkaufspersonal und die Konsumenten gleichermaßen. So wird z.B. das Verkaufspersonal der Händler in den Produkteigenschaften und Produktvorteilen geschult, die Liefer- und Konditionenpolitik individuell darauf abgestimmt und den Händlern werden generelle Informationen zur Verfügung gestellt (Händlerpromotions).

Beispiel

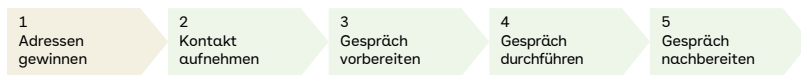
Die Mitarbeitenden der AOK sollen darin geschult werden, die Kostenübernahme für Versicherte bei Behandlungen im europäischen Ausland kundengerecht zu verkaufen.

Folge

Sie erhalten hierzu vom AOK-Bundesverband oder ihrer AOK entsprechende Broschüren, Informationsmaterialien (Erstattungs-, Beitragstabellen, Imagebroschüren, Mitgliedserklärungen, Giveaways), Verkaufstrainings und Weiterbildungsmaßnahmen.

Für die Kundinnen und Kunden bieten sich Maßnahmen an, die sich auf die Nutzung bzw. auf das Probieren von Produkten beziehen, z.B. Testen der Einsatzmöglichkeiten der AOK-Fitbälle in Reha- und Sportgruppen.

Insgesamt stehen also dem Unternehmen einige Instrumente der Beeinflussung von Konsumenten und Händlern zur Verfügung, die für den kontinuierlichen Absatz/Verkauf der Produkte/Dienstleistungen sorgen.



8.3.1.4 Sponsoring

Eine weitere Form der Werbung bzw. Öffentlichkeitsarbeit stellt das sogenannte „Sponsoring“ dar. Es bedeutet, dass ein Unternehmen eine Leistung erbringt (sponsert), ohne dafür eine direkte (monetäre) Gegenleistung zu erhalten. Das werden Sie z.B. aus Ihren Sportvereinen kennen, die ohne Sponsoring keine Tombola mit attraktiven Gewinnen ausstatten könnten. Besonders im regionalen Marketing ist diese Art der Unterstützung bekannt. Aber auch große Veranstaltungen werden mitunter von entsprechend finanzstarken Unternehmen gesponsert. Inzwischen liegt das Kultursponsoring im Trend. So werden große Veranstaltungsarenen oder Fußballstadien mit den Namen der Hauptsponsoren versehen. Als Beispiele können die „Allianz Arena“ in München oder das „RheinEnergieStadion“ in Köln genannt werden.

Natürlich gibt es inzwischen eine Vielzahl von Veranstaltungen und Veranstaltungsorten, die solche Namen tragen. Denken Sie nur einmal an die Olympischen Spiele oder die Fußball-Weltmeisterschaften. Ohne die Unterstützung der Unternehmen wären solche Großereignisse kaum zu finanzieren. Jedoch versprechen sich die Unternehmen eine entsprechende Wirkung in der Öffentlichkeit und erhalten die Möglichkeit, ihre Logos in den Sendungen an gut erkennbaren Positionen oder auch an der Kleidung der Sportler anzubringen.

Besonders „witzig“ wirkt teilweise die Abdeckung der Sponsorennamen, wenn entweder keine finanzielle Beteiligung an der momentanen Sportsendung erfolgte oder gerade eine Streitigkeit über die Darstellung besteht. Achten Sie einmal auf diese Dinge bei einer der nächsten Sportsendungen.

Folgende große Bereiche werden zurzeit im Sponsoring unterschieden:

- Sportsponsoring
- Kultursponsoring
- Sozialsponsoring
- Umwelt- und Gesellschaftssponsoring

8.3.2 Kommunikationspolitik in der AOK

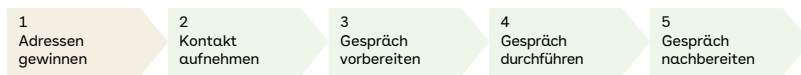
Befasst man sich mit der Wettbewerbssituation der gesetzlichen Krankenkassen, drängt sich immer wieder die Frage auf: Dürfen Krankenkassen überhaupt Geld für Werbung und erst recht für Marketingmaßnahmen ausgeben? Hier eine der möglichen Antworten dazu: Der Gesetzgeber hat die Krankenkassen dazu verpflichtet, die Bevölkerung im Rahmen ihrer Zuständigkeit aufzuklären. Das wird auch durch die in § 1 SGB V normierte Regelung noch einmal ausdrücklich bestätigt.

§ 13 SGB I

Die Krankenkassen haben die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf eine gesunde Lebensführung hinzuwirken. Hieraus ergibt sich die Aufgabe, unseren Versicherten eine gute Beratung zu den Gesundheitsangeboten der AOK und ihrer Partner zur Verfügung zu stellen – auch in Form einer Kampagne für die Öffentlichkeit.

§ 1 SGB V

Z.B. gab es in der AOK die Kampagne „Fit for sun“ in Kooperation mit Beiersdorf/Nivea. Sie sollte das gesunde Verhalten beim Sonnenbaden fördern.

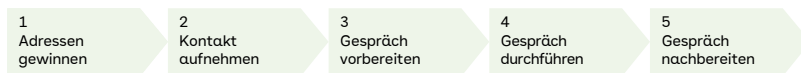


Mit jeder Aufklärung, ihrer Darstellungsform und Zielgruppenansprache ist auch eine Werbung der jeweiligen Krankenkasse verbunden. Das wollte der Gesetzgeber auch nicht verbieten; denn schließlich wollte er den Wettbewerb unter den Krankenkassen. Wettbewerb kann nur funktionieren, wenn die Verbraucher über die Angebote des Markts Transparenz erhalten. Diese Transparenz kann ein Anbieter aber nicht bei allen Versicherten per Brief oder persönlicher Beratung erzielen. Hier ist vielmehr das Instrument der Werbung bzw. Öffentlichkeitsarbeit gefragt.

Also ist es nur logisch, dass sich die AOK auch dieses Mittels bedient und Kampagnen in den Medien publiziert. Diese Kampagnen werden in der Öffentlichkeit zwar gerne angenommen, jedoch gibt es auch kritische Stimmen dazu. Besonders in wirtschaftlich wenig erfolgreichen Zeiten werden diese Stimmen immer lauter. Die Hauptkritik richtet sich gegen die Krankenversicherer, die Werbemaßnahmen durchführen. Aber auch Aktionen der Öffentlichkeitsarbeit werden mit dem Argument der vermeintlichen „Beitragsverschwendung“ kritisiert. Über den Nutzen dieser Aktionen liest und vernimmt man leider recht wenig. Allein die Kampagne „Fit for sun“ hat maßgeblich dazu beigetragen, besonders Eltern für die Verwendung von Sonnenschutzmitteln zu sensibilisieren. Langfristig wirkt sich dies sicher sehr positiv auf die Hautgesundheit der Kinder aus – und ebenfalls auf die Gesundheit der Erwachsenen, die sich jetzt eher schützen. Zwar ist es schwer zu errechnen, aber durch den besseren Sonnenschutz werden ge-

wisse Krankheiten erst gar nicht entstehen. Aus den Leistungseinsparungen können die Kosten für die Kampagne aber vermutlich mehrfach finanziert werden. Alle privatwirtschaftlichen Unternehmen – und auch öffentliche Unternehmen wie z.B. die Landesbanken, die Kreditanstalt für Wiederaufbau, die Bundesagentur für Arbeit usw. – haben die Verantwortung, ihre Kundschaft zu informieren und auch neue Kundschaft zu gewinnen. Das gelingt nur, wenn man den Markt bearbeiten kann. Dazu gehört auch die Planung und Durchführung von öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen.

Da die gesetzlichen Krankenkassen jedoch als Körperschaften des öffentlichen Rechts eine besondere Verantwortung gegenüber ihren Kunden haben, wurden seitens der Aufsichtsbehörden „Gemeinsame Wettbewerbsgrundsätze“ erstellt, damit die Krankenkassen eine gemeinsame Auslegung der Wettbewerbsaktivitäten finden. Die „Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze“ stellen allerdings keine rechtsverbindliche Norm dar. Sie sollen eine einheitliche Orientierung der Krankenkassen fördern und verschiedene Ansichten zu Werbung und Information miteinander vereinbaren. Die Frage, ob bestimmte Werbemaßnahmen zulässig sind, richtet sich allein nach den gesetzlichen Bestimmungen – hier insbesondere nach denen im SGB und im Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG). Die Grundzüge, die den Wettbewerb der Anbieter regeln, sind auf den folgenden Seiten niedergeschrieben:



Gemeinsame Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19. März 1998 – geändert am 9. November 2006 – in der Fassung vom 11. November 2015 (Wettbewerbsgrundsätze 2016)

Wettbewerbsgrundsätze

Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat eine der Gesundheitsversorgung der Versicherten dienende Funktion. Durch Wettbewerb sollen die Leistungen und ihre Qualität verbessert sowie Wirtschaftlichkeit und Effizienz der Versorgung und ihrer Strukturen erzielt werden.

Um die Rechtmäßigkeit des wettbewerblichen Handelns der Krankenkassen gleichmäßig sicherzustellen, haben sich die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder am 19. März 1998 darauf verständigt, ihre Aufsichtspraxis an konkretisierten gemeinsamen Maßstäben („Wettbewerbsgrundsätzen“) auszurichten.

Die zuletzt am 9. November 2006 geänderten Grundsätze treffen mittlerweile auf geänderte gesetzliche Rahmenbedingungen; das Wettbewerbsverhalten hat neue Formen angenommen. Daher haben sich die Aufsichtsbehörden unter Berücksichtigung ihrer regelmäßig ausgetauschten Erfahrungen (§ 90 Abs. 4 SGB IV) auf die „Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze 2016“ neu verständigt.

I. Ausgangslage

1) In der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, Versicherungspflichtige oder Versicherungsberechtigte können frei wählen,

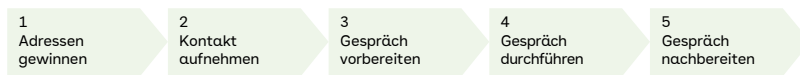
welcher Krankenkasse sie angehören wollen. Dies führt zu einem verstärkten Wettbewerb der Krankenkassen um Mitglieder.

2) Der Wettbewerb der Krankenkassen ist jedoch nicht auf die Mitgliedererwerbung beschränkt. Wettbewerbsfelder der Krankenkassen sind insbesondere der (Zusatz-) Beitragssatz und der Servicewettbewerb sowie der Vertragswettbewerb und der Wettbewerb um innovative Versorgungsformen und (Zusatz-) Leistungen innerhalb des gesetzlich eröffneten Rahmens. Maßnahmen, die der Risikoselektion dienen oder diese fördern, sind unzulässig.

3) Möglichkeiten zur Gestaltung und mithin wettbewerbliche Auswirkungen ergeben sich auf dem Gebiet der allgemeinen Aufklärung (§ 13 SGB I), auf dem Gebiet der Verträge (v.a. besondere Versorgung nach § 140a SGB V), der Modellvorhaben (§ 20g, §§ 63 – 65 SGB V), der Bonusregelung für gesundheitsbewusstes Verhalten (§ 65a SGB V), der strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (§ 137f SGB V) sowie durch Satzungsmeerleistungen.

4) Den Krankenkassen steht einerseits grundsätzlich die Möglichkeit offen, sich und ihre Aktivitäten den potentiellen Versicherten darzustellen. Dabei haben sie die allgemeinen Wertungsmaßstäbe der §§ 1, 3 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) zu beachten, d.h. die Werbung der Krankenkassen darf nicht unlauter sein.

4a) Im Verhältnis zu ihren Versicherten (Verbrauchern) ist das Verhalten der Krankenkassen unmittelbar am UWG zu messen, soweit



dieses die Richtlinie 2005/29/EG (UGP-RL) über unlautere Geschäftspraktiken umsetzt.

4b) Im Verhältnis zu den Versicherungen ist das UWG überdies für solche Beschränkungen geschäftlicher Handlungen heranzuziehen, die nicht auf der Umsetzung der UGP-RL beruhen oder die der Umsetzung anderen EU-Sekundärrechts dienen (z.B. der Datenschutz-RL 2002/58/EG für elektronische Kommunikation). Dies gilt vor allem für die Bestimmungen zum Schutz vor unverlangt auf elektronischem Weg zugesandter Werbung und vor unerbetenen telefonischen Anrufen (§ 7 UWG; s. Rz. 12, 26).

5) Gleichzeitig sind die Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung im Wettbewerb untereinander besonderen Bedingungen unterworfen, die über jene des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb hinausgehen, da

- ihre Ausgaben durch Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber finanziert werden,
- sie gesetzlich zu sparsamer und wirtschaftlicher Mittelverwendung verpflichtet sind,
- ihr Wettbewerb ihrem sozialen Auftrag angemessen sein muss.

6) Die wettbewerblichen Aktivitäten der Krankenkassen, ihrer Verbände und Arbeitsgemeinschaften haben sich daher nach folgenden Grundsätzen zu richten:

II. Allgemeine Werbemaßnahmen

1. Definition

7) Maßnahmen, die auf Gewinnen und Halten von Mitgliedern gerichtet sind und die weder der Leistungserbringung noch der allgemeinen Aufklärung dienen, sind allgemeine Werbemaßnahmen.

7a) Ausgaben für Aufwandsentschädigungen an Laienwerber (Rz. 35) für die Mitgliederwerbung zählen zu allgemeinen Werbemaßnahmen.

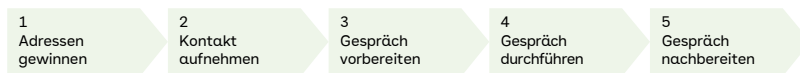
7b) Ausgaben und Unterstützungsleistungen für Sportvereine und -veranstaltungen zählen ebenfalls zu den allgemeinen Werbemaßnahmen, soweit es sich nicht um Präventionsmaßnahmen handelt.

2. Inhalt und Art

8) Die Werbung kann die Besonderheiten der Versicherung bei der Krankenkasse herausstellen. Es ist jedoch darauf zu achten, dass nur durch eine sachliche Darstellung der eigenen Besonderheiten aufgeklärt wird.

9) Vergleiche von Beiträgen oder Leistungen sind zulässig, sofern sie nicht in unlauterer Weise erfolgen, d.h. insbesondere nicht irreführend, herabsetzend oder verunglimpfend sind. Werden ausschließlich Beiträge verglichen, ist über Leistungsunterschiede aufzuklären.

10) Negative Behauptungen über andere Krankenkassen sind zu unterlassen. Dies sind insbesondere negative Bemerkungen oder Vergleiche, die geeignet



sind, die Verhältnisse bei anderen Kassen diskriminierend oder diffamierend darzustellen.

11) (unbesetzt)

12) Die Werbemaßnahmen dürfen keinen belästigenden Charakter haben (s. auch Rz. 4 bis 4c); Werbeanrufe (auch so genannte Rückhol- und Haltegespräche) ohne vorherige Einwilligung des Angerufenen und Anrufe mit unterdrückter Rufnummer sind unzulässig (s. auch Rz. 25).

13) Hausbesuche bei potentiellen oder zu haltenden Mitgliedern sind zulässig, sofern sie vorher vereinbart oder – unter Terminennung – schriftlich angekündigt werden.

3. Mittel und Ausgaben

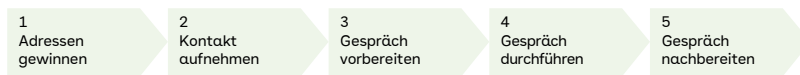
14) Als Mittel allgemeiner Werbemaßnahmen kommen grundsätzlich alle zur Verfügung stehenden Medien in Betracht.

Folgende Einschränkungen sind jedoch zu beachten:

- 15) (unbesetzt)
- 16) Die Werbung hat in einer Form zu erfolgen, die einer öffentlich-rechtlichen Institution angemessen ist.
- 17) Bei den Ausgaben für allgemeine Werbemaßnahmen ist das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten. In der Regel ist dieser Grundsatz gewahrt, solange die jährlichen Ausgaben der einzelnen Krankenkasse für allgemeine Werbemaßnahmen – einschließlich der entsprechend auszuweisenden Verbandsbeitragsanteile – 0,15 % der monatlichen Bezugsgröße

gemäß § 18 SGB IV je Mitglied nicht überschreiten. Ausgaben für Aufwandsentschädigungen sind als allgemeine Werbemaßnahmen bei der Berechnung des Ausgabenbudgets für Werbemaßnahmen zu berücksichtigen. Davon ausgenommen sind Aufwandsentschädigungen für extern gewerblich vermittelnd tätige Dritte (vgl. Rz. 35a).

- 18) Das Verteilen von Werbegeschenken ist in angemessenem Rahmen zulässig. Als angemessene Richtgröße wird insoweit ein Wert von rund 0,2 % der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV angesehen.
- 18a) Werbegeschenke müssen als Zuwendung der Krankenkasse erkennbar sein. Die Krankenkasse darf die Auslobung, Gewährung und Ausschüttung von Werbegeschenken nicht Dienstleistern übertragen, die zugleich mit der Mitgliederwerbung betraut sind. Im Übrigen gilt Rz. 35b.
- 19) Preisausschreiben dürfen der Erfüllung des Aufgabenzwecks der gesetzlichen Krankenversicherung nicht entgegenstehen; die ausgelobten Preise müssen sich im Rahmen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit halten. Im Fall einer Drittfinanzierung von Gewinnspielen der Krankenkassen haben die Krankenkassen den Sponsor zu benennen. Sie müssen hierbei dem besonderen Status der gesetzlichen Krankversicherungsträger als Körperschaften des öffentlichen Rechts Rechnung tragen



und dürfen nicht augenfällig (unter Einsatz ihrer Autorität als Krankenkasse) als Werbeträger für den Sponsor in Erscheinung treten. Diesen Grundsätzen widerspricht es beispielsweise, wenn der privatwirtschaftliche Kooperationspartner einer Krankenkasse deren Versicherten kassenfremde Rabatte gewährt und die Krankenkasse dieses besondere Angebot bewirbt.

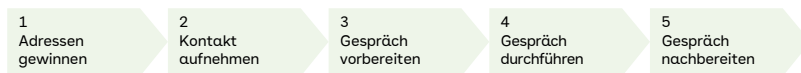
- 19a) Sach- und Dienstleistungen, die Krankenkassen zur Unterstützung ihrer Werbemaßnahmen erhalten, sind zu marktüblichen Preisen zu vergüten (Rz. 19 bleibt unberührt). Profitieren Krankenkassen von den zugleich in Angelegenheit ihres Kooperationspartners betriebenen Maßnahmen (z.B. gemeinsamer Postversand im Wege der Mitversendung von Werbebriefen), ist der damit verbundene Vorteil (anteilig) zu vergüten. Der der Vergütung entsprechende finanzielle Aufwand ist Bestandteil der budgetierten Ausgaben für allgemeine Werbemaßnahmen (Rz. 17).
- 19b) Prämien, die nur bei entsprechenden Erfolgen an den Sportverband/Verein ausbezahlt werden, sind zulässig, wenn damit die Berechtigung des Verbandes/der Krankenkasse verbunden ist, allgemeine Werbemaßnahmen (Trikotwerbung, Banden- und Fußbodenwerbung) auf dieser prämierten Veranstaltung durchzuführen.

III. Aufklärung (§ 13 SGB I) und Beratung (§ 14 SGB I) in Abgrenzung zu Werbemaßnahmen

20) Die Krankenkassen sind verpflichtet, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Bevölkerung über Rechte und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch aufzuklären (vgl. § 13 SGB I).

21) Zu fördern sind Maßnahmen, mit denen mehr Menschen in die Lage versetzt werden, Rechte und Pflichten aus dem Sozialgesetzbuch zu erkennen und wahrzunehmen. Den Krankenkassen ist es daher z.B. gestattet, über Mitgliedschafts- und Versicherungsrechte, Beitragspflichten und Zugangsmöglichkeiten zur Versicherung zu informieren. Die ausführliche Darstellung von Rechten und Pflichten aus anderen Sozialleistungsbereichen ist statthaft, soweit Schnittstellen mit der Krankenversicherung bestehen; die Verpflichtung zu weitergehenden Auskünften an den einzelnen Bürger nach § 15 SGB I bleibt unberührt.

22) Aufklärung und Beratung haben andere Inhalte, unterliegen anderen Bedingungen und Maßstäben als Werbemaßnahmen. Sie sind daher von ihnen zu unterscheiden. Aufklärungsmaßnahmen können daher allenfalls als Nebeneffekt auch Werbecharakter für die Krankenkassen haben. Im Vordergrund muss jedoch eindeutig die Vermittlung einer Sachinformation stehen.



IV. Datenschutz/Medieneinsatz

23) Bei allen Werbeaktivitäten haben die Krankenkassen die für sie jeweils geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen strikt einzuhalten.

24) Dies gilt auch bei Einschaltung Dritter. Im Falle der Auftragsdatenverarbeitung bleiben die Krankenkassen unmittelbar verantwortlich. Erfolgt die Aufgabenerledigung bzw. -durchführung durch Dritte, sind sie für die Auswahl eines zuverlässigen Dienstleisters sowie die (Organisations-) Kontrolle über diesen verantwortlich. Die Einschaltung Dritter ist nach den maßgeblichen Vorschriften in jedem Falle der Aufsichtsbehörde anzuzeigen.

25) Werbung mit einem Telefonanruf ohne die gesonderte vorherige ausdrückliche Einwilligung des Versicherten bzw. des potentiell Interessierten ist unzulässig (Rz. 4b, 12; § 7 Abs. 2 UWG); die Einholung der Einwilligung zu Beginn des Telefonats ist ebenfalls unzulässig. Dies gilt insbesondere auch für die Teilnahme im Rahmen von Selektivverträgen sowie bei der Vermittlung privater Zusatzversicherungen. In gleicher Weise unzulässig ist es, unverlangt auf elektronischem Wege Werbung zuzusenden.

26) Auch wenn eine Werbung per E-Mail, SMS oder Fax erfolgen soll, ist die Einwilligung dazu jeweils mittels einer gesonderten Erklärung zu erteilen („Opt-in Erklärung“).

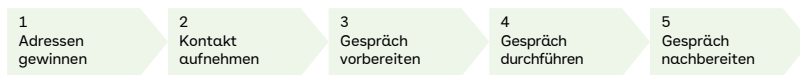
27) (unbesetzt)

28) (unbesetzt)

V. Werbung und (Zusatz-) Beitrag/ Beitragssatz

29) Mit Aussagen über den Verzicht auf die Erhebung eines Zusatzbeitrages oder über den Verzicht auf die Erhöhung des Zusatzbeitragsatzes darf nur für das laufende oder – soweit absehbar – das darauf folgende Haushaltsjahr geworben werden. Aussagen über den (Zusatz-) Beitrag bzw. Beitragssatz dürfen nicht irreführend sein. Dies gilt vor allem für die Herausstellung oder Erwähnung des (Zusatz-) Beitrags bzw. Beitragssatzes im Zusammenhang mit der Herausstellung oder Erwähnung von Versorgungs- und Serviceleistungen. Aussagen die dazu geeignet sind, irrige Vorstellungen über das Verhältnis von allgemeinem Beitragsatz und Zusatzbeitragsatz und das Verhältnis von Pflicht- und Zusatzleistungen hervorzurufen, sind unzulässig und daher zu unterlassen.

30) Soweit Krankenkassen gesetzlich verpflichtet sind, ihre Mitglieder mit einem gesonderten Schreiben auf Sonderkündigungs- und Wechselrechte hinzuweisen, ist der Hinweis schriftlich an jedes einzelne Mitglied zu richten. Den Anforderungen an ein gesondertes Schreiben entspricht es nicht, eine individualisierte schriftliche Information anderen Medien (etwa der Mitgliederzeitschrift) beizulegen (z.B. als „Einlieger“ oder innen angeheftetes Schreiben). Der Hinweis muss eindeutig, vollständig und verständlich sowie klar erkennbar sein. Er soll nicht mit Werbeaussagen verbunden werden; soweit ausnahmsweise gleichwohl eine Verbindung erfolgt, ist der Hinweis klar



von Werbeaussagen abzugrenzen und muss erkennbar den wesentlichen Bestandteil des Schreibens ausmachen; er darf nicht in kleinerer Schriftgröße verfasst sein.

31) Krankenkassen dürfen Mitgliedern, die von ihrem Sonderkündigungsrecht in Ansehung der Erhebung oder Erhöhung des Zusatzbeitrags oder -beitragssatzes Gebrauch machen wollen, keine Geldprämien für den Fall anbieten, dass sie von einem Krankenkassenwechsel Abstand nehmen; eine solche Koppelung von „Halteprämien“ und Zusatzbeiträgen bzw. Beitragssätzen ist unzulässig.

VI. Leistungsgewährung und Beitragseinstufung

32) Den Krankenkassen ist es auch aus Wettbewerbsgründen nicht gestattet, Leistungen zu gewähren oder Beitragseinstufungen vorzunehmen, die nicht dem gesetzlichen Rahmen oder der gesetzlichen Ermächtigung für satzungsgemäße Regelungen entsprechen.

VII. Verhalten der Krankenkassen im Rahmen der Mitgliederwerbung

Im Rahmen der Mitgliederwerbung ist insbesondere Folgendes zu beachten:

1. Verhalten gegenüber Mitarbeitenden und Laienwerbern

33) Mitarbeitende der Krankenkassen, die hauptamtlich Mitglieder zu werben haben, darf kein über die Dienstbezüge/Vergütung sowie die Reisekostenvergütung hinausgehendes Entgelt gezahlt werden. Die jeweils geltenden dienst- und

tarifrechtlichen Regelungen über Mehrarbeit/Überstunden bleiben unberührt.

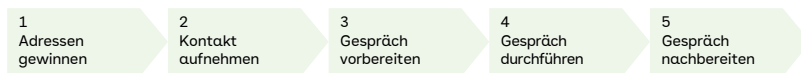
34) Mitarbeitende, die im Rahmen einer Nebentätigkeit außerhalb der Dienst- oder Arbeitszeit Mitglieder werben, darf zusätzlich zu etwaigen Reisekostenvergütungen eine Aufwandsentschädigung gewährt werden, die 0,7 % der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB V) je aufgenommenes Mitglied, aufgerundet auf einen vollen durch fünf teilbaren Eurobetrag, nicht überschreitet.

34a) Die vorgenannten Beträge sind Höchstbeträge; darüber hinausgehende Zahlungen (z.B. Reise- und Verwaltungskostenpauschalen, Betreuungsprämien, Bestandspflegevergütungen o.ä.) dürfen nicht gewährt werden.

35) Eine entsprechende Aufwandsentschädigung (Rz. 34, 34a) kann auch Versicherten oder nicht gewerblich tätigen Dritten gewährt werden, die neue Mitglieder werben (Laienwerber). Auch Versichertenälteste und Betreuungsbeauftragte (Betriebsmitarbeitende, die für die jeweilige Krankenkasse als Ansprechpartner zur Verfügung stehen), die Mitgliederwerbung betreiben, sind Laienwerber. Laienwerbern darf neben der Aufwandsentschädigung keine zusätzliche Reisekostenvergütung gezahlt werden.

2. Gewerblich vermittelnd tätige Dritte

35a) Mitglieder dürfen auch durch externe gewerblich ver-



mittelnd tätige Dritte (Finanzdienstleister) angeworben werden. Die gezahlte Aufwandsentschädigung darf 3 % der monatlichen Bezugsgröße je aufgenommenes Mitglied nicht überschreiten. Als Aufwandsentschädigung gilt auch der Vorteil, den PKV-Unternehmen, die für eine Krankenkasse kostenlos Mitglieder werben, dadurch erzielen, dass die Krankenkasse ihrerseits private Zusatzversicherungen für dieses PKV-Unternehmen vermittelt (Rz. 45 c), ohne dass dies vergütet wird.

35b) Die Grenzbeträge für die Aufwandsentschädigung sind Höchstgrenzen. Darüber hinausgehende Zahlungen (z.B. Reise- und Verwaltungskostenpauschalen, Betreuungsprämien, Bestandspflegevergütungen o.ä.) dürfen nicht gewährt werden.

35c) Externe gewerbliche Dritte im vorgenannten Sinne sind ausschließlich Finanzdienstleister und gewerbliche Vermittler, die über eine gewerberechtliche Erlaubnis zur Vermittlungstätigkeit verfügen. Im Übrigen gelten die Grundsätze zur Beauftragung Dritter (Rz. 45 ff.).

35d) Werden extern gewerblich vermittelnd tätige Dritte im Auftrag der beworbenen Krankenkasse tätig, darf die Krankenkasse eine Aufwandspauschale nur zahlen, wenn die Wettbewerbsgrundsätze in Anbetracht des Tätigwerdens des Dritten eingehalten werden. Die Regelungen zur Beauftragung (Rz. 45 ff.) gelten entsprechend.

3. Verhalten der Krankenkassen untereinander

36) Die Krankenkassen können auf die Möglichkeit einer Kündigung bzw. eines Austritts sowie auf die bei einer Kündigung bzw. einem Austritt aus einer anderen Krankenkasse einzuhaltende Frist und Form hinweisen.

37) Kündigungshilfen, die nach den allgemeinen Grundsätzen des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb rechtswidrig sind, sind zu unterlassen.

38) Eine solche unzulässige Kündigungshilfe liegt insbesondere vor, wenn die Kasse das zu werbende Mitglied irreführt, überrumpelt oder sonst unangemessen unsachlich in seiner Entscheidungsfreiheit beeinträchtigt.

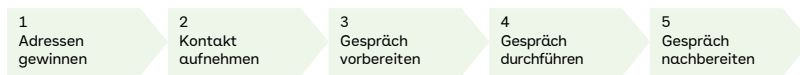
39) (unbesetzt)

40) Die Krankenkassen dürfen sich nicht zur Abgabe von Kündigungserklärungen bevollmächtigen lassen.

4. Inanspruchnahme der Autorität Dritter

41) Die Autorität Dritter (Unternehmen, Behörden etc.) darf nicht zur Werbung eingesetzt werden. Damit soll sichergestellt werden, dass durch Dritte kein unzulässiger Druck auf potentielle Mitglieder bei der Kassenwahl ausgeübt wird.

42) Unzulässiger Einsatz der Autorität Dritter liegt dann vor, wenn damit zugunsten einer bestimmten Krankenkasse missbräuchlich oder täuschend Einfluss genommen und insbesondere die freie Kassenwahl unterlaufen wird. Dagegen ist die Inanspruchnahme der Kompetenz Dritter zulässig, falls



das potentielle Mitglied einen Informationsbedarf besitzt, den der Dritte sachlich korrekt und neutral befriedigen kann.

43) (unbesetzt)

44) (unbesetzt)

5. Beauftragung Dritter

45) Die Wettbewerbsgrundsätze sind unabhängig davon zu beachten, ob die Werbe- und Aufklärungsmaßnahmen unmittelbar durch die Krankenkassen durchgeführt werden oder ob die Kassen mit diesen Maßnahmen Dritte beauftragen. Ehrenamtlich tätige Versicherte gelten nicht als Dritte. Der Einsatz von Werbekolonnen ist nicht gestattet.

Die Auftragnehmer sind vertraglich zur Einhaltung dieser Wettbewerbsgrundsätze zu verpflichten. Die Einhaltung dieser Verpflichtung haben die Kassen zu überwachen. Für den Fall des Zuwiderhandelns durch die beauftragten Dritten haben sich die Kassen das Recht zur sofortigen Kündigung vertraglich vorzubehalten.

45a) Krankenkassen dürfen nicht mit Auftragnehmern zusammenarbeiten, die (Wechsel-) Prämien für das Neumitglied ausloben oder andere geldwerte Vorteile (Gutscheine o.ä.) oder „Werbebeschenke“ (Rz. 18, 18a) gewähren. Dies gilt unabhängig von der Höhe der Aufwandsentschädigung für den Beauftragten; die Weitergabe der Aufwandsentschädigung oder eines Teiles an die Neumitglieder in Form von Prämien, „Werbebeschenken“ oder sonstiger geldwerter Vorteile ist unzulässig.

45b) So genannte Zielgruppenvereinbarungen für die Werbung neuer Mitglieder verstoßen gegen geltendes Recht; sie sind unzulässig.

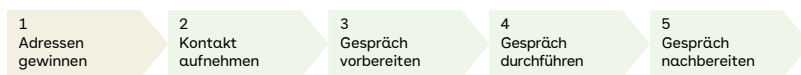
VIII. Kooperation mit privaten Krankenversicherungen

45c) § 194 Abs. 1a SGB V erlaubt die Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV-Unternehmen), damit die bereits bei der Krankenkasse Versicherten Zusatzversicherungen über ihre Kasse abschließen können. Krankenkassen dürfen ihren Versicherten nur solche Zusatzversicherungen vermitteln, welche die Versorgung mit Gesundheitsleistungen der GKV ergänzen.

45d) Die Krankenkassen dürfen nicht den Eindruck erwecken, die Versorgung mit Leistungen der privaten Krankenversicherung sei eine Leistung der Krankenkasse. Der PKV-Kooperationspartner (private Zusatzversicherer) ist nach außen darzustellen. Die Krankenkassen dürfen die Zusatzversicherung nicht als eigene Leistung oder als gemeinsame Leistung oder gemeinsames Produkt von Krankenkasse und PKV-Unternehmen bewerben. Das Handeln und der Verantwortungsbereich der Krankenkasse müssen vom Handeln und dem Verantwortungsbereich des PKV-Unternehmens stets abgegrenzt und dies nach außen mit Unterscheidungskraft dargestellt werden.

IX. Buchung

46) Die Krankenkassen haben sicherzustellen, dass Werbemaßnahmen und Aufklärungsaktivitäten buchungsmäßig voneinander



abgegrenzt und den Bestimmungen des Kontenrahmens entsprechend verbucht werden.

47) Portokosten sowie Kosten für andere Kommunikationsformen im Rahmen der Werbung sind als Sachkosten der Werbung zu buchen.

48) (unbesetzt)

49) (unbesetzt)

X. Anwendung der Wettbewerbsgrundsätze

50) Bei Verstößen gegen diese Wettbewerbsgrundsätze wird die Aufsichtsbehörde tätig; dies gilt auch für die Prüfdienste der Krankenversicherung.

51) Sollte sich herausstellen, dass sich bei der Anwendung dieser Wettbewerbsgrundsätze eine unterschiedliche Aufsichtspraxis ergibt, wirken die Aufsichtsbehörden darauf hin, eine einheitliche Aufsichtspraxis zu gewährleisten.

52) Beschließen die Aufsichtsbehörden einvernehmlich über eine einheitliche Anwendungspraxis der Wettbewerbsgrundsätze (vgl. Rz. 51) oder über zusätzliche Bestimmungen, welche die Grundsätze laut Beschlussfassung ergänzen, werden diese Beschlüsse den Wettbewerbsgrundsätzen als deren Bestandteil in fortlaufender Nummerierung und mit Beschlussdatum in Form einer Anlage beigelegt [„Ergänzungsbeschluss Nr. X vom TT.MM.JJJJ“].

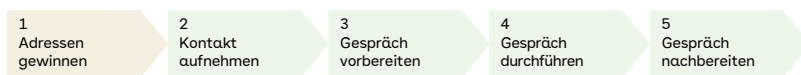
Die Erstellung und Erweiterung der Anlage wird vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BSA) redaktionell betreut. Die Krankenkassen werden von der für sie zuständigen Aufsichtsbehörde über neu gefasste Ergänzungsbeschlüsse informiert.

Die Aufsichtsbehörden haben also u.a. besonders darauf hingewiesen, dass auch für Krankenkassen die allgemeinen Wertungsvorschriften des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb gelten. D.h., auch Krankenkassen dürfen sich im Wettbewerb nicht unlauter verhalten (sie dürfen z.B. keine unwahren Angaben zu ihrem Preis machen). Daneben verweisen die Aufsichtsbehörden darauf, dass die Krankenkassen ihre Werbung nur in einem engen inhaltlichen und finanziellen Rahmen durchführen dürfen. Sie weisen dabei insbesondere auf die hohe Bedeutung datenschutzrechtlicher Regelungen (Adressdaten) hin und auch darauf, dass Werbung nicht belästigend sein darf. Die Bedeutung dieser aufsichtsrechtlichen Bewertung dürfte in der nächsten Zeit zunehmen. U.a., weil der § 90 SGB IV neu gefasst wurde, um die Stellung der Aufsichtsbehörden, auf der die Aufsichten sich zu gemeinsamem Vorgehen und Einschätzung austauschen, gestärkt wurde.

Die Krankenkassen haben auch im Zusammenhang mit der Werbung die ihnen obliegenden Aufgaben, unter Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, zu erfüllen. In der Regel ist dieser Grundsatz gewahrt, solange die jährlichen Ausgaben der einzelnen Krankenkasse für allgemeine Werbemaßnahmen zur Mitgliedergewinnung und -haltarbeit 0,15 % der monatlichen Bezugsgröße je Mitglied nicht übersteigen (vgl. allgemeine Werbemaßnahmen).

Das Verteilen von Werbegeschenken mit einem Wert über 0,2 % der monatlichen Bezugsgröße ist nicht zulässig.

§ 69 Abs. 2
SGB IV



Um eine gleiche Wettbewerbsgrundlage für alle Krankenkassen zu schaffen, geben die Wettbewerbsgrundsätze auch die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel für Information, Werbung und Prämien an. Diese Werte werden an die Entwicklung der Bezugsgröße gekoppelt. Folgende Werte gelten für 2025:

- für allgemeine Information und Aufklärung stehen den Krankenkassen 0,15 % der mtl. Bezugsgröße zur Verfügung (= 5,62 € je Mitglied)
- für Give-aways stehen 0,2 % der mtl. Bezugsgröße zur Verfügung (= 7,49 € je Mitglied; allerdings inkl. Verpackung und Mehrwertsteuer!)
- für Aufwandsentschädigungen zur Mitgliederwerbung stehen 0,7 % der mtl. Bezugsgröße zur Verfügung (= 26,22 € je Mitglied)

Diese Werte sind im Vergleich zu den Aufwendungen für Werbung und Akquisition fast aller Firmen äußerst gering. Vergleichen Sie einmal die Ausgaben für Werbung der PKV mit denen der GKV. Dazu können Sie die Webseiten des PKV-Verbands besuchen oder auch die Magazine „Spiegel“, „Stern“ oder „Focus“ lesen.

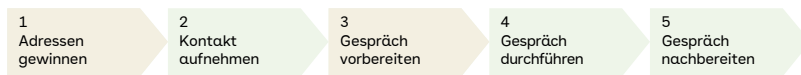
Erforschen Sie auf der Homepage des PKV-Verbands unter www.pkv.de, wie hoch die Ausgaben für Werbung und Öffentlichkeitsarbeit liegen. Vergleichen Sie die Ausgaben dann mit denen der AOK.

Das Internet wirkt sich bereits jetzt in starkem Maße auf das Marketing von Krankenkassen aus. Dies gilt bislang insbesondere für das Marketing bei jüngeren Zielgruppen, aber mit steigender Tendenz auch für das in anderen Versichertenkreisen. Wir sind an verschiedenen Stellen des Lernbriefs bereits darauf eingegangen (z.B.

hatten wir zu Vergleichsportalen für Krankenkassenangebote berichtet, oder haben die Internetwerbung als Werbemittel erwähnt).

Ein im Bereich des Krankenkassenmarketing noch vergleichsweise neuer Trend ist der Einsatz von sozialen Medien (wie z.B. TikTok oder Instagram). Die besondere Chance und zugleich Herausforderung dieser Technologien ist es, dass viele Nutzer die Inhalte in sozialen Medien als vergleichsweise authentisch wahrnehmen. Die Meinung eines Freundes, der etwas zu seiner Krankenkasse postet, hat ein ganz besonderes Gewicht – und: sie verbreitet sich Dank der Möglichkeit, die Meinung zu teilen, zu kommentieren oder zu liken schnell. Gelingt es einer Krankenkasse, sich in den sozialen Medien gut zu positionieren – indem z.B. eigene Themen gepostet und aktiv mit Kommentaren begleitet werden – hat dies einen positiven Effekt auf ihre Außenwirkung. Allerdings lassen sich nicht alle Diskussionen in den sozialen Medien einfach moderieren. Gerade wenn es z.B. um eine Leistung geht, die nicht übernommen werden konnte, ist in aller Regel viel Emotion im Spiel: gerade hier sind Spezialisten gefragt, die solche Diskussionen entdecken und wissen, wie sie optimal zu begleiten sind.

Neben ihrem Engagement in sozialen Medien kann die AOK aber auch ganz direkt mit Versicherten über das Internet kommunizieren. Beispielsweise indem Produktangebote (ggf. sogar speziell) auch im Internet verfügbar gemacht werden. Zu nennen sind hier z.B. die Online-Geschäftsstelle der AOK und das App-Angebot der AOK. Hier werden sowohl individuelle Beratungen ermöglicht, als auch die Abwicklung von Versichertenanliegen unterstützt. Das reicht von der Mög-



lichkeit des Versicherten in der Online-Geschäftsstelle seine Arztrechnungen abzurufen bis hin zu Apps für moderne Gesundheitsbonus-Angebote, die im AOK-System angeboten werden. Erkundigen Sie sich, welche Angebote Ihre AOK vorhält.

8.3.3 Kommunikationspolitik in der PKV

3
Gespräch
vorbereiten

Zur Unterstützung des Außendienstes wird von den einzelnen Versicherern, aber auch vom Verband der PKV e.V., regelmäßig Werbung in den Printmedien durchgeführt. Durch diese Anzeigen wird ein Großteil der potenziellen Interessenten erreicht. Auffallend ist in der gesamten PKV-Werbung, dass überwiegend die emotionale Ebene angesprochen wird. Sachinformationen findet man in den seltensten Fällen, allenfalls im „Kleingedruckten“.

Die Schwerpunkte der PKV-Werbung liegen vornehmlich in den Bereichen Preis, Leistung, Image und Emotionen. Dabei werden häufig die folgenden Schwerpunkte herausgestellt:

- Beitragseinsparungen gegenüber der AOK (als Beispiele dienen meistens junge, männliche, ledige Versicherungsnehmer)
- Leistungsvorteile, z.B. Kostenerstattung der PKV für privatärztliche Behandlung und Behandlung durch Heilpraktiker
- Wahlleistungen im Krankenhaus
- Statusdenken („Patienten erster Klasse“)
- Rückerstattung von Beiträgen

8.4 Vertriebspolitik

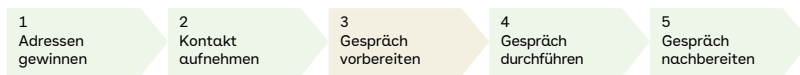
3
Gespräch
vorbereiten

Neben der Produkt- und Preisgestaltung, sind schließlich Entscheidungen über die Absatzmethoden und Absatzwege, die auch logistische Fragestellungen – nach Transportwegen und Lieferservice – beinhalten, zu stellen. So gilt es, u.a. die Absatzmittler auszuwählen und die Fragestellungen des Transportwesens, der Lagerhaltung und des Lieferservices zu klären. Absatzmittler sind Personen, die für uns den Vertrieb der Dienstleistungen übernehmen. Das könnten sogenannte Betreuungsbeauftragte oder auch – sofern rechtlich möglich – Versicherungsagenten sein.

Die grundlegenden Entscheidungen, die im Rahmen der Vertriebspolitik (Distributionspolitik) zu treffen sind, gliedern sich in folgende Bereiche:

1. Wahl zwischen zentralem und dezentralem Absatz (Vertriebssystem)
2. Wahl zwischen eigenen und fremden Verkaufsorganen (Absatzform)
3. Wahl zwischen direktem und indirektem Absatz (Absatzwege)

Von direkten Absatzwegen spricht man dann, wenn ein Unternehmen mit oder ohne vorhandene Verkaufsorganisation die Produkte direkt an den Endverbraucher verkauft und somit direkt mit dem Endverbraucher in Kontakt tritt. Dieser Absatzweg empfiehlt sich besonders dann, wenn die Meinung und die Wünsche sehr komplex sind bzw. das Produkt besonders erklärungsbedürftig ist und somit eine Spezialisierung des Verkaufspersonals



erfordert. Erklärungsbedürftige Produkte zeichnen sich durch ein hohes Maß an erforderlicher Beratungsleistung aus. Denn ohne eine fachkundige Beratung kann der Inhalt und der zum Teil vielfältige Nutzen der Produkte/Angebote nicht erkannt werden. Die Versicherungsbranche hat fast ausschließlich solche erklärungsbedürftigen Angebote zu verkaufen. Auch die Angebote der AOK sind erklärungsbedürftig und erfordern eine solide und gute Fachkompetenz für ein gelungenes Beratungsgespräch.

Auch fehlt in diesem Marktsegment häufig die entsprechende Markttransparenz, sodass die Kunden auf die gute Beratung angewiesen sind.

Eine besondere Form des direkten Absatzwegs ist das sogenannte Franchising. Hierbei wird durch einen Lizenzvertrag vom Franchisegeber eine meist bereits eingeführte Produktidee an den Franchisenehmer „verpachtet“. Aus diesem Grund sehen die Franchiseverträge vor, dass die Franchisenehmer das einheitliche Erscheinungsbild des Geschäfts, die gleiche Qualität und Vielfalt der angebotenen Produkte sicherstellen müssen. Übergreifende Themen wie z.B. die einheitliche Werbung und die Gestaltung – beispielsweise bei McDonalds – die Auswahl des Personals usw. werden fast immer durch den Franchisegeber bestimmt. Weitere Beispiele aus unserem täglichen Umfeld sind z.B. Back-Werk, The Body Shop, Bofrost. Vergleichen Sie einmal die Ladengeschäfte in Ihrer Stadt. Welche Gemeinsamkeiten stellen Sie bei den einzelnen Filialen der großen Anbieter fest (z.B. Parfümerien oder Großbäckereien)?

Der indirekte Absatzweg ist durch die Einschaltung eines Absatzmittlers zwischen den Produzenten und dem Endverbraucher gekennzeichnet. Ein Hersteller/Produzent kann als Absatzmittler z.B. Handelsvertretende, Kommissionäre, Makler/-innen, Messen usw. einsetzen. Eine andere Möglichkeit besteht darin, Handelsstufen zu nutzen. Diesen Weg wählt man, wenn (Groß- und Einzelhändler) als Absatzmittler die Produkte des Produzenten verkaufen.

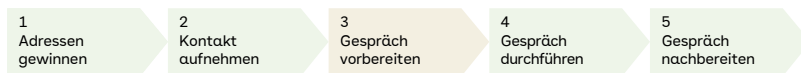
Bei der Wahl der Absatzwege gilt es zu beachten, dass sich in der Regel der direkte Absatzweg, also über eigenes Verkaufspersonal, als kostenintensiver erwiesen hat als ein indirekter Vertriebsweg.

Beispiel

Im Unternehmen müssen wir uns entscheiden, ob wir für einen neuen Versichertenservice den direkten oder den indirekten Vertrieb wählen wollen. Es liegen uns folgende Daten zur Entscheidung vor:

- Die Fixkosten des direkten Vertriebs betragen 273.000 €. Darüber hinaus entstehen pro Besuch variable Kosten in Höhe von 1.250 €. Der Ertrag des Unternehmens liegt bei 1.700 € pro Besuch.
- Beim indirekten Vertrieb entstehen Fixkosten in Höhe von 136.500 € und variable Kosten pro Besuch in Höhe von 1.300 €. Der Ertrag liegt bei diesem Vertrieb bei 1.550 € pro Besuch.

Das Unternehmen rechnet mit einer Absatzmenge von 2.750 erfolgreichen Besuchen (abgesetzte Stücke).



Frage

Welcher Vertriebsweg stellt die günstigere Variante dar?

rechnerische Lösung

direkter Vertrieb

Fixkosten	273.000 €
variable Kosten (2.750 x 1.250 €)	3.437.500 €
Herstellungskosten	3.710.500 €
– Umsatz (2.750 x 1.700 €)	4.675.000 €
Überschuss	964.500 €

indirekter Vertrieb

Fixkosten	136.500 €
variable Kosten (2.750 x 1.300 €)	3.575.000 €
Herstellungskosten	3.711.500 €
– Umsatz (2.750 x 1.550 €)	4.262.500 €
Überschuss	551.000 €

Der direkte Vertrieb stellt die günstigere Variante dar. Also sollen eigene Außendienstmitarbeiter den Vertrieb übernehmen.

der Gestaltung der Vertriebspolitik von allen Krankenkassen zu berücksichtigen sind (z.B. bei der Leistungs- und Beitragspolitik). Aber auch hier gilt es, Gestaltungsräume zu erkennen und mit kreativen Ideen auszufüllen.

In den Lernbriefen zum Leistungsrecht haben Sie gelesen, wann die Leistungen der AOK als Geld- oder Sachleistungen zu erbringen sind. Dies wirkt sich gravierend auf die Vertriebspolitik der AOK aus.

Wenn die AOK ihren Versicherten Leistungen zur Verfügung stellt, ist jeweils die Frage nach dem „Wie“ zu klären. Grundsätzlich sind die Leistungen als Dienst-, Sach- oder Geldleistung zu erbringen.

§ 11 SGB I

Je nach Leistungsart ist der Vertriebsweg dabei natürlich unterschiedlich. Dienstleistungen wie z.B. Aufklärung, Beratung, Auskunft und Geldleistungen werden hauptsächlich durch die Privat- und Firmenkundenberater der AOK auf direktem Vertriebsweg im Innen- und Außendienst erbracht.

Sachleistungen der AOK hingegen werden meist nicht über den direkten Vertriebsweg erbracht.

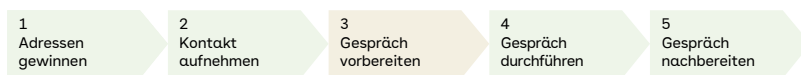
8.4.1 Vertriebspolitik der AOK

Auch die AOK muss sich die Frage beantworten: „Wie gelangen unsere Produkte zum Versicherten?“ Es sind also die Vertriebswege, die Vertriebsorgane, die betrieblichen Standorte und die Marketing-Logistik (physische Verteilung der Güter) auszuwählen.

Was bedeutet das für die AOK? Ist der Vertrieb der AOK-Leistungen nicht schon durch den Gesetzgeber klar geregelt? Der Gesetzgeber hat gesetzliche Vorschriften geschaffen, die bei

Das wäre beschäftigungspolitisch für die AOK auch nicht sinnvoll. Die AOK müsste Ärzte, Pflegepersonal, Apotheker/-innen usw. in großer Anzahl beschäftigen. Aber auch seitens des Gesetzgebers ist es nicht gewollt, dass z.B. Ärzte ihre Selbstständigkeit verlieren. So wurde im SGB V vorge-schrieben, dass die Krankenkassen mit Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern usw. Verträge zur Sicherstellung der Versorgung der Kunden abschließen. Hier wurde also der indirekte Vertriebsweg für die Leistungserbringung gewählt.

§ 69 ff. SGB V



Gleiches gilt für Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Die AOK darf solche als Eigeneinrichtungen nur errichten, soweit sie die Durchführung ihrer Aufgaben bei der Gesundheitsvorsorge und der Rehabilitation auf andere Weise nicht sicherstellen kann. Sollte die AOK am 01. 01. 1989 bereits Eigeneinrichtungen betrieben haben, dürfen diese weiter betrieben werden. (So kann die AOK Rheinland/Hamburg ihren Kunden z.B. zahnärztliche Behandlung in einer eigenen Zahnklinik in Düsseldorf anbieten.) Da die AOK bei der Vertragsverhandlung mit den Leistungserbringern oft federführend ist, hat sie allerdings auch ohne direkten eigenen Vertrieb einen großen Einfluss auf die Gestaltung des Vertriebswegs.

Auch Dienstleistungen werden, z.B. durch Betreuungsbeauftragte, auf indirektem Vertriebsweg erbracht. Betreuungsbeauftragte sind ehrenamtlich tätige Mitarbeitende der AOK. Sie beraten die AOK-versicherten Kollegen in Sachen Krankenversicherung vor Ort, d.h. in dem Unternehmen, in dem sie selbst beschäftigt sind. Sie helfen bei Leistungsanträgen, füllen Formulare aus und leiten diese direkt an die AOK weiter. Bei schwierigen Fragen vermitteln sie umgehend den Kontakt zu kompetenten AOK-Mitarbeitenden.

Da sich die AOK beim indirekten Vertriebsweg Personen bedient, die nicht AOK-Mitarbeitende sind, ist für die Leistungserbringung eine Qualitätskontrolle unbedingt erforderlich.

Darüber hinaus sind kurze Wege zum Kunden erforderlich. So haben AOKs z.B. Hotline-Telefone zur Beratung bei ärztlichen Behandlungsfehlern oder bei schwerer Erkrankung von Kindern geschaltet. Neben Telefon-Hotlines

gibt es auch im Internet, unter der Adresse www.aok.de, vielfältige Möglichkeiten für die Kunden, Kontakt mit der AOK aufzunehmen und sich zu informieren.

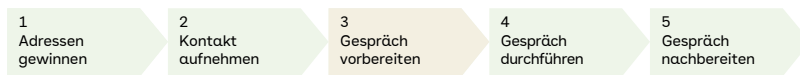
Im Bereich direkter Vertriebswege hat die AOK alle unternehmerischen Möglichkeiten, Leistungen und Service kundenorientiert anzubieten. Nachfolgend finden Sie eine Auswahl an Fragen, die an dieser Stelle von der AOK zu entscheiden sind:

- Wie viele Außendienstmitarbeitende soll die AOK beschäftigen?
- Wo soll die nächste AOK-Geschäftsstelle errichtet werden?
- Wie soll die Öffnungszeiten der AOK sein?
- Lohnt sich eine Beratungsstelle der AOK in der Fußgängerzone?
- Soll in einem Krankenhaus oder an einem der Haupturlaubsziele der Kunden eine AOK-Geschäftsstelle errichtet werden?

Allein die Frage, wie viele Außendienstmitarbeitende eine Geschäftsstelle hat, ist schon ein eigenes Entscheidungsproblem. Mithilfe einer einfachen Rechnung lässt sich hier eine Entscheidung vorbereiten:

Zahl der Kunden	x	Besuchsfrequenz
Tagesbe- suchsrate	x	Zahl der Arbeitstage
=		
Zahl der Außendienstmitarbeitenden		

Gerade im Bereich der Dienstleistung lässt sich die Vertriebspolitik und die Produktpolitik nur sehr schwer voneinander trennen. Da die Dienstleistung (Service) das Produkt der AOK ist und diese vom AOK-Mitarbeitenden direkt erbracht wird, gilt hier:



Die AOK muss da sein, wo der Versicherte ist. Die Organisation muss sich den Kundenwünschen entsprechend anpassen.

In der Vertriebspolitik wird aber nicht nur über die Leistungserbringung der AOK entschieden. Es stellt sich auch die Frage, wie können wir unseren Vertrieb zur Kundengewinnung und -bindung nutzen?

Hier sind insbesondere die Außendienstmitarbeitenden Ihrer AOK gute Ansprechpartner. Sie können Ihnen u.a. nähere Einzelheiten zu den Bereichen „Direktwerbung“, „Mitgliederbestandspflege“, „Zielgruppenansprache“, „Akquisitionsinstrumente und -argumente“ geben. Nutzen Sie die Gelegenheit zum Gespräch, und gehen Sie mit erfahrenen Kolleginnen und Kollegen in den Außendienst, um sich selbst hierfür fit zu machen. Aber auch die Mitarbeitenden im Innendienst können die häufigen Kontakte zu Kunden gut nutzen, um den Marktanteil der AOK zu erhöhen, indem sie im Gespräch die Vorteile einer AOK-Versicherung darstellen und den Besucher so für die AOK gewinnen.

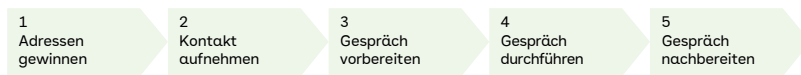
8.4.2 Vertriebspolitik der PKV

Aus der Organisationsstruktur der privaten Krankenversicherungsunternehmen ergibt sich eindeutig, dass in der PKV überwiegend die Vertriebsstrategie des Außendienstes gewählt wurde. Unter dem Außendienst versteht man alle für ein Unternehmen auf direktem oder indirektem Absatzweg außerhalb der Direktion oder des Geschäftsstellennetzes tätigen Personen, die den unmittelbaren Kontakt zu den Versicherten halten. Sie sind meist nicht in den eigentlichen Bürobetrieb eingegliedert, aber organisatorisch ein Teil des gesamten Versicherungsbetriebs.

In der PKV hat der Außendienst nahezu ausschließlich die Aufgabe der Versicherungsvermittlung. Die Betreuung, d.h., die Abwicklung des Versicherungsgeschäfts und hier insbesondere die Kostenerstattung, geschieht allein durch den Innendienst. Das gilt im Übrigen auch für die Antragsbearbeitung, die durch den Innendienst erfolgt. Bei der Antragsbearbeitung wird auch entschieden, ob dem Antrag eines Versicherungswilligen auf Abschluss eines Versicherungsvertrags entsprochen wird oder ob Veränderungen gegenüber dem Antragsinhalt vorgenommen werden, z.B. die Vereinbarung eines Risikozuschlags.

Für die Gewinnung von Versicherungsnehmern im Rahmen des Vertriebs hat die PKV grundsätzlich folgende Adressgewinnungsmöglichkeiten:

- Empfehlungsadressen von Versicherten der Versicherer
- schriftliche und persönliche Kontaktaufnahme mit potenziellen Versicherten
- Ausbau bzw. Aufstockung bestehender Versicherungsverträge, ggf. auch von Zusatzversicherungen
- Zugang zu Versicherungspotenzialen über die bei ihnen abgeschlossenen Pflegeversicherungsverträge
- Anzeigenwerbung
- Internet-Auftritt



8.5 Übungen zum Lernabschnitt 8

Übung 15

Beschreiben Sie, worin der wesentliche Unterschied zwischen den Teilen I und II der allgemeinen Versicherungsbedingungen liegt.

Übung 16

Stellen Sie den Unterschied zwischen den allgemeinen Versicherungsbedingungen und den besonderen Versicherungsbedingungen dar.

Übung 17

Erläutern Sie die Begriffe „Risikoabschluss“ und „Risikozuschlag“ anhand eines Beispiels.

Übung 18

Aus welchem Grund bevorzugen die privaten Versicherungsunternehmen den Risikozuschlag vor dem Risikoabschluss?

Übung 19

Hinweise

Die Angabe von Rechtsvorschriften ist nicht erforderlich. Fristenberechnungen sind ebenfalls nicht zu begründen.

Aufgabe

Erläutern Sie den rechtlichen Unterschied beim Zustandekommen einer freiwilligen Versicherung bei der AOK und einem Versicherungsvertrag bei einem PKV-Unternehmen.

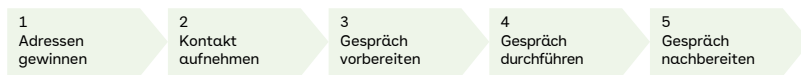
Übung 20

Hinweise

Kreuzen Sie Ihre Lösung in der Tabelle an, und begründen Sie kurz Ihre Entscheidung. Die Angabe von Rechtsvorschriften ist nicht erforderlich.

Aufgabe

Beurteilen Sie in den folgenden Fällen, ob ein wirksamer Versicherungsvertrag zustande gekommen ist.



		wirksamer Vertrag	
		ja	nein
1. Fall			
Ralf Weller beantragt am 02. 06. eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Allesschutz AG. Die Allesschutz AG sendet Ralf Weller die Versicherungspolice, ohne Änderungen gegenüber des Antrags von Ralf Weller, am 30. 06. zu.			
2. Fall			
Sabine Bleibtreu beantragt am 02. 06. eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Allesschutz AG. Später bekommt Sabine Bleibtreu Bedenken gegen eine private Krankenversicherung. Die Allesschutz AG schickt Sabine Bleibtreu am 23. 06. die Versicherungspolice zu. Am 30. 06. widerruft sie ihren Antrag.			
3. Fall			
Am 02. 06. beantragt Guido Schmidt eine Pflegepflichtversicherung bei der Allesschutz AG, bei der er auch schon eine Krankheitskostenvollversicherung hat. Da Guido Schmidt schon recht betagt ist, lehnt die Allesschutz AG den Antrag auf die Pflegepflichtversicherung mit Schreiben vom 23. 06. ab.			
4. Fall			
Kevin Meyer beantragt am 02.06. eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Allesschutz AG. Da Kevin Meyer an einer chronischen Gelenkerkrankung leidet, ändert die Allesschutz AG den Antrag in der Form ab, dass sie einen Risikozuschlag erhebt.			

Übung 21

Erläutern Sie stichwortartig, welche Folgen sich aus einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht ergeben, ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

Übung 22

Erläutern Sie, ob der Zeitpunkt des Vertragsabschlusses mit dem Beginn des Versicherungsschutzes bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen identisch ist, ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

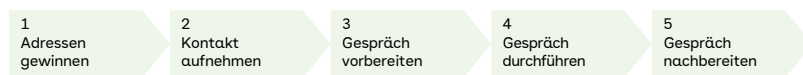
Übung 23

Hinweis

Vervollständigen Sie die nebenstehende Tabelle.

Aufgabe

Entscheiden Sie in den folgenden Fällen, ob eine ordentliche/außerordentliche Kündigung möglich ist bzw. ob es sich um einen sonstigen Beendigungsgrund handelt.



	Beendigung möglich ja/nein	ordentliche Kündigung	außer- ordentliche Kündigung	sonstige Bedingungs- gründe
--	----------------------------------	--------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

1. Fall

Reiner Schild ist Arbeitnehmer mit einem Gehalt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze und seit vielen Jahren bei der Allesschutz AG privat vollversichert. Da er zurzeit für einen langen Urlaub spart, überweist er die Beiträge zu dieser Versicherung nicht mehr. Nach mehreren Hinweisen auf die Beitragsrückstände kündigt die Allesschutz AG den Versicherungsvertrag mit Reiner Schild.

2. Fall

Olivia Zonk ist seit 01. 01. 2025 bei der Allesschutz AG privat krankenversichert. Der Versicherungsvertrag für ihre Zahnzusatzversicherung sieht eine Laufzeit von zwei Jahren vor. Da Olivia Zonk jedoch mit der Leistungsgewährung der Allesschutz AG nicht zufrieden ist, kündigt sie den Versicherungsvertrag am 02. 06. zum 31. 12. 2025.

3. Fall

Robin Bello hat seit vielen Jahren eine Krankentagegeldversicherung bei der Allesschutz AG. Am 23. 06. 2025 vollendet er sein 65. Lebensjahr. Die Allesschutz AG sendet ihm daraufhin eine Mitteilung über das Ende der Krankentagegeldversicherung zu.

4. Fall

Svenja Zagallo ist Studentin und zusammen mit ihren Eltern bei der Allesschutz AG privat krankenversichert. Am 14. 02. 2025 heiratet sie den Rechtsanwalt Klaus Berger. Klaus Berger ist freiwilliges Mitglied und Kunde der AOK. Die Voraussetzungen des § 10 SGB V werden von Svenja Zagallo erfüllt.

Übung 24

Die PKV kennt verschiedene Leistungseinschränkungen. Nennen Sie die wichtigsten.

Übung 25

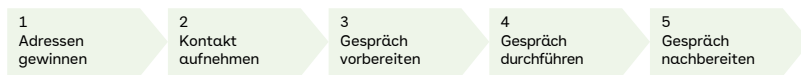
Oft sind Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz sinnvoll. Erläutern Sie, wann dies z.B. der Fall ist und welche Möglichkeit die AOK hat, ihren Kunden in einem solchen Fall zu helfen.

Übung 26

Nennen Sie zehn wesentliche Vorteile, die für eine Mitgliedschaft bei der AOK, insbesondere im Vergleich zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung, sprechen.

Übung 27

Nennen Sie fünf „Produkte“, mit denen die AOK im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten Wettbewerbsvorteile erreichen kann.



Übung 28

Nennen Sie die Faktoren, die die Höhe der Prämie beim Abschluss der Versicherung beeinflussen.

Übung 29

Beschreiben Sie den wesentlichen Unterschied zwischen dem Äquivalenzprinzip und dem Solidaritätsprinzip.

Übung 30

Die PKV bildet Alterungsrückstellungen. Erläutern Sie, welchem Zweck diese dienen.

Übung 31

Beschreiben Sie, in welcher Höhe und für welche Zeit der Arbeitgeber einen Zuschuss zu den PKV-Beiträgen zahlen muss mit Angabe der Rechtsvorschriften.

Übung 32

Sachverhalt

Jürgen Meier ist Arbeitnehmer aus Niedersachsen und aufgrund Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert.

Sein monatlicher Krankenversicherungsbeitrag beträgt 480 €. Er ist dort auch pflegeversichert und zahlt hierfür 61 €.

Hinweis

Es genügt die nachvollziehbare Darstellung des Rechenwegs ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

Aufgabe

Berechnen Sie den Zuschuss, den Jürgen Meier von seinem Arbeitgeber zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung erhält.

Übung 33

Erläutern Sie im Rahmen der Distributionspolitik die Begriffe:

- direkter Absatz/Vertriebsweg
- indirekter Absatz/Vertriebsweg

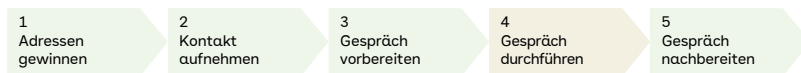
Übung 34

Sachverhalt

Von einer Geschäftsstelle der AOK sollen in der Kundengruppe A 650 Versicherte, in der Kundengruppe B 550 und in der Kundengruppe C 350 besucht werden. Dabei gilt folgende Besuchsfrequenz: Versicherte aus der Gruppe A sollen 14, in Gruppe B 10, in Gruppe C 6 Besuche erhalten. Dazu sollen noch 220 neue Versicherte gewonnen werden, die eine Besuchsfrequenz von 10 Besuchen erfordern. Die Kunden-Besuchsfrequenz ist jeweils in Jahreswerten angegeben. Je Außendienstmitarbeitenden stehen 208 Arbeitstage und sieben Besuche pro Tag zur Verfügung.

Aufgabe

Berechnen Sie die Anzahl der erforderlichen Außendienstmitarbeitenden der Geschäftsstelle der AOK.



9 Mehrwertstrategie

9.1 Grundsätzliches

4 Gespräch durchführen

Zufriedene Versicherte sind nicht allein das Ergebnis besonderer Leistungen. Auch das Standardhandwerk will beherrscht sein, also die ganz normalen, alltäglichen Dienste. Schnelligkeit, Zuverlässigkeit und Kompetenz heißen die Zauberwörter, um restlos zu überzeugen.

Die Vorstände der AOKs haben beschlossen, seit Herbst 2003 die ersten Servicestandards umzusetzen. Dabei sind Servicestandards ja eigentlich nichts Neues für die AOK. Der Unterschied liegt jetzt darin, dass die Gesundheitskasse aus ihren Standards Serviceversprechen für die Versicherten macht. Die Servicestandards betreffen dabei alle Politiken des Marketingmixes.

Dabei geht es vor allem um Schnelligkeit, Zuverlässigkeit und Informations-/Beratungsqualität. Die Entwicklung und Umsetzung der Servicestandards ist eine Gemeinschaftsproduktion aller AOKs.

Ob die AOK-Gemeinschaft ihr Ziel erreicht, wird vor allem vom Engagement und der Motivation von Vorständen, Führungskräften und Mitarbeitenden abhängen. Voraussetzung ist, dass sich alle Mitarbeitenden selbst gegenüber Serviceversprechen geben, also gewissermaßen intern verbindliche Servicestandards vereinbaren. Um alle Mitarbeitenden für die Einhaltung der Serviceversprechen zu gewinnen, hat die Personalentwicklung der AOKs eine zentrale Aufgabe in diesem Prozess.

Traditionen müssen vielleicht über Bord geworfen, ausgetretene Pfade neu angelegt werden. Es geht vor allem um die Optimierung von internen Geschäftsprozessen, aber auch um neue

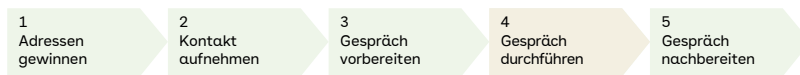
Entscheidungsspielräume und mehr Eigenverantwortung der Mitarbeitenden, um Erfolgsmotivation und um fachliche und vertriebliche Unterstützung.

Marketing versus Kostenorientierung

Die oben genannten Serviceversprechen sind Beweis der eindeutigen Ausrichtung der AOK auf die Qualitätsführerschaft. Aber immer, wenn man besonders gute Qualität erstellen möchte, bedeutet das auch, den Ausgaben eine besondere Beachtung zu schenken.

In Zeiten wirtschaftlicher Stagnation und geringer Wachstumschancen sind eng kalkulierte Budgets in den Unternehmen – und auch bei den Versicherten – angebracht. Natürlich muss das Unternehmen dann die Entscheidung treffen, welche der Ausgaben unbedingt erforderlich sind und welche Kosten oder Ausgaben nicht so dringlich sind. Alle Unternehmensbereiche werden auf den Prüfstand gestellt und nach Einsparungsmöglichkeiten untersucht. Anhand der gewonnenen Informationen wird dann entschieden, was absolut erforderlich ist und was nicht sofort und dringend benötigt wird. Diese Entscheidung ist natürlich sehr schwierig zu treffen und auch den jeweiligen Unternehmensbereichen zu vermitteln.

Natürlich bleibt das Marketing von diesen Fragen nicht verschont. Wenn man sich die Kosten einer Werbemaßnahme ansieht, so wird man zwar die Kosten recht einfach feststellen können, jedoch ist die Erfolgsmessung nicht richtig möglich. Zwar gibt es Ansätze, diesen Erfolg zu messen, aber die Methoden, eindeutige Zusammenhänge zwischen der Maßnahme und ihrer Wirkung herzuleiten, sind noch nicht besonders entwickelt. Die kon-



kreten Aussagen zum Erfolg der Werbung und anderer Maßnahmen sind also recht schwierig. Immer dann liegt die Frage auch nahe, ob denn Marketing – also die Kundenorientierung – wirklich so notwendig ist. Diese Frage zu stellen ist richtig. Denn im Grunde will Marketing nicht als Selbstzweck betrieben werden. Vielmehr soll es helfen, die Unternehmensziele – also z.B. Gewinnziele, Umsatzziele, Qualitätsziele – zu erreichen. Zweckmäßig ist es, dem Unternehmen eine Leitlinie zu geben, wie es sich auf diesen Wettbewerb unter erschwerten Bedingungen einstellen soll, statt viele einzelne und nicht zusammenhängende Maßnahmen zu ergreifen. Diese Leitlinie existiert bei der AOK seit einigen Jahren. Es ist die Mehrwertstrategie.

Die Mehrwertstrategie der AOK ist eine langfristige und umfassende Orientierung für das Unternehmen und seine Mitarbeitenden. Aus dieser Strategie werden die Ziele und Maßnahmen abgeleitet, die sich für die AOK in der momentanen Marktsituation als notwendig herausgestellt haben. Neben der Zielrichtung, die Leistungen der AOK auszuweiten, werden auch Ziele in dieser Strategie angelegt, die sich mit einem aktiven Kostenmanagement befassen. So sollen die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden, sodass die Ausgaben ein konkurrenzfähiges Wirtschaften ermöglichen. Hierbei sollen auch betriebswirtschaftliche Methoden und Instrumente eingesetzt werden. Ggf. werden Sie darüber in den Modulen des Studiengangs „AOK-Betriebswirt/in“ oder anderen Fortbildungsangeboten Ihrer AOK mehr erfahren. Natürlich werden Sie dort auch lernen, diese Methoden anzuwenden. Die Idee ist, bei guten Leistungen einen langfristig konkurrenzfähigen Beitrag

zu bieten bzw. die Erhebung eines kassenindividuellen Zusatzbeitrags zu vermeiden, damit wir lange am Markt bestehen bleiben können.

9.2 Ergänzung des Produktportfolio der AOKs um Kooperationsangebote

Wie vorher beschrieben, bietet die PKV schon immer Zusatz- bzw. GKV-Ergänzungsversicherungen an. Allerdings waren Kooperationen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen auf der Grundlage des bis 31. 12. 2003 geltenden Rechts nicht möglich (vgl. auch Urteil des Bundesgerichtshofs [BGH] v. 19. 01. 1995).

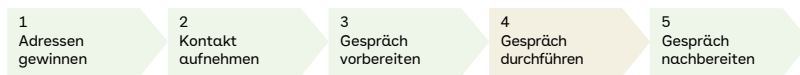
Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde ab 01. 01. 2004 der § 194 SGB V ergänzt. Diese Regelung wurde analog auch für die Vermittlung von Pflegezusatzversicherungen angewendet. Zwischenzeitlich wurde aber in § 47 SGB XI eine eigene Regelung aufgenommen.

Danach kann die Satzung der Krankenkasse eine Bestimmung enthalten, nach der die Krankenkasse den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln kann. Gegenstand dieser Verträge können insbesondere Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, Ein- oder Zweibettzimmerzuschlag im Krankenhaus sowie eine Auslandsreisekrankenversicherung sein.

In der Gesetzesbegründung wird u.a. ausgeführt, dass durch diese Regelungen dem Wunsch der Versicherten Rechnung getragen werden soll, be-

4
Gespräch
durchführen

§ 194 Abs. 1a
SGB V



stimmte Versicherungen, die ihren Krankenversicherungsschutz ergänzen, über ihre Krankenkasse abschließen zu können. Eine Vermittlung von Versicherungsverträgen, die keinen Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung aufweisen (z.B. Lebensversicherungen), ist nicht zulässig.

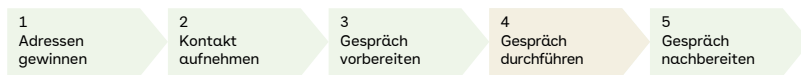
Vertragspartner der Versicherten ist nicht die Krankenkasse selbst, sondern das private Versicherungsunternehmen. Die konkreten Inhalte der Vermittlungstätigkeit der Krankenkassen und das Nähere zur Durchführung der Kooperation werden in aller Regel Gegenstand von Rahmenvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Versicherungsunternehmen sein.

Die im Gesetz genannten Zusatzversicherungsmöglichkeiten sind nicht ausschließlich, es können auch andere Ergänzungen vermittelt werden, sofern sie natürlich zum grundsätzlichen Bereich der GKV gehören. So sehen die Kooperationsverträge vielfach auch Zusatzversicherungen für Zahnersatz, Sehhilfen oder alternative Heilmethoden vor.

Auch Pflegeergänzungsversicherungen werden vermittelt. Erforderlich ist zunächst eine Satzungsbestimmung der Krankenkasse. Des Weiteren ist es zweckmäßig, mit dem privaten Krankenversicherungsunternehmen die „Versicherungsinhalte“ sowie die „Verfahrensabläufe“ zu vereinbaren. Innerhalb der AOK-Gemeinschaft wurden Ausschreibungsverfahren durchgeführt, um einen geeigneten Kooperationspartner zu finden. Im AOK-System gibt es mit verschiedenen privaten Krankenversicherungen Kooperationen.

Mit der Vermittlung der Zusatzversicherungen verfolgt die AOK das Ziel, ihren Versicherten eine noch umfangreichere Produktpalette anbieten zu können. Die angebotenen Produkte werden regelmäßig mit den Kooperationspartnern abgestimmt. Die Kommunikation und der Vertrieb erfolgen ebenfalls kooperativ.

Beispielhaft haben wir im Folgenden ein „Versicherungspaket“, wie es zwischen einer AOK und der DKV vereinbart wurde, vereinfacht dargestellt:



Zusatzversicherung für Brille, Hilfsmittel (z.B. Hörgeräte) und Reisen – Tarife KHMR

Sehhilfen

- 90 % Sehhilfen
(inkl. Brillenfassungen) bis 300 €, ab dem 14. Lebensjahr besteht ein erneuter Anspruch bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien auf einem Auge. Ohne Veränderung frühestens zwei Jahre nach dem letzten Sehhilfenbezug.

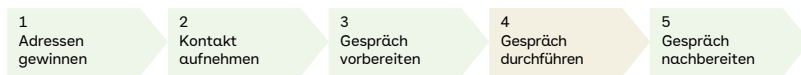
Hilfsmittel

- 80 % Hilfsmittel
bis zu 300 € je Kalenderjahr nach vorheriger Anrechnung der GKV-Vorleistung
- 80 % Hörgeräte
bis zu 600 €

Ausland

- 100 % ambulante Behandlung
akute, nicht geplante Behandlungen
- 100 % stationäre Behandlung
akute, nicht geplante Behandlungen
- 100 % schmerzstillende Zahnbehandlung
Zahnfüllung in einfacher Ausführung, nicht aber Zahnersatz und Zahnkronen
- 100 % Krankenrücktransport
bei medizinischer Notwendigkeit und Organisation durch die DKV
- bis 10.000 € Überführungs- oder Bestattungskosten im Todesfall
- bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt bis zu drei Monaten
- 24-Stunden-Notrufservice

Nähere Informationen zu den Kooperationspartnerschaften sowie den zu vermittelnden Zusatzversicherungsangeboten können Sie unter www.aok.de abrufen.



Merke

Zusatz- bzw. GKV-Ergänzungstarife der PKV sollen das Produktportfolio, z.B. durch Wahlleistungen im Krankenhaus (Ein- bzw. Zwei-Bett-Zimmer) oder Zuschuss zum Zahnersatz, abrunden. Im Wettbewerb verschaffen sich die PKV-Unternehmen allerdings über solche Zusatz- bzw. Ergänzungsversicherungen Kontakte zu AOK-Versicherten, die später auch zum Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung führen könnten. Durch die Veränderung des Leistungsspektrums der GKV haben die Ergänzungsversicherungen zunehmend größere Bedeutung bekommen. Durch die Kooperationsverträge haben AOK-Versicherte den Vorteil besonders günstiger Beiträge und Leistungsinhalte sowie das Ablaufverfahren „alles aus einer Hand“. Zusatz- bzw. GKV-Ergänzungstarife.

9.3 Übungen zum Lernabschnitt 9

Übung 35

Beschreiben Sie, welche der Serviceversprechen bereits in Ihrer Geschäftsstelle oder Bezirksdirektion/Regionaldirektion umgesetzt werden. Folgende Fragen können Sie besonders gut mit Ihren Kollegen aus dem Marketing/der Öffentlichkeitsarbeit besprechen. Aber auch die Kollegen, die sich um das Qualitätsmanagement kümmern, helfen Ihnen sicher gerne bei der Beantwortung dieser Fragen:

1. Welche Maßnahmen wurden dort zur Umsetzung der Servicestandards ergriffen und tragen zu positiven Kundenerlebnissen bei?
2. Wie können Sie (also das Geschäftsteam) sich selbst bei der Umsetzung der Servicestandards kontrollieren und dadurch kontinuierlich verbessern?

Übung 36

Nennen Sie die verschiedenen Marketinginstrumente.

Erläutern Sie, welche Entscheidungen innerhalb dieser Instrumente getroffen werden. Formulieren Sie hierzu jeweils drei Kernfragen.

Übung 37

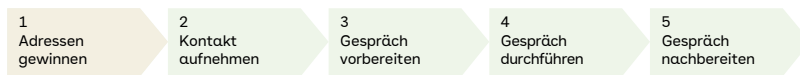
Sachverhalt

Eine Kundin sucht in ihrer Stadt einen Allergologen, da sie aktuell vermutet, dass ihr Kind Heuschnupfen hat.

Hinweis

Beachten Sie bei der Lösung folgende Stichworte:

- Kundenproblem
- Konkurrenzbeobachtung
- Analyse des eigenen Unternehmens („Inweltanalyse“)
- Produktpolitik
- Preispolitik
- vertriebspolitische Entscheidung (Absatzwegentscheidung)



10 Marketing-Controlling

Frage

Wie können wir als AOK eine Teilleistung unseres Leistungsbündels möglichst kundenfreundlich zur Verfügung stellen?

Übung 38

Erläutern Sie, was das Ziel des Marketing-Mix ist.

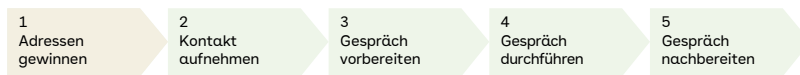
Übung 39

Stellen Sie einen möglichen Marketing-Mix zum Produkt „Familienversicherung“ Ihrer AOK dar.

Um das Marketing im Unternehmen erfolgreich zu implementieren, bedarf es einer sinnvollen Marketingkonzeption. Teil eines derartigen Gesamtkonzepts kann auch die Beschreibung von Leitprozessen zur Planung, Abwicklung und Nachbetrachtung von Marketingaktivitäten sein. Ziel der Beschreibung ist es, Marketingaktivitäten so zu strukturieren, dass sie erfolgreich und zur Erreichung der Unternehmensziele geeignet sind. Einige Schritte sollten dabei grundsätzlich beachtet werden. Die einzelnen Teilschritte sind im Lernbrief bereits detailliert beschrieben. Sie werden hier nochmals zueinander in Beziehung gesetzt, um einen besseren Überblick zu geben. Die einzelnen Schritte sind:

1. Analyse der Konsumenten, des Markts, der Konkurrenten und des eigenen Unternehmens

Diese Analysen sind Aufgabe der Marktforschung. Unter Marktforschung sind, wie beschrieben, alle Aktivitäten zur Sammlung und Auswertung von Informationen für unternehmerische Marketingentscheidungen zu verstehen. Besonderes Augenmerk hat dabei die Ermittlung von Marktsegmenten und Zielgruppen. Das ist wichtig, damit die Aktivitäten nicht an den Bedürfnissen und Erwartungen der Konsumenten vorbei und damit erfolglos durchgeführt werden. Die Aufgabe der Marktforschung besteht darin, den Markt in Segmente aufzuteilen, und zwar so, dass sich aus dem Gesamtmarkt genau die Teile herauskristallisieren, die von der AOK optimal bedient werden müssen.



2. Ziele entwickeln

Aus den Unternehmenszielen abgeleitet, werden strategische (und operative) Marketingziele (Oberziele) entwickelt, die das Gesamtziel des Unternehmens in Teilschritten erreichbar werden lassen.

3. Strategien entwickeln

Auf Grundlage der Oberziele werden Strategien entwickelt, die sich mit der langfristigen Unternehmensausrichtung oder besonders komplexen mit einer Fülle von Informationen behafteten Fragestellung befassen. Diese Strategien beschreiben, wie die Unternehmensziele erreicht werden können.

4. Planung der Maßnahmen

Das operative Marketing befasst sich mit der Auswahl der passenden Instrumente, um die Marketingstrategie des Unternehmens umzusetzen.

5. Umsetzung der Maßnahmen

Durch den Einsatz der Marketinginstrumente werden konkrete Maßnahmen durchgeführt, die zur lang- und kurzfristigen Zielerreichung beitragen.

6. Kontrolle der Ergebnisse

Die Kontrolle der Aktivitäten erfolgt im Nachhinein und soll die Wirkung einzelner Maßnahmen messen und bewerten sowie notwendige Veränderungen für die Zukunft anregen.

7. Controlling der Planungen und Maßnahmen

Das Controlling hat die Aufgabe, Abweichungen von der Zielerreichung frühzeitig festzustellen und den Verantwortlichen entsprechende Hinweise zu geben, wie diese Abweichungen entstehen konnten. Auch die Interpretation der Ergebnisse zählt zu den Aufgaben des Marketingcontrolling. Der Controllingprozess wird vom Beginn der Marketingkonzeption bis zum Abschluss der Realisation in allen Phasen begleitend durchgeführt.

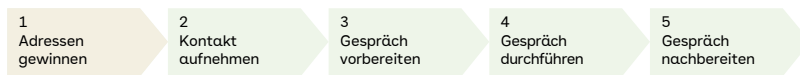
10.1 Begriff „Controlling“

Bisher wurde beschrieben, wie ein Unternehmen seine Marketingvorhaben plant, Strategien entwickelt, Maßnahmen daraus ableitet und diese Maßnahmen auch umsetzen kann.

Jetzt ist es notwendig, sich mit einem Instrument zu befassen, das den gesamten Marketingprozess begleitet: das Marketing-Controlling.

Controlling umfasst mehr als nur die Kontrolle und/oder Revision. Der Begriff „Controlling“ kommt aus dem englischen „to control“ und bedeutet „steuern“. Controlling ist im Allgemeinen eine Managementaufgabe. Es resultiert aus der Spezialisierung innerhalb des Unternehmens in verschiedene Teilbereiche. Diese Teilbereiche gilt es, kontinuierlich zu beobachten, um sie aufeinander abstimmen zu können. Alle relevanten Daten aus allen Teilbereichen des Unternehmens werden im Rahmen des Controlling systematisch gesammelt, ausgewertet und verdichtet, sodass das Management lediglich die verdichteten Daten erhält und nicht mit einer Flut von Informationen belastet wird.

1
Adressen
gewinnen



Statistische Kennzahlen, Wirtschaftlichkeitsberechnungen und natürlich der Soll-Ist-Vergleich sind zum Beispiel Instrumente anhand derer das Controlling die gesammelten Daten auswertet. Beim Soll-Ist-Vergleich wird zwischen dem was IST und dem, was laut Zielsetzung sein SOLL, verglichen.

Merke

Controlling bedeutet die Steuerung des gesamten Unternehmens anhand der zu diesem Zweck gesammelten, ausgewerteten und verdichteten Daten.

gegensteuern zu können, andererseits um auch bei erfolgversprechenden Maßnahmen die Entwicklung zu verfolgen und voranzutreiben.

Gründe für eine mögliche Fehlentwicklung können sein:

- Änderung der gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen
- Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen
- Änderung der relevanten Zielgruppe
- gesellschaftliche Werteveränderung
- technologische Entwicklungen
- Änderung der Marktsituation (Konkurrenzverhalten)
- Änderung der Unternehmensziele

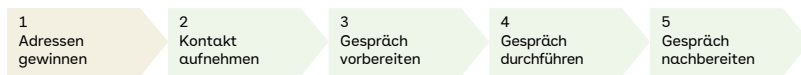
10.2 Begriff „Marketing-Controlling“

1
Adressen gewinnen

Das Marketing-Controlling ist ein Teil des gesamten Controlling-Systems im Unternehmen und befasst sich inhaltlich mit allen marketingrelevanten Entscheidungen und Aufgabenstellungen (z.B. Vertriebscontrolling).

Genauso wichtig wie die systematische Planung und Durchführung aller Marketingaktivitäten ist es für die Unternehmensleitung, einen kontinuierlichen Überblick über die geplanten und durchgeführten Aktivitäten zu haben. Einerseits, um mögliche Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen und ent-

Beim Marketing-Controlling werden systematisch alle Indikatoren, die Chancen und Risiken kenntlich machen, untersucht und beobachtet. Als Teil der Überwachung können sogenannte Schlüsselzahlen und Kennziffern entwickelt werden, die Auskunft über mögliche Abweichungen von den Planungsdaten geben. In vielen Unternehmen werden auch Schwellenwerte (Toleranzgrenzen) ermittelt, die im Rahmen des Marketing-Controlling überwacht werden. Sobald eine solche Toleranzgrenze entweder über- oder unterschritten wird, werden Maßnahmen ergriffen, um die Abweichung zu vermindern oder zu stoppen.



10.2.1 Ziele und Aufgaben des Marketing-Controlling

Ziele

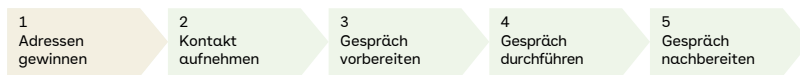
Die Marketingziele des Unternehmens müssen mit den Unternehmenszielen im Einklang sein. Aus diesen leiten sich nämlich die Marketingziele, wie z.B. Mitgliederzuwachs, Marktanteilssteigerungen, Steigerung des Bekanntheitsgrads, Steigerung der Kundenzufriedenheit ab. Das Marketing-Controlling analysiert die Informationen zu diesen Zielbereichen und stellt Abweichungsanalysen zur Verfügung. Daraufhin kann das Unternehmen Maßnahmen entwickeln, die für die Erreichung der Ziele erforderlich sind.

Insgesamt hat das Marketing-Controlling das Ziel, die Effizienz und Effektivität des Marketing-Managements zu sichern und zu fördern und die Reaktionsfähigkeit des Unternehmens auf besondere Situationen zu verbessern.

Aufgaben

Die zentrale Aufgabe des Marketing-Controlling ist die Gewinnung und Vermittlung von Informationen zur Koordination des Marketing-Management. Darunter ist auch die Entwicklung eines Informationssystems und dessen Implementierung/Einführung und Einbindung im Unternehmen sowie die kontinuierliche Weiterentwicklung dieses Informationssystems zu verstehen.

Den Informationsmedien und -technologien kommen im Zusammenhang mit Controlling eine immer stärkere Bedeutung zu. Besonders das Internet als externe Informationsquelle und das Intranet als interne Informationsquelle für die Mitarbeitenden können sehr gut für das Controlling genutzt werden. Das Marketing-Controlling ist an der gesamten Planung und Koordination des Planungsprozesses im Unternehmen beteiligt.



Das bedeutet, dass eine wesentliche Aufgabe darin besteht, die Koordination innerhalb des Marketing-Management sicherzustellen. Ferner muss die Einbindung in das zentrale Controllingsystem des Unternehmens erfolgen und die Koordination mit den anderen dezentralen Controllingbereichen des Unternehmens (z.B. Finanzcontrolling, Personalcontrolling) gewährleistet werden. Im Marketing-Controlling werden wie im Bereich der Marktforschung Daten und Fakten für den Marketing-Prozess aufbereitet.

Die beiden Funktionen sollten Sie nicht verwechseln, da sie die Daten aus verschiedenen Standpunkten (Marktanalyse vs. Unterstützung der Steuerung des Marketing) betrachten. Trotzdem ist eine enge und verzahnte Zusammenarbeit beider Funktionen unerlässlich.

Aufgaben des Marketing-Controlling sind z.B.:

- Auswahl geeigneter Informationsquellen
- Auswahl geeigneter Informationsmedien
- Einbindung des Informationssystems ins Unternehmen
- Weiterentwicklung der Informationssysteme wie z.B. Soll-Ist-Abweichungsanalysen
- Filtern der relevanten Daten aus Statistiken, deren grafische Aufbereitung und die Interpretation der Daten
- Errichtung eines systematischen Berichtswesens
- Einrichtung und Auswertung von Beschwerdestatistiken
- Entwicklung und Auswertung von Außendienststatistiken
- Auswertung von Umsatzzahlen/ Marktanteilsübersichten usw.

- Information des Marketing-Management über Abweichung von definierten Zielen
- Entwicklung von Handlungsvorschlägen zur Sicherung bzw. Erreichung der definierten Ziele
- Entwicklung von Prognosen für zukünftige Marketingaktivitäten

Beispiel

Für die Mitarbeitenden des Außendienstes ist das Marketing-Controlling z.B. in Form des Vertriebscontrolling eine wichtige Unterstützung für die tägliche Arbeit. Folgendes Ziel wurde formuliert: „Im Rahmen der Mitgliederhaltarbeit sollen im Jahr 2025 75 % der Zielkundschaft im Vertriebsbezirk X besucht werden und nach ihrer Zufriedenheit befragt werden“.

Folge

Das Marketing-Controlling untersucht nun, welche Vertriebsbezirke ausgewählt werden sollen, wie groß die einzelnen Vertriebsbezirke sein sollten, welche Zielgruppen im Vertriebsbezirk angesprochen werden können, welche Besuche pro Tag/Monat/Jahr erforderlich sind, um das geplante Ziel zu erreichen.

Diese Analyse kann man für einen Vertriebsbezirk, eine Geschäftsstelle, eine Regional- oder Bezirksdirektion sowie für die gesamte AOK durchführen. Je genauer die Daten sind, desto besser kann die Planung der täglichen Arbeit erfolgen und desto erfolgreicher wird jeder Einzelne in seiner Arbeit sein.

Beispiele für Kennzahlen im AOK-Bereich, die das Controlling liefern kann:

3.0 · Privatkunden akquirieren und halten, dabei beraten



1. Marktanteil gegliedert nach Regionen, Zielgruppen, Geschäftsstellen usw.

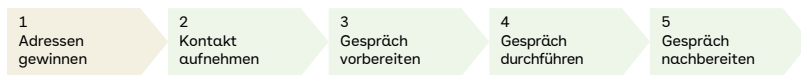
2. Besuchsquote je Außendienstmitarbeitenden, Anteil der Hausbesuche je Außendienstmitarbeitenden bezogen auf die Arbeitszeit, Zielgruppen usw.

3. Ranking

- Erfolgsquote von einzelnen Außendienstmitarbeitenden im Hausbesuch
- Erfolgsquote im Vergleich Kalt-/ Warmbesuche
- Erfolgsquote bezogen auf verschiedene Zielgruppen
- Erfolgsquote bezogen auf unterschiedliche Geschäftsstellen usw.

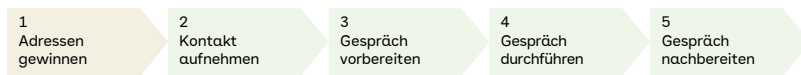
4. Kundenstruktur

- Anteil der Kundinnen und Kunden bestimmter Altersstufen
- Anteil der Kundinnen und Kunden bei verschiedenen Firmenkunden
- Anteil der Kundinnen und Kunden mit unterschiedlichen beitragspflichtigen Einnahmen usw.
- Fluktuation der Versicherten (Anzahl der Kundenab- und -zugänge von und aus anderen Krankenversicherungen)



10.2.2 Instrumente des Marketing-Controlling

Instrument	Ziel	Inhalt
Jahresplankontrolle Hilft bei der Untersuchung, ob und wie weit die vereinbarten Unternehmensziele erreicht werden.	Soll sicherstellen, dass die geplanten Jahresziele (Umsatz, Gewinn, Marktanteile, Serviceziele usw.) erreicht werden.	Vergleich z.B. von: <ul style="list-style-type: none"> • Marktanteilen • Umsatzstatistiken • Kundenzufriedenheitswerten • Gewinnentwicklung • Haushaltsplanungen • Außendienststatistiken
Aufwands- und Erfolgskontrolle Hilft bei der Frage, welche Unternehmensbereiche mit welchem Aufwand und Erfolg an der Produktion/dem Unternehmenserfolg beteiligt sind	Untersucht, wo dem Unternehmen Gewinne und/oder Verluste entstehen.	Aufwands- und Erfolgsrechnung z.B. für: <ul style="list-style-type: none"> • Produkte • Vertriebsbezirke • Kundengruppen • Geschäftseinheiten • Absatzwege
Effizienzkontrolle Hilft bei der Untersuchung, wie bestimmte Produkte, Gebiete, Kundengruppen usw. effizienter gestaltet werden können.	Untersucht, welche Aufwendungen dem Unternehmen im Vergleich zu den verursachten Kosten entstehen und versucht, das Verhältnis von Aufwand zu Ertrag zu verbessern.	Effizienzuntersuchungen z.B. für: <ul style="list-style-type: none"> • Verkaufsförderung • Werbung • Vertriebswege
Strategiekontrolle Hilft bei der Überprüfung und evtl. notwendigen Neuausrichtung der Unternehmensstrategien.	Untersucht, ob das Unternehmen tatsächlich seine Markt-, Absatz- und Produktstrategien erreicht bzw. an der Erreichung arbeitet und ob die vereinbarten Teilziele zur Erreichung des unternehmerischen Gesamtziels beitragen.	Effektivitätsuntersuchung z.B. für die Bereiche: <ul style="list-style-type: none"> • Kundenorientierung • strategische Ausrichtung • effektive Planung • effektive Marketingorganisation



Jahresplankontrolle

Die Jahresplankontrolle stellt sicher, dass die im Unternehmen vereinbarten Ziele auch erreicht werden. Sie untersucht, ob die Ziele für Umsatz, Ertrag, Gewinn, Marktanteilssteigerungen, Kundenzufriedenheitswerte usw. erreicht werden. Sobald sich eine Abweichung ergibt, werden Maßnahmen geplant und durchgeführt, die die Abweichung vermindert oder aufhält.

Abweichungen können im Rahmen einer Quartalsanalyse oder Monatsanalyse anhand der geplanten Jahresziele erkannt werden. Diese Analysen sollten kontinuierlich und systematisch im Unternehmen erfolgen.

Dadurch werden Abweichungen vom Zielwert frühzeitig erkannt, und es können Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Diese Abweichungskontrolle kann auf allen Unternehmensebenen erfolgen. So könnte z.B. jeder Außendienstmitarbeitende selbst monatlich die Entwicklung der Neukundenakquisition und/ oder die Ergebnisse der Mitgliederhaltarbeit kontrollieren und entsprechend reagieren.

Das Management des Unternehmens könnte folgende Entwicklungen kontrollieren:

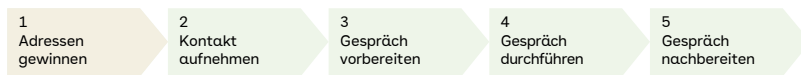
- Wie ist die aktuelle Entwicklung des Marktanteils zum engsten Konkurrenten?
- Wie ist die Bevölkerungsentwicklung in der Region?
- Welche Veränderungen in der Konkurrenzsituation ergeben sich?
- Welche Veränderungen im Unternehmen ergeben sich?

Zur Analyse der Marktanteilsentwicklung werden häufig Richtwerte gebildet:

1. Anteil des Unternehmens/Produkts an der Branche:
 - Voraussetzung: genaue Festlegung, wer alles zur Branche gehört
2. Anteil am „bedienten“ Markt:
 - ergibt sich aus der Eingrenzung auf den Teil des Markts, den das Unternehmen mit seinen Marketingaktivitäten anspricht und versorgt
3. relativer Anteil unter den maßgeblichen Konkurrenten:
 - bezieht sich auf die größten Konkurrenten des Unternehmens in der gleichen Branche
4. relativer Anteil zum größten Konkurrenten:
 - bezieht sich auf die Marktanteile des Unternehmens im Vergleich zum größten Konkurrenten und macht die Wettbewerbsfähigkeit deutlich

Aufwands- und Ertragskontrolle

Die Aufwands- und Ertragskontrolle erfasst die Nettoerträge, gegliedert nach Kundengruppen, Produkten, Absatzwegen, Regionen und Auftragsgrößen. Diese Untersuchung gibt Aufschluss über ertragsschwache Bereiche, kann aber keine Anregung geben, ob dies durch die geringe verkaufte Menge oder durch ein schlechtes Verhältnis von Aufwand zu Ertrag je verkauftem Stück verursacht ist. Dazu ist die Effizienzanalyse besser geeignet.



Beispiel

Das Unternehmen rechnet aus, welche Aufwendungen insgesamt für den Verkauf eines Produkts entstanden sind. Diese Kosten werden aufgeteilt auf:

- Außendienstmitarbeitende
- Einzelhandel
- Großhandel
- Internetgeschäft

Den jeweiligen Absatzwegen werden die Erträge gegenübergestellt, die sich aus den Absatzstatistiken der Absatzwege ergeben.

Folge

Nun hat man einen Überblick, welcher Absatzweg der erfolgreichste war, und welche Absatzwege man noch fördern muss.

Effizienzkontrolle

Aufgabe der Effizienzanalyse ist die Steigerung der Effizienz von Marketingaktivitäten wie z.B. der Werbung, der Verkaufsförderung und des Vertriebs. So kann z.B. untersucht werden:

- Besuchszeit je Kontakt
- Kosten pro Besuch
- Anzahl neuer Kundinnen und Kunden aus einer bestimmten Menge an telefonischen Kontakten
- Kosten der Vertriebsorganisation im Vergleich zum Ertrag

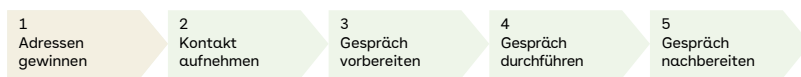
Strategiekontrolle

Die Strategiekontrolle soll sicherstellen, dass die Marketingziele, -strategien und -systeme optimal an das Umfeld angepasst sind. Hauptziel dieser Untersuchung ist, die Gesamteffektivität des Unternehmens zu bewerten. Es werden alle Unternehmenssparten untersucht, um die Strategien aufeinander und auf die bestehenden Rahmenbedingungen des Unternehmens und der Unternehmensumwelt abzustimmen und weiterzuentwickeln. Wenn Abweichungen erkannt werden, wird die Strategie verändert.

Marketingaudit

Das Marketingaudit ist ein weiterer Bereich, mit dem sich das Marketingcontrolling befasst. Unter Marketingaudit versteht man eine umfassende, systematische, nicht weisungsgebundene und regelmäßige Untersuchung der Marketingumwelt, den Marketingzielen, den Marketingstrategien und den Marketingaktivitäten eines Unternehmens.

Es dient der Aufdeckung von Problem-bereichen und Chancen sowie der Erstellung eines Maßnahmenplans, der auf eine Verbesserung der Marketingleistung abzielt. Die Mitarbeitenden des Audits, meist in Form einer Projektgruppe, treffen sich zu regelmäßigen Besprechungen und überprüfen alle Marketingaktivitäten. Ziel ist es, Verbesserungsmöglichkeiten zu finden und auch umzusetzen.



In großen Unternehmen sind Manager und Mitarbeitende in einem Audit vertreten, um die Erkenntnisse auch entsprechend umzusetzen. Wichtig ist dabei, die Mitarbeitenden des Unternehmens zu befragen, was verbessert werden könnte. Die Besonderheit des Marketingaudits besteht darin, dass nicht nur untersucht und analysiert wird, sondern dass am Ende des Audits konkrete Handlungsempfehlungen an das Unternehmensmanagement gegeben werden.

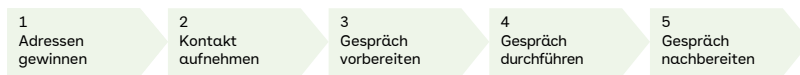
Natürlich gibt es auch die Möglichkeit, ein Marketingaudit mit externen Personen zu besetzen oder eine Mischung aus Mitarbeitenden des Unternehmens und externen Personen zu initiieren. Alle Möglichkeiten haben Vor- und Nachteile:

Marketingaudit	Vorteil	Nachteil
internes Marketingaudit	Mitarbeitende kennen das Unternehmen, wissen wen sie für welche Informationen ansprechen müssen.	Mitarbeitende können „betriebsblind“ sein und wichtige Informationen nicht richtig bewerten.
externes Marketingaudit	Externe Teilnehmende können unbelastet an die Arbeit gehen, haben keine internen Verknüpfungen und sehen viele Dinge objektiver.	Sehr kostenintensiv, externe Teilnehmende brauchen oft lange, um sich einen Überblick zu verschaffen und benötigen Unterstützung aus den einzelnen Fachbereichen des Unternehmens.
Mischform	Internes und externes „Know-how“ werden miteinander verbunden.	Abstimmung zwischen internen und externen Teilnehmenden ist oft schwierig

Ergebnis

Das Marketing-Controlling begleitet also die Marketingplanung, die Marketingorganisation und die Durchführung der Marketingaktivitäten. Dadurch soll sichergestellt werden, dass alle Marketingbereiche ständig untersucht werden, ob die Ziele erreicht werden können, welche Ziele zum aktuellen Termin noch nicht in erreichbarer Nähe liegen und welche Maßnahmen erforderlich sind, um die Ziele doch noch zu erreichen.

Immer ist dabei die Koordination und Abstimmung mit dem zentralen Controlling des Unternehmens zu beachten und sicherzustellen. Letztlich wird ein erfolgreiches Unternehmen immer ein funktionierendes Marketing-Controlling installieren, um stets die aktuellsten Trends zu erfahren und über den „Stand der Dinge“ informiert zu sein.



11 Zusammenfassende Selbstkontrolle

Aufgabe 1

Beschreiben Sie zwei Probleme der Befragung im Rahmen einer Panelerhebung.

Aufgabe 2

Bei Ihrer Marktsegmentierung haben Sie festgestellt, dass das Marktsegment der „Berufsstartenden“ einen wichtigen Stellenwert für Ihre AOK hat. Beschreiben Sie drei Kriterien, die Sie bei der Auswahl dieses Marktsegments beachten mussten.

Aufgabe 3

Studierende sind eine interessante Zielgruppe, sowohl für die AOK als auch für die PKV. Nennen Sie fünf Argumente, warum die genannte Gruppe für die AOK interessant ist.

Aufgabe 4

Erläutern Sie, welchen Einfluss bei Beginn einer Versicherung bestehende Krankheiten auf die Höhe des Beitrags bzw. auf evtl. Leistungen bei einer freiwilligen Versicherung bei der AOK bzw. bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen haben.

Aufgabe 5

Beschreiben Sie mit Angabe der Rechtsvorschriften, welche Bedeutung die vorvertraglichen Anzeigepflichten beim privaten Krankenversicherungsvertrag haben. Gehen Sie dabei insbesondere auf die maximal möglichen Auswirkungen der Pflichtverletzung ein.

Aufgabe 6

In der privaten Krankenversicherung gibt es sogenannte Wartezeiten. Beschreiben Sie,

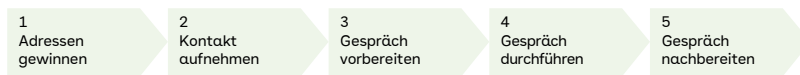
- welche Bedeutung diese haben und wie lange die Wartezeiten sind,
- ob die Wartezeiten verkürzt werden können und
- was geschieht, wenn die Versicherungsnehmer vorher bei der AOK versichert waren.

Aufgabe 7

Sachverhalt

Anton Abel ist wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze als freiwilliges Mitglied seit vielen Jahren Kunde der AOK. Er besucht Sie am 22. 06. und deutet an, dass er zum 01. 09. 2025 zur privaten Krankenversicherung wechseln möchte.

Sein Versicherungsvertreter habe ihm gesagt, die Versicherung bei der Fortuna-Versicherungs-AG sei besser und für ihn auch preisgünstiger als die Versicherung bei der AOK. Der Versicherungsvertrag sieht Leistungen vor, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen. Leider könne er die Notiz mit dem konkreten Beitrag nicht mehr finden.



Er fragt, ob Sie ihm aus dem mitgebrachten Tarif (vgl. Anlage auf der nächsten Seite) den monatlichen Beitrag für ihn und seine Familie ermitteln könnten. Außerdem möchte er wissen, wie es mit dem Krankentagegeld sei und ob sein Arbeitgeber auch einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung zahlen müsse, ggf. in welcher Höhe. Ferner interessiere ihn, welche Auswirkungen sich ergeben, wenn er einen Tarif mit Selbstbeteiligung abschließen würde.

Aus der Versichertendatei ergeben sich u.a. folgende Angaben:

Abel, Anton, geb. 23. 07. 1985

Abel, Petra, geb. 22. 11. 1986/Ehefrau

Abel, Daniel, geb. 09. 01. 2009/Kind

Seine Ehefrau Petra und sein Sohn Daniel sind nach § 10 SGB V familienversichert.

Hinweise zu Aufgabe 7.1

Begründen Sie Ihre Lösung nach der Drei-Schritt-Methode. Die Pflegeversicherung ist nicht zu berücksichtigen.

Aufgabe 7.1

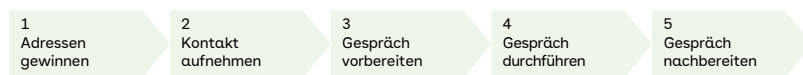
Beantworten Sie die Fragen von Anton Abel.

Hinweise zu Aufgabe 7.2

Es genügt die nachvollziehbare Darstellung des Rechenwegs ohne Angabe von Rechtsvorschriften. Der allgemeine Beitragssatz beträgt 14,6 % hinzu kommt ein kassenindividueller Zusatzbeitragssatz in Höhe von 2,5 %.

Aufgabe 7.2

Berechnen Sie als Vergleich den Beitrag, den Anton Abel bei der AOK zu zahlen hat.



Anlage

Auszug aus dem Tarif Krankheitskostenversicherung der Fortuna-Versicherungs-AG

Eintritts- alter	VS 100 in €	VS 100/500 in €	Eintritts- alter	VS 100 in €	VS 100/500 in €
0-15	103,63	77,46	41	332,77	288,46
16	207,69	173,06	42	339,60	295,34
17	210,14	174,86	43	346,42	302,35
18	212,56	177,62	44	353,35	309,45
19	215,14	178,99	45	360,29	316,66
20	218,05	181,37	46	367,24	323,95
21	221,18	184,14	47	374,27	331,28
22	224,52	187,07	48	381,28	338,71
23	228,27	190,28	49	388,31	346,20
24	232,29	193,75	50	395,32	353,72
25	236,53	197,52	51	402,33	361,27
26	241,22	201,58	52	409,29	368,90
27	246,17	205,96	53	416,25	376,55
28	251,45	210,68	54	423,17	384,20
29	257,10	215,75	55	430,07	391,86
30	262,92	220,93	56	436,95	399,48
31	268,98	226,34	57	443,81	407,10
32	274,91	231,96	58	450,63	414,74
33	280,98	237,70	59	457,35	422,31
34	287,18	243,54	60	464,03	429,82
35	293,47	249,58	61	470,68	419,05
36	299,85	255,74	62	477,26	444,77
37	306,25	262,01	63	483,73	452,14
38	312,79	268,44	64	490,14	459,21
39	319,34	275,00	65	496,42	466,70
40	326,04	281,67			

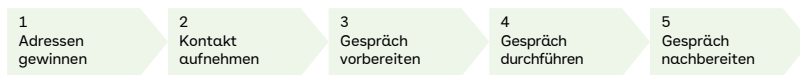
Es gelten folgende Selbstbehalte:

Tarifestufe VS 100: ohne Selbstbehalt

Tarifestufe VS 100/500: Selbstbehalt für Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung von 255 €

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

Die Beiträge für Personen mit einem Eintrittsalter über 65 Jahre können beim Versicherer erfragt werden.



Aufgabe 8

Erläutern Sie, welcher Vertriebsweg sich für die medizinische Beratung der Zielgruppe „Junge Familie“ besonders anbietet.

Aufgabe 9

Nennen Sie drei Aufgaben der Werbung.

Aufgabe 10

Beschreiben Sie anhand des hier abgebildeten Plakats der AOK die Laswell'sche Kommunikationsformel.

Aufgabe 11

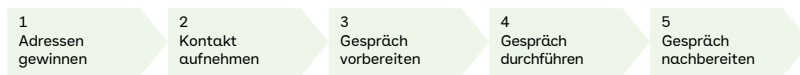
Unterscheiden Sie Werbemittel, Werbeträger und Werbehilfen, und nennen Sie jeweils zwei Beispiele.

Aufgabe 12

Beschreiben Sie zwei Vorteile der Direktwerbung.

**„Am Anfang ist alles so neu.
Gut, wenn sich einer auskennt!“**

Die Zeit von Schwangerschaft und Geburt liegt hinter Ihnen, der kleine Mensch ist noch immer wie ein Wunder für Sie. Natürlich machen Sie sich Gedanken um die Gesundheit Ihres Kindes. Was Sie jetzt brauchen, ist die zuverlässige Beratung eines erfahrenen Partners. Der **AOK-Vorsorgeservice** erinnert Sie an jeden Vorsorgetermin für Ihren Nachwuchs. Und wir sind auch immer persönlich für Sie da.



12 Lösungen zu den Übungen im Text

Lösung zu 1

Besprechen Sie die Lösung hierzu mit Ihrer Ausbildungsleitung/Mentor.

Lösung zu 2

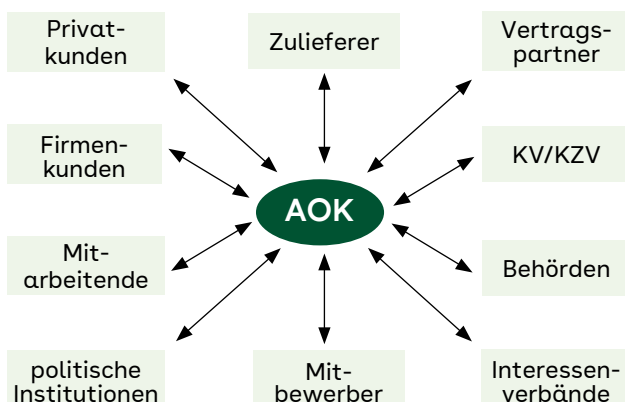
Marketing bedeutet die ganzheitliche Ausrichtung des Unternehmens auf die Kundenbedürfnisse, um die eigenen Unternehmensziele zu erreichen.

Lösung zu 3

Im Dienstleistungsmarketing gilt es zu beachten, dass kein greifbares Produkt vorhanden ist. Außerdem kann eine Dienstleistung nur im Moment der Nachfrage erstellt werden. Das erschwert dem Anbieter die Bereitstellung.

Lösung zu 4

Beteiligte am Leben der AOK:



Lösung zu 5

Interne Informationsquellen sind z.B.:

- Hinweise der Mitarbeitenden
- Marketingstatistik
- Kostenrechnung
- Statistiken der Außendiensttätigkeit
- Anfragen- und Angebotsstatistik
- Reklamationen
- Bestellrhythmus der Konsumenten

Externe Quellen sind z.B.:

- Prospekte der Konkurrenten
- Berichte in Zeitungen
- Firmenhandbücher
- Veröffentlichungen staatlicher Stellen
- Veröffentlichungen von Wirtschaftsforschungsinstituten
- Preislisten der Konkurrenten

Hinweis

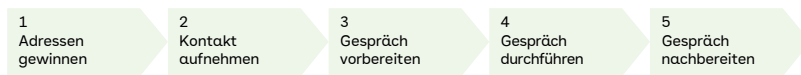
Es waren lediglich je drei Beispiele zu nennen.

Lösung zu 6

Besprechen Sie die Lösung hierzu mit Ihrem Ausbildungsleitenden/Mentor.

Lösung zu 7

- Das Kriterium „besonders viele AOK-Versicherte“ ist z.B. wichtig für eine Geschäftsstelle im Citybereich einer Großstadt.
- Das Kriterium „unterdurchschnittlich viele derzeitige, aber viele potenzielle Versicherte“ kann z.B. für die Errichtung einer Studierendengeschäftsstelle maßgebend sein.



Lösung zu 8

Mögliche Standortfaktoren für eine AOK-Geschäftsstelle sind:

1. Nähe zum Versicherten
2. Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln
3. Parkplatzmöglichkeiten
4. Präsenz der Konkurrenz
5. Möglichkeit, qualifizierte Mitarbeitenden beschaffen zu können
6. Kosten der Miete, Grundstückspacht oder Höhe der Erwerbskosten

Die Reihenfolge hängt von den unterstellten Prämissen ab. Besprechen Sie daher Ihre Lösung mit Ihrem Ausbildungsleitenden/Mentor.

Hinweis

Es waren lediglich fünf Faktoren zu nennen.

Lösung zu 9

Methoden der primären Marktforschung:

1. Befragung
2. Beobachtung
3. Experiment
4. Panelerhebung

Lösung zu 10

Sinnvolle Anwendungsbereiche wären z.B. für

a) die Befragung:

- Abfrage von Meinungen der Privat- und Firmenkunden zu ihren Einstellungen (z.B. in Bezug auf die Service-Offensive)
- zu den Erfahrungen der Versicherten mit dem Service der AOK und bezogen auf Anregungen für Verbesserungen

b) die Beobachtung:

- Testkäufe
- Geschäftsstellenbeobachtung (z.B. worauf achten Besucher bei ihren Geschäftsstellenbesuchen besonders)
- Videoaufzeichnungen von Beratungsgesprächen zur Fehleranalyse

c) Experiment:

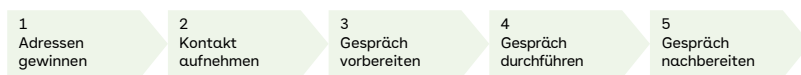
- Akzeptanztest neuer Produkte (z.B. bei Einführung der elektronischen Gesundheitskarte) in einem ausgewählten Teilmarkt
- Probelauf mit Beitragsrückerstattungsmodellen in einer AOK als Test für alle

d) Panel:

- Wirkungsmessung des Projekts „AOK – Die Gesundheitskasse.“
- Messung der durch bestimmte langfristig wirkende Marketingaktivitäten ausgelösten Entwicklung der Einstellung zur AOK

Hinweis

Es waren lediglich je zwei Beispiele zu nennen.



Lösung zu 11

Vorteile der Sekundärforschung	Nachteile der Sekundärforschung
<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit der schnellen Informationsbeschaffung 	<ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse sind nicht genau auf den Untersuchungszweck abgestimmt
<ul style="list-style-type: none"> • Informationsbeschaffung ist kostengünstiger als bei der Primärforschung 	<ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse sind für alle (auch Konkurrenz) verfügbar, kein Wissensvorsprung
<ul style="list-style-type: none"> • Zum Teil liegen bereits Analysen der Forschungsdaten vor 	<ul style="list-style-type: none"> • Datenmaterial ist häufig veraltet

Lösung zu 12

Möglichkeiten des Einsatzes der Beobachtung im Rahmen des Marketings bei der AOK sind z.B. Beobachtung

- der Besuchsfrequenz; wann suchen wie viele Versicherte die AOK-Geschäftsstelle auf bzw. wann sind telefonische Spitzenzeiten,
- des Kundenverhaltens, z.B. in Bezug auf „Mitnahmeeffekte“ von Broschüren, welche werden von wem mitgenommen,
- der Augenbewegung und Blickfolge bei Schriftstücken oder Anzeigen,
- welche Wege der Versicherte auf seinem Weg durch die Geschäftsstelle zurücklegt und worauf er dabei achtet.

Hinweis

Es waren lediglich drei Anwendungsmöglichkeiten zu beschreiben.

Lösung zu 13

Strategische Marketingplanung

Die strategische Marketingplanung beschäftigt sich mit der Zielbildung und Strategiefindung. Sie ist langfristig ausgerichtet. Beispiel: Festlegung einer Marketingstrategie durch die Vorstände der AOK.

Zu klären sind dabei insbesondere folgende Fragen:

- Welche Märkte wollen wir bedienen?
- In welche Kundensegmente soll der Markt eingeteilt werden?
- Mit welchen Anbietern sollen wir in Wettbewerb treten?
- Welche Produkte/Dienstleistungen sollen angeboten werden?

Hinweis

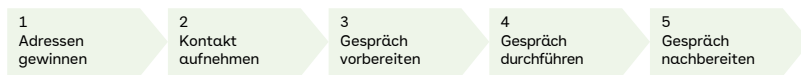
Es waren lediglich drei Fragen zu formulieren.

Operative Marketingplanung

Im Rahmen der operativen Marketingplanung werden Aktionspläne erstellt, die die optimale Ausgestaltung der marketingpolitischen Instrumente abbilden. Diese Ebene ist kurz- und mittelfristig orientiert. Als Beispiel einer operativen Marketingplanung kann die Festlegung des Werbebudgets genannt werden. Hierdurch wird der Umfang der Einführungswerbung für ein neues Produkt bzw. eine neue Dienstleistung bestimmt.

Zu klären sind dabei insbesondere folgende Fragen:

- Wie sollen die Produkte des Leistungsprogramms/Serviceleistungen/Dienstleistungen ausgestaltet sein?



- Mit welchen Kommunikations- und Distributionsmaßnahmen werden die Ziele optimal erreicht?
- Welche Preispolitik soll verfolgt werden?

Lösung zu 14

Mögliche Zielvereinbarungen könnten sein:

- Zielfeld: Versichertenzuwachs
 1. Im nächsten Jahr bleiben x % der in Ihrer Geschäftsstelle versicherten Studierenden nach ihrer Exmatrikulation weiter bei der AOK versichert.
 2. Bis 30. 09. werden aus dem Pool der Fremdadressen x Personen kontaktiert und daraus y % zur AOK geworben.
- Zielfeld: Kundenzufriedenheit
 1. Innerhalb von 48 Stunden (berücksichtigt werden nur Werktage) nach Eingang bei der Geschäftsstelle erhalten Versicherte eine verbindliche Rückmeldung zu ihren Wünschen. Ist dies nicht möglich (z.B. wegen fehlender Unterlagen oder Begutachtung durch den MD), erhalten sie innerhalb von 48 Stunden eine Zwischennachricht.
 2. Innerhalb der Geschäftsstelle werden keine Telefonate weiterverbunden. Ausnahme: Der persönliche Ansprechpartner wird gewünscht.

Lösung zu 15

Teil I der AVB entspricht den Musterbedingungen des Verbands der privaten Krankenversicherung e.V. Die Inhalte sind bei allen PKV-Unternehmen gleich. Teil II der AVB enthält dagegen die unternehmensspezifischen Regelungen, z.B. Ergänzungen zu den generellen Vorgaben des Teils I, die Leistungen und die Beiträge. Teil II der AVB gilt somit nur für das jeweilige PKV-Unternehmen.

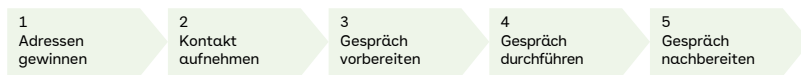
Lösung zu 16

Die AVB sind für eine Vielzahl von Versicherungsverträgen gültig. Das sind generelle Regelungen der privaten Versicherer. Die BVB hingegen gelten nicht für eine Vielzahl von Versicherungsverträgen. Sie gelten lediglich für den einzelnen Versicherungsvertrag.

Lösung zu 17

Beispiel

Ingo West, 40 Jahre alt, informiert sich über eine private Krankenversicherung. Seit Jahren leidet Ingo West an einem LWS-Syndrom. Der Außendienstmitarbeitende der privaten Krankenversicherung macht Ingo West folgende Angebote:



Risikoausschluss

Keine Leistungen bzw. Kostenübernahme für die Erkrankung LWS-Syndrom und für Erkrankungen, die im Zusammenhang mit dem LWS-Syndrom bestehen. Versicherungsvertrag ohne Selbstbehalt: monatliche Prämie in Höhe von 263,73 € oder Versicherungsvertrag mit Selbstbehalt in Höhe von jährlich 255 €, monatliche Prämie in Höhe von 224,55 €.

Risikozuschlag

Kein Leistungsausschluss für bestehende Erkrankungen, dafür einen Risikozuschlag von 50 %. Die Prämie würde ohne Selbstbeteiligung monatlich 395,60 € ($263,73 \text{ €} \times 50 \% = 131,87 \text{ €} + 263,73 \text{ €}$) betragen und bei einer Selbstbeteiligung von jährlich 255 € monatlich 336,83 €.

Hinweis

Auch andere Beispiele sind möglich.

Lösung zu 18

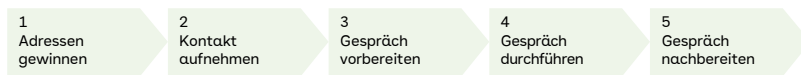
Der Versicherungswillige, der krank ist, möchte unbedingt auch für diese Krankheit einen Versicherungs-

schutz. Deshalb ist er eher bereit, einen Zuschlag zur Prämie zu zahlen (Risikozuschlag), als auf Leistungen für diese Krankheit zu verzichten. Die Versicherungsunternehmen, die Krankheiten ausschließen, müssen deshalb befürchten, dass der Versicherungswillige bei ihnen keinen Vertrag abschließt. Außerdem muss im Fall eines Risikoausschlusses bei jeder Leistungserstattung geprüft werden, ob Kosten für die ausgeschlossene Krankheit in der Erstattungssumme enthalten sind. Ein Risikozuschlag macht diese Prüfung entbehrlich, außerdem zahlt der Versicherungsnehmer den Risikozuschlag auch dann, wenn er wegen des erhöhten Risikos nicht erkrankt.

Lösung zu 19

Eine freiwillige Versicherung bei der AOK kommt – wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind – durch eine einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärung zustande.

Der private Krankenversicherungsvertrag ist dagegen ein Vertrag im Sinne des BGB, es sind zwei übereinstimmende Willenserklärungen erforderlich.



Lösung zu 20

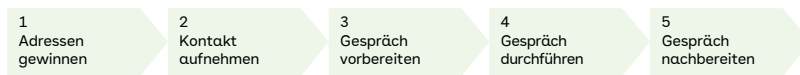
	wirksamer Vertrag	
	ja	nein
1. Fall Ralf Weller beantragt am 02. 06. eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Allesschutz AG. Die Allesschutz AG sendet Ralf Weller die Versicherungspolice, ohne Änderungen gegenüber des Antrags von Ralf Weller, am 30. 06. zu.	X	
2. Fall Sabine Bleibtreu beantragt am 02. 06. eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Allesschutz AG. Später bekommt Sabine Bleibtreu Bedenken gegen eine private Krankenversicherung. Die Allesschutz AG schickt Sabine Bleibtreu am 23. 06. die Versicherungspolice zu. Am 30. 06. widerruft sie ihren Antrag.		X
3. Fall Am 02. 06. beantragt Guido Schmidt eine Pflegepflichtversicherung bei der Allesschutz AG, bei der er auch schon eine Krankheitskostenvollversicherung hat. Da Guido Schmidt schon recht betagt ist, lehnt die Allesschutz AG den Antrag auf die Pflegepflichtversicherung mit Schreiben vom 23. 06. ab.	X	
4. Fall Kevin Meyer beantragt am 02.06. eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Allesschutz AG. Da Kevin Meyer an einer chronischen Gelenkerkrankung leidet, ändert die Allesschutz AG den Antrag in der Form ab, dass sie einen Risikozuschlag erhebt.		X

Begründung zu Fall 1

Die Allesschutz AG nimmt den Antrag von Ralf Weller ohne Änderungen in der angemessenen Frist an. Eine Form für die Antragsannahme ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Die Zusendung der Versicherungspolice gilt als Annahme. Es ist also ein wirksamer Vertrag zustande gekommen.

Begründung zu Fall 2

Mit der Abgabe des Antrags bindet sich Sabine Bleibtreu an den Antrag, es sei denn, sie widerruft den Antrag innerhalb von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins und der weiteren nötigen Unterlagen (Vertragsbestimmungen, allgemeine Versicherungsbedingungen und die Widerrufsbelehrung). Sabine Bleibtreu hat innerhalb der Frist ihren Antrag widerrufen. Auch wenn die Allesschutz AG ihr die Versicherungspolice zugesandt hat, ist kein wirksamer Vertrag zustande gekommen.



Begründung zu Fall 3

Grundsätzlich ist die Allesschutz AG gesetzlich nicht verpflichtet, Versicherungsverträge anzunehmen. Dies gilt nicht für die private Pflegepflichtversicherung, hier besteht Abschlusszwang. Die Allesschutz AG kann den Antrag von Guido Schmidt also nicht ablehnen.

Begründung zu Fall 4

Die Allesschutz AG nimmt den Antrag von Kevin Meyer unter Änderungen (Risikozuschlag) an. Diese Änderung gilt als Ablehnung des ursprünglichen Antrags, verbunden mit einem neuen Antrag der Allesschutz AG an Kevin Meyer. Dieser Antrag gilt als angenommen, wenn Kevin Meyer nicht innerhalb eines Monats schriftlich Widerspruch einlegt.

Lösung zu 21

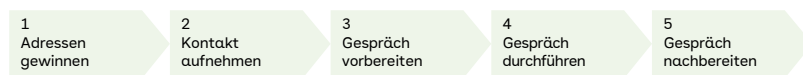
Folgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, wenn der Versicherer auf Folgen in Textform hingewiesen hat und dieser die Unrichtigkeit nicht kannte:

- bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit
 - Rücktrittsrecht des Versicherers innerhalb eines Monats nach Kenntniserlangung in den ersten drei Jahren (bei grober Fahrlässigkeit) bzw. zehn Jahren (bei Vorsatz) der Versicherung möglich
 - keine Leistungspflicht des Versicherers, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht ursächlich für die Leistungspflicht war
 - Versicherer erhält Beiträge bis zum Wirksamwerden der Rücktritts-erklärung

- bei grober Fahrlässigkeit
 - Rücktrittsrecht, dass allerdings nicht möglich ist, wenn Versicherer bei Kenntnis der Gefahren den Vertrag mit veränderten Bedingungen, z.B. Risikozuschlag, abgeschlossen hätte. Nachträgliche Beitragsanpassung ist somit möglich.
- bei Fahrlässigkeit
 - kein Rücktrittsrecht, jedoch Kündigung des Vertrags innerhalb eines Monats möglich. Keine Kündigung, wenn Versicherer bei Kenntnis der Gefahren den Vertrag mit geänderten Bedingungen, z.B. Risikozuschlag, abgeschlossen hätte. Nachträgliche Beitragsanpassung ist somit möglich. Ebenfalls keine Kündigung möglich, wenn Vertrag bereits seit drei Jahren läuft.
- ohne Verschulden
 - kein Rücktrittsrecht
 - kein Kündigungsrecht des Versicherers
 - kein nachträglicher Risikozuschlag

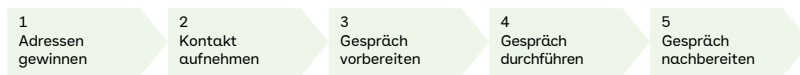
Lösung zu 22

Der Zeitpunkt des Vertragsabschlusses ist der formelle Beginn einer privaten Krankenversicherung. Der Versicherungsschutz beginnt jedoch grds. mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt. Der Versicherungsschutz in der PKV kann grds. nicht rückwirkend begründet werden. Die beiden Zeitpunkte sind also nicht identisch.



Lösung zu 23

	Beendigung möglich ja/nein	ordentliche Kündigung	außer- ordentliche Kündigung	sonstige Bedingungs- gründe
1. Fall Reiner Schild ist Arbeitnehmer mit einem Gehalt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze und seit vielen Jahren bei der Allesschutz AG privat vollversichert. Da er zurzeit für einen langen Urlaub spart, überweist er die Beiträge zu dieser Versicherung nicht mehr. Nach mehreren Hinweisen auf die Beitragsrückstände kündigt die Allesschutz AG den Versicherungsvertrag mit Reiner Schild.	nein (abhängig von der konkreten Fallkonstellation tritt ein Ruhen des Tarifs und eine Versicherung im Notlagentarif ein)			
2. Fall Olivia Zonk ist seit 01. 01. 2025 bei der Allesschutz AG privat krankenversichert. Der Versicherungsvertrag für ihre Zahnzusatzversicherung sieht eine Laufzeit von zwei Jahren vor. Da Olivia Zonk jedoch mit der Leistungsgewährung der Allesschutz AG nicht zufrieden ist, kündigt sie den Versicherungsvertrag am 02. 06. zum 31. 12. 2025.	nein			
3. Fall Robin Bello hat seit vielen Jahren eine Krankentagegeldversicherung bei der Allesschutz AG. Am 23. 06. 2025 vollendet er sein 65. Lebensjahr. Die Allesschutz AG sendet ihm daraufhin eine Mitteilung über das Ende der Krankentagegeldversicherung zu.	ja			X
4. Fall Svenja Zagallo ist Studentin und zusammen mit ihren Eltern bei der Allesschutz AG privat krankenversichert. Am 14. 02. 2025 heiratet sie den Rechtsanwalt Klaus Berger. Klaus Berger ist freiwilliges Mitglied und Kunde der AOK. Die Voraussetzungen des § 10 SGB V werden von Svenja Zagallo erfüllt.	ja		X	



Lösung zu 24

In der PKV besteht u.a. keine bzw. eine eingeschränkte Leistungspflicht bei

- Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen,
- ambulanter Heilbehandlung in einem Heilbad bzw. Kurort,
- Behandlungen durch Angehörige,
- Überschreiten des medizinisch notwendigen Maßes der Leistung und
- vorsätzlich verursachten Krankheiten und Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren bei Suchterkrankungen.

Lösung zu 25

Zusatzversicherungen zum Versicherungsschutz der GKV sind dann sinnvoll, wenn die Leistungen nach dem SGB V nicht ausreichen, z.B. Auslandsreisekrankenversicherung, Wahlleistungen im Krankenhaus, Zahnersatz, besondere Behandlungen (z.B. bei Krebserkrankungen oder bei Heilpraktikern), Sehhilfen.

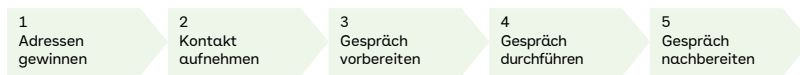
Die AOK kann der versicherten Person beim Abschluss von Zusatzversicherungen helfen, indem sie sie zunächst auf mögliche Versicherungslücken hinweist. Ferner kann sie sie durch Vermittlung zum Kooperationspartner einen günstigen Versicherungsschutz und umfassende Betreuung – auch durch die AOK – verschaffen.

Lösung zu 26

Für eine Mitgliedschaft bei der AOK sprechen:

1. Beitrag der AOK ohne Rücksicht auf das Versicherungsrisiko (Alter, Gesundheitszustand, Leistungsumfang)

2. Familienversicherung ohne zusätzlichen Beitrag
3. Beitragsfreiheit bei Bezug von Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Elterngeld usw.
4. keine Gefahr der „Vergreisung“ von Tarifen
5. Beitragsabführung kann vom Arbeitgeber übernommen werden
6. lückenloses Leistungsangebot der AOK:
 - a) umfassende Leistungen zur Wiederherstellung der Gesundheit
 - b) Lohnersatzleistungen (z.B. Krankengeld)
 - c) Leistungen zur Verhütung von Erkrankungen
 - d) Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten
 - e) keine Vorfinanzierung von Leistungen; AOK zahlt direkt an den Leistungserbringer
 - f) grundsätzlich kein Leistungsausschluss
 - g) ggf. nachgehender Leistungsanspruch
 - h) umfassende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unter sachkundiger Planung
 - i) Haushaltshilfe, Krankengeld sind eingeschlossen
 - j) Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes



7. Krankenversicherung der Rentner/-innen zu tragbaren Beiträgen ist im Alter gesichert

8. Gerichtszuständigkeit unproblematisch

9. Mitwirkungsmöglichkeit der Kunden (Selbstverwaltung)

10. Soziale Pflegeversicherung

Lösung zu 27

Mögliche „Produkte“, mit denen die AOK im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten Wettbewerbsvorteile erreichen kann, sind z.B.:

- längere Öffnungszeiten und damit eine Ausweitung der Servicebereitschaft
- aktuelle Information über rechtliche Änderungen, z.B. über Firmenkundenberatung, den Privatkundenservice, Homepages im Internet
- Beratende in Krankenhäusern
- Softwareprodukte zur Unterstützung der Kommunikation mit der Krankenkasse
- Servicegeschäftsstellen in Haupturlandsgebieten
- Zusatzangebote wie Wahltarife, Gesundheitsbonusangebote oder Mehrleistungen

Lösung zu 28

Die Höhe des PKV-Beitrags wird beim Abschluss der Versicherung durch folgende Faktoren beeinflusst:

- a) vertraglich vereinbarter Leistungsumfang (auch Vereinbarung einer Selbstbeteiligung)
- b) Eintrittsalter (für Tarife, die nach Art der Lebensversicherung mit Alterungsrückstellungen kalkuliert sind)

c) Lebensalter (für Tarife, die nach Art der Schadenversicherung ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert sind)

d) Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss im Hinblick auf evtl. Risikozuschläge

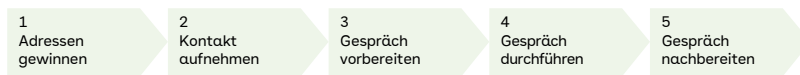
Lösung zu 29

Beim Äquivalenzprinzip gibt es eine direkte Beziehung zwischen der Höhe der Beiträge und dem versicherten Leistungsumfang. Je mehr Leistungen versichert werden, desto höher der Beitrag. Wer ein größeres Risiko darstellt und damit voraussichtlich mehr Leistungen in Anspruch nimmt, muss folglich auch höhere Beiträge zahlen als jemand, der nur ein niedrigeres Risiko darstellt.

Demgegenüber steht das Solidaritätsprinzip. Die Mitglieder stehen im Geiste der Solidarität füreinander ein. Damit verbunden ist die sozialpolitische Zielsetzung, einen finanziellen Ausgleich zwischen sozial schwächeren und sozial stärkeren Mitgliedergruppen zu schaffen. Solidarität bedeutet, dass jedes Mitglied der Versichertengemeinschaft so viel von der Gemeinschaft erhält, wie erforderlich ist, und so viel zu diesen Ausgaben beiträgt, wie es seiner Leistungsfähigkeit entspricht.

Lösung zu 30

Alterungsrückstellungen sollen das altersbedingt zunehmende Versicherungsrisiko ausgleichen und damit verhindern, dass der bei Vertragsabschluss vereinbarte Beitrag ansteigt. Deshalb muss der Versicherungsnehmer in jungen Jahren einen „Sparbeitrag“ zusätzlich zum „Risikobeitrag“ zahlen, der zur Deckung späterer Kostensteigerungen angesammelt wird.



Lösung zu 31

Nach § 257 Abs. 2 SGB V hat der Arbeitgeber zum PKV-Beitrag von privat krankenversicherten Arbeitnehmern, deren Jahresarbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze übersteigt und die deshalb krankenversicherungsfrei sind, einen Zuschuss zu zahlen. Der Zuschuss zur Krankenversicherung wird maximal in Höhe der Hälfte des Beitragssatzes der GKV nach § 241 SGB V zuzüglich der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V gezahlt. Nach § 61 Abs. 2 SGB XI gilt für die Pflegeversicherung ein Beitragszuschuss, der in der Höhe des Beitrags, der als Arbeitgeberanteil bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre, begrenzt ist. In jedem Fall ist der Zuschuss jedoch in der privaten Kranken- wie auch in der privaten Pflegeversicherung auf die Hälfte des tatsächlich gezahlten PKV-Beitrags begrenzt.

Die Zahlungsdauer ist an die Zahlung von Arbeitsentgelt durch den Arbeitgeber gekoppelt. Entfällt der Anspruch auf Arbeitsentgelt (z.B. wegen Ablauf der Entgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit oder während der Schutzfristen nach dem MuSchG), entfällt auch der Anspruch auf den Arbeitgeberzuschuss. Da die PKV keine beitragsfreien Zeiten kennt, muss der Versicherungsnehmer in solchen Fällen den vollen Beitrag für seine private Kranken- und Pflegepflichtversicherung allein aufbringen.

Lösung zu 32

Der Zuschuss zur Krankenversicherung beträgt 240 € und zur Pflegeversicherung 30,50 €.

maximaler Zuschuss zur Krankenversicherung:

$$\begin{aligned} 5.512,50 \text{ €} \times 7,3 \% &= 402,41 \text{ €} \\ + 5.512,50 \text{ €} \times 1,25 \% &= 68,91 \text{ €} \\ \text{(aufgerundet)} &= 471,32 \text{ €} \end{aligned}$$

Vergleich mit der Hälfte des tatsächlichen Beitrags:

$$480 \text{ €} : 2 = 240 \text{ €}$$

maximaler Zuschuss zur Pflegeversicherung:

$$\begin{aligned} 5.512,50 \text{ €} \times 1,8 \% &= 99,23 \text{ €} \\ \text{(aufgerundet)} & \end{aligned}$$

Vergleich mit der Hälfte des tatsächlichen Beitrags:

$$61 \text{ €} : 2 = 30,50 \text{ €}$$

Lösung zu 33

Unter direktem Absatz versteht man den Vertrieb von Produkten und Dienstleistungen auf dem unmittelbaren Weg vom Hersteller zum Endverbraucher ohne Einschaltung von unternehmensfremden Distributionsorganen.

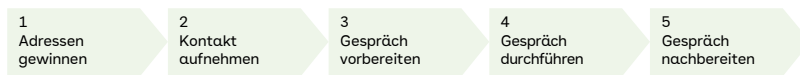
Der indirekte Absatzweg ist durch die Einschaltung eines Absatzmittlers zwischen den Produzenten und dem Endverbraucher gekennzeichnet. Er bezieht also verschiedene Handelsstufen (z.B. Großhandel, Einzelhandel) mit in den Vertrieb ein.

Lösung zu 34

Es sind 13 Außendienstmitarbeitende für die Geschäftsstelle der AOK erforderlich.

Berechnung:

$$\begin{aligned} (650 \times 14) + (550 \times 10) + (350 \times 6) + \\ (220 \times 10) / (208 \times 7) &= 13 \end{aligned}$$



Lösung zu 35

Besprechen Sie die Lösung hierzu mit Ihrer Ausbildungsleitung/Mentor.

Lösung zu 36

Zu den Marketing-Instrumenten gehören:

- Produktpolitik
- Kontrahierungspolitik (Preis-/Beitragspolitik)
- Distributionspolitik (Vertriebspolitik)
- Kommunikationspolitik

Folgende Kernfragen sind jeweils zu klären:

Produktpolitik

- Welche Eigenschaften sollen das Produkt/die Dienstleistung auszeichnen?
- Welchen Namen soll das Produkt erhalten?
- Soll das Produkt selbst hergestellt oder eingekauft werden?
- Welcher Umsatz/Gewinn kann mit dem Produkt voraussichtlich erzielt werden?

Kontrahierungspolitik (Preis-/Beitragspolitik)

- Welcher Preis lässt sich am Markt für das Produkt/die Dienstleistung durchsetzen?
- Welche Rabatte sollen ggf. eingeräumt werden?
- Wie sollen die Konditionen (Liefer- und Zahlungsbedingungen) gestaltet sein?
- Sollen die Preise nach Regionen oder zeitlich differenziert werden?

Distributionspolitik (Vertriebspolitik)

- Welche Absatzwege sollen gewählt werden?
- Welcher Absatzorgane soll man sich bedienen?
- Welche Verkaufsorganisation ist geeignet?
- In welche Vertriebsbezirke soll der Vertrieb eingeteilt werden?

Kommunikationspolitik

- Welche Zielgruppen werden wie mit dem Produkt beworben?
- Welche Botschaft soll generell mit dem Produkt vermittelt werden?
- Welches Instrument (Werbung, PR) soll wie eingesetzt werden?
- Welche Medien (z.B. Rundfunk, Fernsehen) sollen dafür genutzt werden?

Hinweis

Es waren lediglich je drei Kernfragen anzuführen.

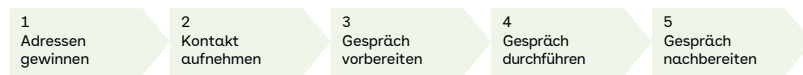
Lösung zu 37

Besprechen Sie die Lösung hierzu mit Ihrer Ausbildungsleitung/Mentor.

Lösung zu 38

Hauptbestandteil einer jeden Marketingkonzeption ist der Marketing-Mix. Hier wählt das Unternehmen zu einem bestimmten Zeitpunkt aus dem gesamten marketingpolitischen Instrumentarium bestimmte Maßnahmen aus. Ziel dieser Auswahl ist es, nur die Instrumente zu nutzen, mit denen sich die gesteckten Marketingziele am besten erreichen lassen und sie optimal miteinander zu kombinieren.

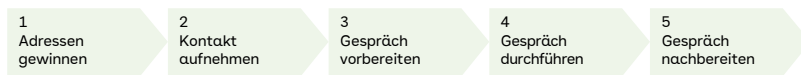
3.0 · Privatkunden akquirieren und halten, dabei beraten



Lösung zu 39

Ein möglicher Marketing-Mix zur Familienversicherung könnte wie folgt aussehen:

Produktpolitik	<ul style="list-style-type: none">• „klassische Leistung“ nach § 10 SGB V• AOK-Expertenforum „Eltern und Kind“
Preispolitik	<ul style="list-style-type: none">• für den Kunden ohne Mehrpreis• Einnahmen aus Risikostruktur-ausgleich möglich
Distributionspolitik	<ul style="list-style-type: none">• bei Geburt, bei Beginn der Mitgliedschaft des Kunden• bei Hochzeit – durch Fragebogen, schriftlich oder Hausbesuch
Kommunikationspolitik	<ul style="list-style-type: none">• Fernsehspot, Plakate, Anzeigenkampagne• Motto: „AOK. Gesundheit in besten Händen.“• Mailingaktionen zur Vorsorgeuntersuchung der Kinder



13 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle

Lösung zu 1

Folgende Probleme können sich bei der Befragung im Rahmen einer Panelerhebung ergeben:

1. „Panelsterblichkeit“

Durch den Wegfall individueller Kriterien bei Mitgliedern der befragten Zielgruppe verringert sich die Zahl der Befragten stetig – die Repräsentativität der Ergebnisse sinkt (z.B.: Heirat eines Singles)

2. Durch die kontinuierliche Befragung sinkt der Anteil authentischer Antworten tendenziell.

Lösung zu 2

Folgende Kriterien sind bei der Auswahl dieses Marktsegments zu beachten:

1. Homogenität

Das Segment muss durch gleiche oder ähnliche Verhaltensweisen heterogen zu anderen Segmenten sein.

2. Ansprechbarkeit

Durch die gewählte Größe darf keine Überstreuung (z.B. zu allgemeine Werbebotschaft) und keine Unterversorgung (zu klein gewählte Zielgruppe, z.B. nur Banker) eintreten.

3. Relevanz

Das Segment muss gegenwärtig oder zukünftig als strategisches Geschäftsfeld existieren können (z.B. Berufsstartende).

4. Wirtschaftlichkeit

Selbst kleine Segmente können bei entsprechendem Deckungsbeitrag wirtschaftlich sein. In der Regel ist jedoch eine Mindestgröße der Zielgruppe für die Wirtschaftlichkeit eines Marktsegments erforderlich.

Hinweis

Es waren lediglich drei Kriterien zu beschreiben.

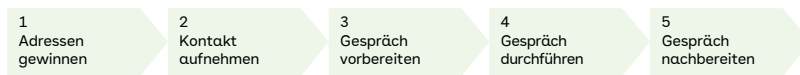
Lösung zu 3

Studierende sind aus folgenden Gründen eine interessante Zielgruppe für die AOK:

- grundsätzlich günstige Risikostruktur, da meist jung und gesund
- bei Aufnahme einer Beschäftigung als Hochschulabsolvent meist überdurchschnittlich gutes Einkommen (und wegen des engen Zusammenhangs zwischen Einkommen und Gesundheit überdurchschnittlich gesund)
- oftmals Meinungsmultiplikatoren nach dem Studium
- bei frühzeitiger Bindung an die AOK sind Studierende danach oft für die Dauer des gesamten Erwerbslebens gesetzlich krankenversichert
- Hochschulabsolventen sind eher nicht in krankheitsgeneigten Berufen tätig
- nach dem Studium sind die Absolventen oftmals selbstständig tätig und haben eigenes Personal, das als Zielgruppe für die AOK dann wieder infrage kommt

Hinweis

Es waren lediglich fünf Argumente zu nennen.



Lösung zu 4

a) AOK

Die freiwillige Versicherung im Sinne des § 9 SGB V schließt sich entweder unmittelbar an die vorangegangene Pflichtmitgliedschaft (vgl. § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V) an (z.B. Weiterführung der Mitgliedschaft nach Eintritt der Krankenversicherungsfreiheit) oder beginnt mit dem Tag des Beitritts (z.B. bei erstmaliger Aufnahme einer Beschäftigung, deren Jahresarbeitsentgelt sofort die Versicherungspflichtgrenze überschreitet).

Mit dem Beginn der Mitgliedschaft entsteht der Anspruch auf die gesetzlichen und satzungsmäßigen Leistungen (vgl. § 11 SGB V und Umkehrschluss aus § 19 Abs. 1 SGB V). Leistungseinschränkungen wegen bestehender Erkrankungen sind der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich fremd.

Die Beiträge bemessen sich nach den gesetzlich festgelegten Grundlagen, d.h. nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit (z.B. Arbeitsentgelt, Rente, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit – vgl. § 240 SGB V). Das Krankheitsrisiko hat keinen Einfluss auf die Beitragshöhe.

b) PKV

In der privaten Krankenversicherung besteht in aller Regel kein Kontrahierungszwang, sodass das Versicherungsunternehmen bei bestehenden Krankheiten den Abschluss eines Krankenversicherungsvertrags ablehnen kann. In diesem Fall besteht kein Versicherungsschutz. Nicht ablehnen kann die PKV allerdings den Eintritt in den Basistarif.

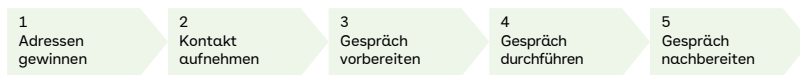
Bei Beginn der Versicherung bestehende Krankheiten – sofern ein Versicherungsvertrag geschlossen wird – können sich wie folgt auf die Versicherung auswirken:

- a) Vereinbarung eines höheren Beitrags (Risikozuschlag)
- b) Ausschluss der bestehenden Krankheiten vom Versicherungsschutz (Risikoausschluss)

Beim Risikozuschlag muss der Versicherungsnehmer einen erhöhten Beitrag zahlen, und zwar auch dann, wenn es wegen der bestehenden Krankheiten tatsächlich nicht zur Leistungsanspruchnahme kommt. Beim Risikoausschluss für bestehende Erkrankungen hat der Versicherungsnehmer keinen vollwertigen Versicherungsschutz. Beide Optionen gelten nicht für den Basistarif. Hier sind weder ein Risikozuschlag noch ein Risikoausschluss möglich.

Lösung zu 5

Mit dem Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags muss der Versicherungsnehmer alle ihm bekannten Erkrankungen, die für den Versicherer zur Abschätzung des zu versichernden Risikos erheblich sind, angeben (§ 19 Abs. 1 VVG). Weicht nämlich das individuelle Krankheitsrisiko des Antragstellers von dem im beantragten Tarif kalkulierten Durchschnittsrisiko ab, wird der Versicherer den Antrag entweder zurückweisen, bestimmte Erkrankungen von der Leistungspflicht ausschließen oder zusätzlich zum Tarifbeitrag einen Risikozuschlag verlangen.



Für die antragstellende Person ist deshalb wichtig zu wissen, welche Umstände gefahrenerheblich und somit anzeigepflichtig sind. Alle Fragen, die im Antragsvordruck enthalten sind, sind erheblich im Sinne der Anzeigepflicht. Diese Fragen müssen vom Antragstellenden deshalb nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantwortet werden.

Gefragt werden kann z.B. nach Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Gebrechen und Anomalien oder, ob jemals stationäre Heilbehandlung, z.B. in einem Krankenhaus, stattgefunden hat, eine solche beabsichtigt oder angeraten ist. Entscheidend ist, wonach der Versicherer in Textform gefragt hat. Dies muss genau beantwortet werden. Der antragstellenden Person ist zu raten, auch die von ihr für unwesentlich gehaltenen Erkrankungen oder Beschwerden anzugeben.

Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann gravierende Folgen für den Versicherungsnehmer haben. Der Versicherer kann bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht wegen Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Dies bedeutet, dass vom ursprünglichen Versicherungsbeginn Unwirksamkeit des Vertrags vorliegt und der Versicherungsnehmer ohne Krankenversicherungsschutz ist (§ 19 Abs. 2 VVG). In aller Regel kann er in die Versicherung der AOK nicht mehr zurück und ein anderes Versicherungsunternehmen wird einen Versicherungsvertrag nicht abschließen.

Will der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, so muss er dies innerhalb eines Monats nach Bekanntwerden der vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung erklären (§ 21 Abs. 1 VVG). Allerdings ist die Situation jeweils in

Bezug auf die konkreten Umstände des Einzelfalls zu prüfen.

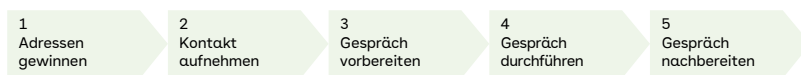
Lösung zu 6

Wartezeiten sind ein zeitlich und sachlich begrenzter Risikoausschluss. Leistungen, die nach Ablauf der Wartezeit entstehen, sind auch dann zu erbringen, wenn die Erkrankung während der Wartezeit eingetreten ist.

Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie gilt nicht für Unfallfolgen. Für die Leistungsbereiche Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie beträgt die Wartezeit acht Monate. Im Leistungsbereich „Entbindung“ beträgt in der Krankentagegeldversicherung die Wartezeit ebenfalls drei Monate. Bei der Wartezeit von acht Monaten ist jedoch zu beachten, dass entsprechend dem Teil II der Versicherungsbedingungen diese verkürzt werden kann. Einige Versicherungsunternehmen haben inzwischen völlig auf Wartezeiten verzichtet.

Außerdem kann die Wartezeit – sofern der Tarif es vorsieht – aufgrund besonderer Vereinbarungen erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird (vgl. § 3 Abs. 4 MB/KK 2009 – MB/KT 2009).

Bei den Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung bei der AOK ausscheiden und einen Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung erlangt haben, wird die nachweislich in der gesetzlichen Krankenversicherung ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet (vgl. § 197 Abs. 2 VVG und § 3 Abs. 5 MB/KK 2009 – MB/KT 2009).



Lösung zu 7.1

Für die am 01. 09. 2025 beginnende Krankheitskostenversicherung sind von Anton Abel Beiträge in Höhe von insgesamt monatlich 735,76 € zu zahlen.

Durch die Wahl des Selbstbeteiligungstarifs könnte er die Belastung auf monatlich 620,90 € verringern. Sofern Anton Abel im Fall einer Arbeitsunfähigkeit nach Wegfall des Gehalts Krankentagegeld erhalten möchte, muss er zusätzlich eine Krankentagegeldversicherung abschließen.

Anton Abel hätte Anspruch auf Zahlung eines Beitragszuschusses des Arbeitgebers in Höhe von monatlich 367,88 €, wenn er die Versicherungen ohne Selbstbehalt abschließen würde bzw. einen Beitragszuschuss in Höhe von 310,45 €, vorausgesetzt er würde die Versicherungen mit Selbstbehalt abschließen.

Begründung

Aus der Beitragstabelle der Fortuna-Versicherungs-AG ergeben sich für die Krankheitskostenversicherung – entsprechend dem Geschlecht der Familienmitglieder und ihrem Alter – folgende Beiträge:

a) Anton Abel	319,34 €
b) Petra Abel	312,79 €
c) Daniel Abel	103,63 €
Summe	735,76 €

Anton Abel würde also tatsächlich monatlich 735,76 € an PKV-Beitrag zahlen.

§ 257 Abs. 2 Satz 1 SGB V

[hier:]

Anton Abel ist wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze krankenversicherungsfrei. Ihm liegt ein Angebot von der Fortuna-Versicherungs-AG für eine private Krankenversicherung ab 01. 09. 2025 vor.

[also:]

Danach würde er Leistungen erhalten, die der Art nach den Leistungen des SGB V entsprechen.

Anton Abel hätte Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers.

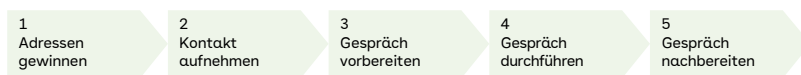
§ 257 Abs. 2 Satz 2 SGB V

[hier:]

Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Beitrags nach § 241 SGB V zuzüglich der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V. Das sind 8,55 %. Die Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung beträgt im Jahr 2025 5.512,50 €.

Der monatliche Zuschuss würde danach höchstens 471,32 € (5.512,50 € x 8,55 %) betragen. Die Hälfte des Beitrags, den Anton Abel tatsächlich an seine private Krankenversicherung zu zahlen hat, beträgt 367,88 € (735,76 € : 2).

Anton Abel erhält von seinem Arbeitgeber einen monatlichen Zuschuss zu seiner privaten Krankenversicherung in Höhe von 367,88 €. Ohne Selbstbeteiligung hätte Anton Abel damit für einen Versicherungsschutz bei der Fortuna-Versicherungs-AG einen Eigenanteil in Höhe von monatlich 367,88 € aufzuwenden.



In dem Betrag ist noch nicht der Beitrag für die zusätzlich zu zahlende Krankentagegeldversicherung enthalten. Um diesen Betrag erhöht sich noch einmal der private Gesamtkrankenversicherungsbeitrag und damit die Differenz zum AOK-Beitrag.

Wenn der Versicherungsnehmer eine Selbstbeteiligung vereinbart, muss er zunächst die vereinbarte Summe selbst bezahlen. Erst danach setzt die Erstattungspflicht des Versicherungsunternehmens ein. Der Versicherungsnehmer trägt also einen Teil des Risikos selbst. Als Ausgleich dafür fordert das Versicherungsunternehmen geringere Beiträge.

Für Anton Abel und seine Familie würden sich bei einer Selbstbeteiligung von jährlich 255 € für Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung folgende Beiträge ergeben:

a) Anton Abel	275,00 €
b) Petra Abel	268,44 €
c) Daniel Abel	77,46 €
Summe	<u>620,90 €</u>

Der Beitragszuschuss des Arbeitgebers beträgt monatlich 310,45 €, weil die Hälfte des tatsächlichen Beitrags ($620,90 \text{ €} : 2 = 310,45 \text{ €}$) kleiner ist als der maximale Beitragszuschuss.

[also:]

Bei einer Selbstbeteiligung in Höhe von 255 € hätte Anton Abel einen monatlichen Beitragseigenanteil in Höhe von 310,45 € ($620,90 \text{ €} - 310,45 \text{ €}$) aufzubringen. Die monatliche Ersparnis beträgt insgesamt 57,43 € ($367,88 \text{ €} - 310,45 \text{ €}$) oder jährlich 689,16 €. Dabei ist jedoch zu beachten, dass er unter Umständen $3 \times 255 \text{ €} (= 765 \text{ €})$ jährlich zusätzlich an Selbst-

beteiligung aufwenden muss, sodass er dann sogar 75,84 € mehr zahlen würde.

Lösung zu 7.2

Der Beitrag, den Anton Abel bei der AOK für eine freiwillige Versicherung abzüglich des Arbeitgeberzuschusses zu zahlen hat, beträgt 471,32 €.

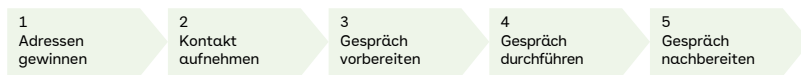
hälftiger Beitragssatz:	7,30 %
hälftiger Zusatzbeitragssatz:	1,25 %
$5.512,50 \text{ €} \times 8,55 \% =$	471,32 € (aufgerundet)

Die Ehefrau und der Sohn von Anton Abel sind im Rahmen der Familienversicherung nach § 10 SGB V kostenfrei mitversichert.

Lösung zu 8

Bei einer derzeitigen Nutzung des Internets bietet sich vorrangig das Angebot medizinischer Beratungsleistungen über das Gesundheitsportal der AOK (www.aok.de) an.

Unterstützend dazu kann die Service-Hotline angegeben werden. Idealerweise handelt es sich bei den Mitarbeitenden des Gesundheitsportals um Mitarbeitende der AOK, da sie keine anderen Interessen vertreten und außerdem in diesem sensiblen Bereich das Vertrauen genießen und die absolut notwendige Verschwiegenheit garantieren. Der direkte Vertriebsweg ist hier zwar sicher etwas teurer als andere Vertriebswege, jedoch birgt er sehr viele Vorteile; von der Feedback-Funktion bis zur Vereinbarung von erforderlichen Hausbesuchen der Außendienstmitarbeitenden.



Lösung zu 9

Werbung hat u.a. folgende Aufgaben:

1. Bedürfnisse wecken, z.B. nach Produkten oder Dienstleistungen (Neukundengewinnung)
2. Information über Produkte vermitteln (Produktvorteile publizieren – Neukundengewinnung)
3. Kaufentscheidungsakzeptanz steigern (positive Nachkaufunterstützung – Kundenstammerhaltung)
4. Vertrauen in die Unternehmung wecken
5. Produktelimination vorbereiten

Hinweis

Es waren lediglich drei Aufgaben zu nennen.

Lösung zu 10

Wer	AOK
sagt was?	Am Anfang ist alles so neu. Gut, wenn sich einer auskennt!“.
unter welchen Bedingungen?	AOK als Navigator im großen Bereich der Gesundheit.
über welche Kanäle?	Medium „Plakat“
zu wem?	Zielgruppe alle Internetnutzenden
mit welchem Erfolg?	Aufmerksamkeit Verbindung von Sicherheit, Information, Navigator, Gesundheit und AOK

Lösung zu 11

- Werbemittel sind sachliche oder personelle Ausdrucksformen der Werbung (z.B. Anzeigen, Funkspots).
- Werbeträger sind Medien, mit deren Hilfe die Werbebotschaft an die Umworbenen herangetragen wird (Zeitschriften, Direktwerbung).
- Werbehilfen sind Instrumente, die nicht primär der Werbung dienen, aber zu Werbezwecken verwendet werden können (Werbegeschenke).

Lösung zu 12

Vorteile der Direktwerbung sind:

1. Direktwerbung spricht die gewünschten Kundinnen und Kunden genau und ohne Streuverluste an.
2. Der Erfolg ist durch den Anteil der Antworten bzw. durch die Kaufentscheidung leicht nachvollziehbar.