

Krankenkassen im Wettbewerb

Market Access für Krankenkassen?

Das deutsche Gesundheitswesen ist von hoher Komplexität geprägt und wird nicht umsonst als eines der kompliziertesten Gesundheitssysteme der Welt bezeichnet. Strenge Regulierung und ein festgelegter Leistungskatalog machen es besonders für Pharmaunternehmen und Medizinproduktehersteller schwer, die eigenen Produkte gewinnbringend zu integrieren. Der Market Access ist dabei die zentrale Herausforderung, denn es müssen eine Vielzahl von Gesetzen, Regularien und Vorgaben beachtet werden. Die Krankenkassen übernehmen dabei die Rolle des Gegenspielers, „an ihnen muss ein Unternehmen vorbei“, um die eigenen Produkte erfolgreich zu verkaufen. Warum also sollte auch für eine Krankenkasse Market Access ein Thema sein, sprich für eben die Organisation, die nicht selten versucht, einen Market Access neuer Produkte zumindest zu erschweren?

>> Die Antwort auf diese Frage liegt in den Aufgaben, denen sich Krankenkassen von heute stellen müssen. Krankenkassen haben ihren Charakter als reine Verwaltungsbehörde schon lange abgelegt. Auch wenn die GKV ursprünglich als Verwaltungsbehörde öffentlicher Gelder gesehen wurde, wird diese Ansicht mittlerweile durch zunehmend unternehmerische Elemente verdrängt (Vgl. Rittner et al. 2008, S. 273).

Krankenkassen haben zwar keine privatrechtlichen Freiheiten, jedoch sind sie in ihrem Handeln weitaus flexibler als eine rein staatliche Behörde. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts handelt eine GKV in Eigenverantwortung bezüglich ihrer strategischen Ausrichtung, unter der Voraussetzung, die Gesundheitsversorgung der deutschen Bevölkerung zu gewährleisten. Somit obliegt es auch der Krankenkasse, welche Wettbewerbs- bzw. Marketingstrategie angewendet wird, um Mitglieder zu gewinnen und die eigene Marktposition zu stärken (Vgl. Fischer et al. 2012, S. 171–172).

Anders als im freien Wettbewerb ist im deutschen Gesundheitssektor ein Großteil der anzubietenden Leistungen staatlich vorgegeben. Definiert durch den § 11 SGB V sind 95% der Leistungen zwingend von der Krankenkasse anzubieten und zu erstatten. Somit sind nur 5% der Leistungen überhaupt geeignet, um in einer Wettbewerbsstrategie berücksichtigt zu werden. Hier zeigt sich die Schwie-

rigkeit von Marketing in einem regulierten Markt, welcher nur sehr wenige Möglichkeiten bietet, sich im Wettbewerb gegenüber anderen Wettbewerbern zu differenzieren. 95% der Leistungen einer GKV können als Grundnutzen bezeichnet werden, den die Versicherten als selbstverständlich voraussetzen. Die restlichen 5% sollen einen Zusatznutzen darstellen, welcher von den Versicherten auch so wahrgenommen werden soll.

Hier beginnt die Notwendigkeit einer ausgereiften Marketingstrategie, die den angebotenen Zusatznutzen so darstellt, dass er sowohl von dem Versicherten wahrgenommen und gleichzeitig auch als Mehrwert angesehen wird (Vgl. Meckel 2010, S. 81–82; (vgl. Hungenberg 2006, S. 197–198).

Definition möglicher Kassen-Handlungsfelder

In den letzten Jahrzehnten haben Krankenkassen viele Möglichkeiten gewonnen, sich im Wettbewerb zu differenzieren. Diese Optionen können in vier Kategorien eingeteilt werden:

- Leistungsmanagement,
- Tarifmanagement,
- Vertragsmanagement,
- Serviceleistungen.

Jede dieser Kategorien bietet eine Vielzahl von Möglichkeiten, eine Mehrleistung für Versicherte zu generieren und somit im Kassen-Wettbewerb einen Vorteil zu erringen.

Leistungsmanagement

Die Krankenkasse ist ein Dienstleister, welcher die Gesundheitsversorgung der Versicherten koordiniert. Darin eingeschlossen ist das Vergütungs- und Versorgungsmanagement, welches der Leistungserbringer zielgerichtet steuern soll, um eine optimale Qualität der Leistungen zu möglichst geringen Kosten zu erreichen. Dies schließt prinzipiell auch das Tarifmanagement und Vertragsmanagement mit ein, da auch hier Leistungen zielführend koordiniert werden sollen (Vgl. Busse 2013, S. 13). Aus der Gesamtheit der erstattungsfähigen Leistungen ergibt sich der Leistungskatalog, welcher die dritte Säule des Leistungsmanagements ist (Vgl. Busse 2013, S. 27).

Es sind 95% der Leistungen staatlich festgelegt und müssen somit von der Krankenkasse angeboten werden (Vgl. Meckel 2010, S. 81–82). Für den Market Access sind dementsprechend die übrigen 5% relevant.

Eine Möglichkeit zur Leistungsausweitung bieten Satzungsleistungen, also Leistungen, die Krankenkassen zusätzlich zu den vorgegebenen 95% in ihrer Satzung verankern können, um den Wünschen ihrer Zielgruppe gerecht zu werden. Ein populäres Beispiel hierfür ist die Kostenerstattung von Naturheilverfahren durch die Krankenkassen (vgl. Busse 2013, S. 181).

Auch die Erstattung/Zuzahlung im Bereich von OTC Produkten hat

sich als sehr wirkungsvoll herausgestellt. So beteiligen sich viele Krankenkassen bereits an den Kosten von alternativen Arzneimitteln, obwohl die Regelversorgung dies nicht vorsieht. Es sind eben solche Leistungen, die ein junges Publikum ansprechen und die Versichertenzahlen der eigenen Krankenkasse in die Höhe treiben. Der moderne Versicherte will individuell wahrgenommen und behandelt werden. Diesem Umstand muss eine erfolgreiche Krankenkasse nachkommen. Mehrleistungen wie Erstattungen von Reiseimpfungen oder besonderen Angeboten für junge Mütter sind vom Kostenimpact meist gering, erlauben es aber, Bedürfnisse von Versicherten zu befriedigen, die von der Regelversorgung nicht abgedeckt werden.

Tarifmanagement

Seit der Einführung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) im Jahr 2007 ist es gesetzlichen Krankenkassen erlaubt, ihren Pflichtversicherten Wahltarife anzubieten (Vgl. Bundesgesetzblatt Teil 1 und Nr. 11 2007, S. 386ff.). Diese Tarife werden neben den gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen der GKV angeboten und geben den Versicherten die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Varianten der Kostenerstattung zu wählen. Diese Option hatten gesetzlich Versicherte bis dato nicht (Vgl. Busse 2013, S. 28–29). Das Sachleistungsprinzip kann nunmehr partiell durch ein

Kostenerstattungsprinzip ersetzt werden, sofern der Versicherte dies wünscht. Die Höhe der Kostenerstattung kann somit variiert werden und ist nicht mehr gänzlich an das Sachleistungsprinzip gebunden. Welche Wahltarife eine Krankenkasse in ihrer Satzung verankert, kann diese selbst entscheiden. Das Wettbewerbsstärkungsgesetz schafft lediglich die Möglichkeit, dies zu tun, verpflichtend ist es jedoch nicht (Vgl. Blankart et al. 2009, S. 147–149).

Die Tarife geben den Versicherten einen Anreiz, kosteneffektiv Leistungen wahrzunehmen bzw. nicht wahrzunehmen. Dies kann sowohl durch Selbstbehalt- als auch durch Beitragsrückerstattungsstarife erreicht werden. Im Falle des Selbstbehalttarifs trägt der Versicherte einen festen Anteil seiner Gesundheitskosten selbst. Er ist demnach ständig daran interessiert, möglichst nur notwendige Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen. Im Gegenzug bietet die Krankenkasse eine Beitragsermäßigung. Die Beitragsrückerstattung motiviert den Versicherten auf ähnliche Weise, da (in den meisten Fällen) ein gesamter Monatsbeitrag am Ende des Jahres rückerstattet wird, vorausgesetzt, dass der Versicherte nur ein festgelegtes Volumen an Gesundheitsleistungen nachgefragt hat (Vgl. Busse 2013,

S. 28–29).

Wahltarife brechen somit die Barriere zwischen dem Sachleistungsprinzip und dem Kostenerstattungsprinzip, dies ist eine wichtige Entwicklung für den Wettbewerb auf dem Krankenkassenmarkt. Das Kostenerstattungsprinzip war bisher den privaten Versicherungen vorbehalten und zudem eines der entscheidenden Elemente für viele freiwillige Versicherte, sich für die PKV-Vollversicherung zu entscheiden. Mit den Wahlтарifen hat der Wettbewerb zwischen GKV und PKV ein neues Level erreicht (vgl. Blankart et al. 2009, S. 147–149).

Ein bisher ungenutztes Feld in der GKV sind Tarife, die die Erstattung von IGe-Leistungen einschließen. Während in der GKV die IGe-Leistungen einen eher schlechten Ruf haben (siehe IGeL Monitor), greift man in der PKV schon lange auf diese Option zurück, um den Versicherten Mehrleistungen außerhalb der üblichen Regelversorgung zu bieten. Bekannte Beispiele hierfür sind die Tarife „Optimed“ und „Optident“ der Deutschen Krankenversicherung (DKV).

Neben Wahlтарifen darf die GKV auch private Zusatzversicherungen anbieten (§ 194 Abs. 1a SGB V). In diesem Zusammenhang tritt die GKV selbst nur als Vermittler zwischen einer PKV und ihren Ver-

sicherten auf. Hat ein Versicherter den Wunsch, seine gesetzliche Versicherung durch eine private Zusatzversicherung zu erweitern, kann er dies über seine gesetzliche Krankenkasse tun. Jede GKV hat in der Regel einen oder mehrere private Kooperationspartner, über die dann ausgewählte Zusatzversicherungen angeboten werden können. Inhalt dieser Zusatzversicherungen sind in den meisten Fällen: Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie eine Auslandsreisekrankenversicherung (Vgl. Klaue und Schwintowski 2008, S. 11–12).

Vertragsmanagement

Das GKV-WSG ermöglicht neben den Wahlтарifen auch das Schließen von Selektivverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Somit können Krankenkassen mit einzelnen Leistungserbringern besondere Vereinbarungen treffen, die außerhalb des Kollektivvertrages eine bessere/gezielte Versorgung ermöglichen sollen (Vgl. Wigge und Harney 2008, S. 1). Die Einzelverträge legen sowohl den Umfang der zu erbringenden Leistungen fest als auch deren Vergütung durch die GKV.

Die gezielte Ausgestaltung von Einzelverträgen ist ein entscheidender Faktor im Wettbewerb ge-

worden, besonders als Instrument zur Ansprache bestimmter Zielgruppen. Ist es einer GKV möglich, gezielt Verträge mit Leistungserbringern eines bestimmten Fachbereichs abzuschließen, kann dies als Markenzeichen dieser Kasse von den Versicherten wahrgenommen werden. In diesem Fachbereich können alle Versicherten mit einer überdurchschnittlich guten Versorgung rechnen, wenn sie bei der jeweiligen Kasse versichert sind (Vgl. Gerlinger 2009, S. 22–25). Hier zeigt sich, warum Selektivverträge verbunden mit einer effektiven Market-Access-Strategie ein wichtiger Faktor für den Wettbewerb sind: „Es genügt nicht (mehr), bloß gute Lösungen anzubieten, vielmehr misst sich der Erfolg auf dem Krankenversicherungs- und Versorgungsmarkt daran, ob ein Akteur bessere Lösungen als die Konkurrenten bereitstellen kann“ (Gerlinger 2009, S. 24). Im besten Fall schafft eine Krankenkasse über Verträge neue Versorgungsstrukturen mit Leistungserbringern, die von (potenziellen) Versicherten als exklusiver Mehrwert wahrgenommen werden.

Im Jahr 2013 hat die EPC HealthCare GmbH eine explorative Recherche durchgeführt um den Status Quo verschiedener Versorgungsangebote der größten 55 Krankenkassen (Anzahl Versicherte)

Literatur

- Blankart, Charles Beat; Fasten, Erik; Schwintowski, Hans-Peter (2009): Das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig gestalten. Patientenseite stärken - Reformunfähigkeit überwinden. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Bundesgesetzblatt Teil 1; Nr. 11 (2007): GKV-WSG, zuletzt geprüft am 08.01.2015.
- Busse, Reinhard (Hg.) (2013): Management im Gesundheitswesen. Das Lehrbuch für Studium und Praxis. 3., vollst. überarb. und erw. Aufl. Berlin [u.a.]: Springer.
- EPC Healthcare GmbH [2013] EPC MONITOR Kostenträger 2013, Hamburg 2013.
- Fischer, Birgit; Schlenker, Rolf-Ulrich; Rothmaier, Jürgen (2012): Krankenkassenmanagement unter den besonderen Wettbewerbsbedingungen der GKV. In: Christian Thielscher (Hg.): Medizinökonomie. Wiesbaden: Gabler Verlag, S. 169–195.
- Gerlinger, Thomas (2009): Wettbewerb und Patientenorientierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Roman Böckmann (Hg.): Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage, Wiesbaden, S. 19–41.
- Hungenberg, Harald (2006): Strategisches Management in Unternehmen. Ziele - Prozesse - Verfahren. 4., überarb. und erw. Aufl. Wiesbaden: Gabler (Gabler-Lehrbuch).
- Klaue, Siegfried; Schwintowski, Hans-Peter (2008): Grenzen der Zulässigkeit von Wahlтарifen und Zusatzversicherungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin: Springer. Online verfügbar unter <http://www.worldcat.org/oclc/300139736>, zuletzt geprüft am 10.01.2015.
- Meckel, Anne-Katrin (2010): Strategisches Management bei gesetzlichen Krankenkassen. Wiesbaden: Gabler Verlag / Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://books.google.de/books?id=0-hvF7uikyMC>.
- Rittner, A. M.; Kielhorn, H.; Schönermark, M. P. (2008): Kundenverständnis in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Präz Gesundheitsf 3 (4), S. 273–280. DOI: 10.1007/s11553-008-0135-z.
- Wigge, Peter; Harney, Anke (2008): Selektivverträge zwischen Ärzten und Krankenkassen nach dem GKV-WSG. In: MedR 26 (3), S. 139–149. DOI: 10.1007/s00350-008-2121-z.
- Zok, Klaus (2009): Erwartungen an die GKV nach Einführung des Gesundheitsfonds. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter 3.000 GKV-Versicherten. In: WIdOmonitor 2009, zuletzt geprüft am 04.01.2015.

Rechtliche Basis für Verträge neuer Versorgungsstrukturen	
Vertragsart	SGB V
Modellvorhaben	§ 63-65
Strukturverträge	§ 73a
Hausarztverträge	§ 73b
Verträge zur Sicherstellung der amb. ärztlichen Versorgung	§ 73c
Verträge zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung	§ 116b
Arzneimittel-Rabattverträge	§ 130a
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	§ 132d
Strukturierte Behandlungsprogramme bei chron. Krankheiten	§ 137f
Verträge zur integrierten Versorgung	§ 140a ff.

zu erheben. Im Fokus stand dabei unter anderem das Ziel, den Status Quo der durch Selektivverträge abgedeckten Indikationen zu recherchieren und darzustellen. Durch die Daten ist erkennbar, dass eine Vielzahl von Krankenkassen bereits von Selektivverträgen Gebrauch macht, die abgedeckten Indikationen sind dabei sehr heterogen.

In Abbildungen 1-3 sind die Top 10 der abgedeckten Indikationsgebiete aufgeführt, gemessen an der Anzahl der ermittelten Verträge, die von allen Krankenkassen in Deutschland abgeschlossen wurden.

Serviceleistungen

Serviceleistungen sind für Versicherte einer der entscheidenden Faktoren, die für Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit der jeweiligen Krankenkasse führen. Die Serviceorientierung der GKV im Allgemeinen ist in den letzten Jahren immer weiter ausgebaut worden. Die Servicequalität ist neben einem Großteil der Krankenkassenleistungen etwas, das der Versicherte selbst bewerten kann. Dies hat dazu geführt, dass viele Kassen bestimmte Serviceleistungen als Alleinstellungsmerkmal etablieren wollen. Sei es ganz allgemein durch beratende Tätigkeiten im Kundencenter/Callcenter oder durch spezielle Angebote wie z.B. Zweitmeinungsservice (Vgl. Fischer et al. 2012, S. 184–185). „Optimierung bei Beratung, Betreuung, Information und Aufklärung für Kunden stellen hier wesentliche Erfolgsgrundlagen eines Dienstleistungsunternehmers

dar“ (Fischer et al. 2012, S. 184).

Dies betrifft Leistungen aus dem Fall- und Terminmanagement, wie beispielsweise Zweitmeinungsverfahren, Organisation häuslicher Krankenpflege, Impfberatung oder auch ein „Baby-Telefon“ für werdende Mütter (Vgl. Zok 2009, S. 6–7). Das Zweitmeinungsverfahren stellt dabei eine besondere Art des Services dar, welcher bereits im Zuge des GKV – VSG 2015 aufgriffen wurde. Ab 2016 sollen Versicherte nach § 27 b SGB V bei planbaren Eingriffen, mit Gefahr einer Indikationsausweitung, Anspruch auf eine Zweitmeinung haben. Wie gut die Strukturen zur Erlangung einer Zweitmeinung für die Versicherten sind, hängt dabei von den einzelnen Krankenkassen ab.

Status Quo und Potenzial

Eine weiterführende Auswertung der EPC-Daten im Jahre 2015 hat eine Identifizierung verschiedener Wettbewerbsstrategien ausgewählter Krankenkassen zum Ziel gehabt. Die wettbewerbliche Ausrichtung wurde hier mittels Indikatoren aus den Bereichen Leistungsmanagement, Vertragsmanagement und Tarifmanagement vorgenommen. Werte wurden ausgezählt und mit dem Durchschnitt von 12 repräsentativen Krankenkassen aus allen Krankenkassenarten verglichen. Die Abbildungen 4 und 5 zeigen

Abb. 1-3: Eigene Darstellung in Anlehnung an EPC HealthCare GmbH [2013]

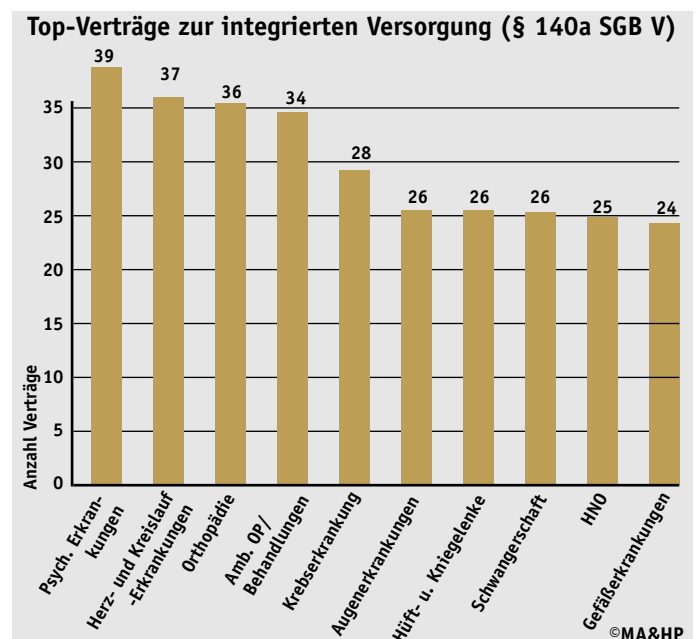
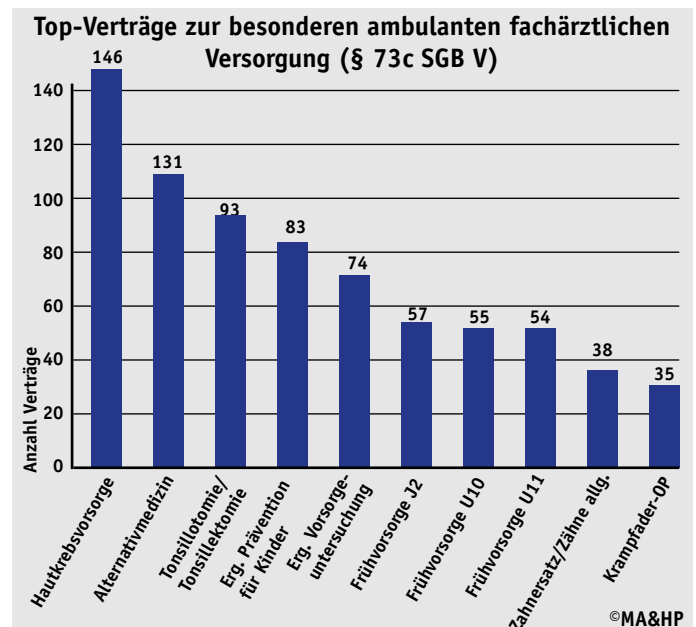
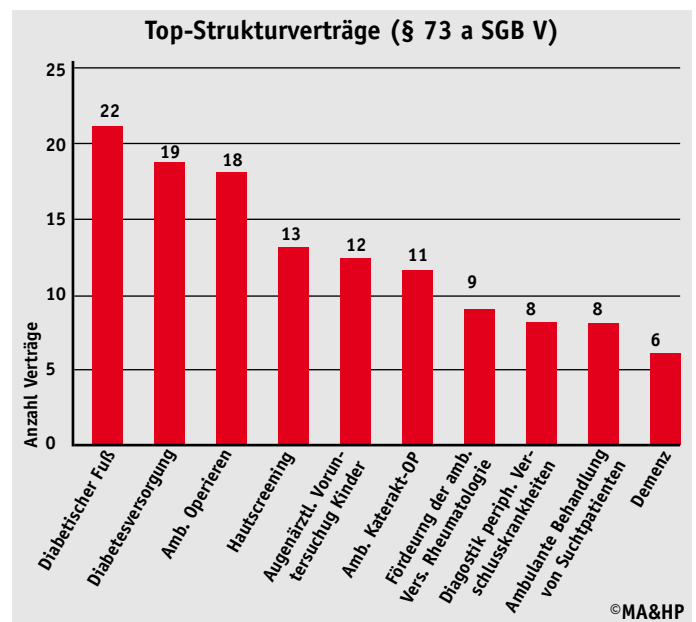
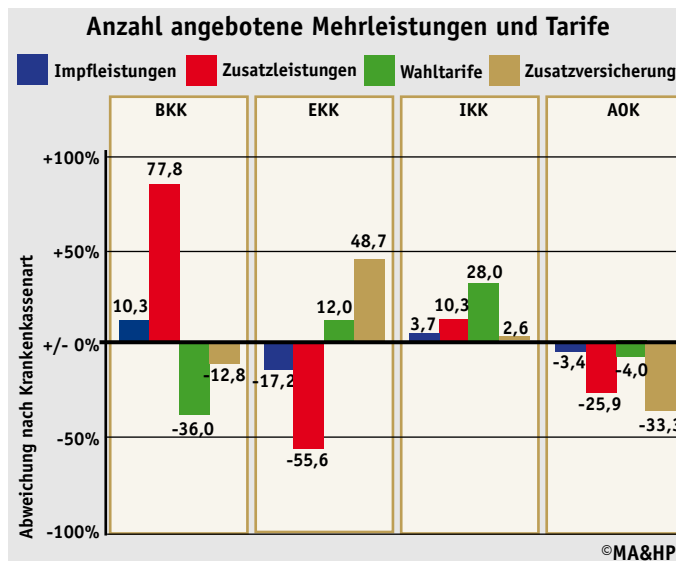
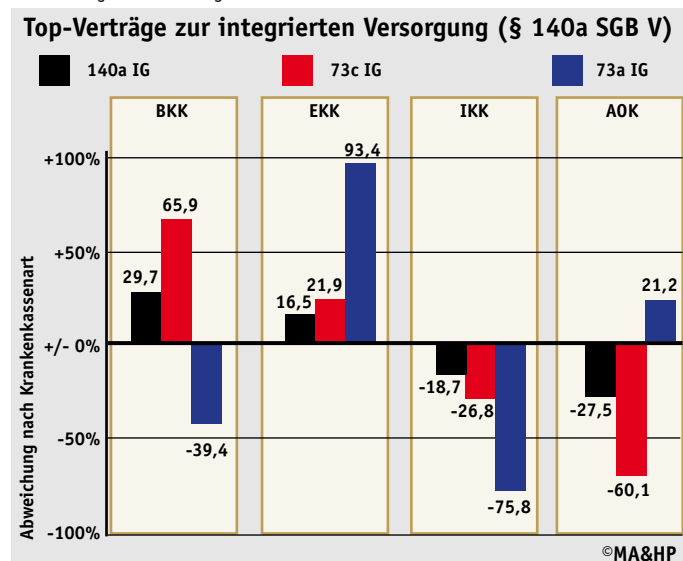


Abb. 4-5: Eigene Darstellung



die Ergebnisse dieser Stichprobe als Abweichungen vom ermittelten Durchschnitt, gegliedert nach Krankenkassenarten. Die Grafiken zeigen, dass Betriebskrankenkassen (BKK) weiterhin versuchen, sich durch ein breites Spektrum von Zusatzleistungen gegenüber der Konkurrenz durchzusetzen. Dieser Eindruck wird durch die große Anzahl abgedeckter Indikationen durch Strukturverträge und Verträge zur integrierten Versorgung bestätigt. Tarifmanagement wird jedoch tendenziell weniger von BKKen betrieben, das Angebot ist hier geringer als bei den anderen Kassenarten. Ersatzkassen (EKK) hingegen bieten sehr viele Wahltarife und Zusatzversicherungen an, haben jedoch wenige Zusatzleistungen im Angebot. Allerdings wird eine große Anzahl von Indikationsgebieten mittels Verträgen abgedeckt, besonders von Strukturverträgen nach SGB V 73a wird häufig Gebrauch gemacht.

Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK) zeigen in jedem Bereich ein unterdurchschnittliches Angebot, wobei an dieser Stelle natürlich berücksichtigt werden muss, dass sich das Bild bei einzelnen Kassen stark vom Gesamtbild unterscheiden kann. Jedoch zeigt sich in dieser Auswertung, dass in jedem untersuchten Indikator die Angebote der AOKen knapp unterdurchschnittlich sind. Die Innungskassen (IKK) haben wenige Indikationen durch Selektivverträge abgedeckt und bieten leicht überdurchschnittlich viele Zusatzleistungen an. Die IKK

hat ein ausgeprägtes Angebot von Wahlтарifen, die in ihrer Anzahl sogar die der EKK übersteigen.

Die Auswertung zeigt, dass über alle Krankenkassenarten hinweg sehr unterschiedliche Strategien angewendet werden, um sich im Wettbewerb zu behaupten. Jede Krankenkassenart hat dabei Ihre Schwerpunkte, sei es durch den Abschluss vieler Selektivverträge oder einem vielfältigen Angebot von Wahlтарifen und Zusatzversicherungen. Für weitere Untersuchungen in der Zukunft wäre es zudem von großem Wert, die Serviceangebote verschiedener Krankenkassen zu vergleichen. Diese sind ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Untersuchung von Krankenkassen-Wettbewerbsstrategien.

Fazit

Der Krankenkassenmarkt hat sich in den letzten Jahrzehnten rasant weiterentwickelt, von einem reinen Verwaltungssektor hin zu einem wettbewerbsorientierten Markt. Es finden sich mittlerweile viele Marktcharakteristika, die vorher nur in der freien Wirtschaft Relevanz hatten. Ein Beispiel hierfür ist die Nutzung von Marketing und das individuelle Anpassen von Leistungen, um gezielt Kundengruppen anzusprechen und für das eigene Unternehmen (die Krankenkasse) zu gewinnen. Krankenkassen haben sich von einer Verwaltungsbehörde zu Dienstleistern im Wettbewerb

weiterentwickelt. Versicherte haben ein Bewusstsein dafür entwickelt, was sie von ihrer Krankenkasse erwarten können und fordern dies auch ein. Stimmen die Erwartungen nicht mit der Realität überein, ist es heute ein Leichtes, einfach die Krankenkasse zu wechseln. Die Krankenkassen brauchen also eine gute Strategie, wenn sie eine möglichst große Anzahl an Versicherten für sich gewinnen wollen.

Der Market Access ist bei der Generierung von Mehrleistungen ein entscheidender Erfolgsfaktor geworden. Insbesondere bei der Implementierung von Selektivverträgen muss strategisch und an den Markt angepasst vorgegangen werden. Es müssen Lücken in der Regelversorgung identifiziert und durch krankenkassenexklusive Selektivverträge geschlossen werden. Erst dann kann wirklich von wettbewerbswirksamen Mehrleistungen gesprochen werden. Eben solche vertragsgestützten Mehrleistungen einzuführen, wird in den nächsten Jahren die große Herausforderung für Krankenkassen sein. Erfolg-

reiche Krankenkassen werden in den nächsten Jahren demnach nicht an dem Begriff „Market Access“ vorbeikommen.

Abschließend ist zu sagen, dass sich die Wettbewerbsorientierung im Krankenkassenmarkt schon stark weiterentwickelt hat. Allerdings wurde in diesem Gebiet erst wenig ausprobiert und erforscht, um absolute Aussagen darüber treffen zu können, wie sich dieses Feld weiterentwickeln wird. Sicher ist jedoch, dass die wettbewerbliche Orientierung weiter zunehmen wird und in Zukunft damit zu rechnen ist, dass sich auch die Differenzierungsmöglichkeiten (insbesondere durch Selektivverträge) vergrößern werden. Die modernen Versicherten sind wählerisch und wissen, was sie erwarten können. Es liegt an den Krankenkassen, sich darauf einzustellen. In weiterführenden Arbeiten sollte – im Rahmen einer größeren Recherche und der Berücksichtigung von Interdependenzen einzelner Faktoren – die Entwicklung beobachtet und dokumentiert werden. <<

Autor

Vincent Hemker studierte an der Fresenius Hochschule für angewandte Wissenschaften den Bachelorstudiengang Gesundheitsökonomie und wird Anfang 2016 seinen Master in Gesundheitsökonomie/Gesundheitsmanagement an der Universität Hamburg abschließen. Seit Februar 2013 ist er als Researcher und Junior-Consultant sowie als Team Leader ACT – Academic Consulting Team – im Institut TakeCare GmbH, Hamburg, beschäftigt. Kontakt: v.hemker@institut-takecare.de

