



erschienen in: Schmid/Schmidt (Hrsg.), Beschaffung in Gesundheitseinrichtungen, Sachstand, Konzepte, Strategien, Heidelberg 2012, medhochzwei-Verlag

Beschaffungsstrategien in der Gesundheitswirtschaft aus dem Blickwinkel der Krankenkassen

von Rolf Stuppardt

In vordergründiger Sicht könnte man sich angesichts der Titelvariation dieses Beitrages die Frage stellen, was denn die Krankenkassen – gesetzliche oder private – mit Beschaffungsfragen in der Gesundheitswirtschaft bzw. dem Titel dieses Bandes präziser Rechnung tragend – in Gesundheitseinrichtungen – zu tun haben. Sieht man davon ab, dass sich Krankenkassen im Zuge ihrer wettbewerblichen Positionierung und mit ihren begleitenden Branding-Strategien zunehmend des Attributes „Gesundheit“ (AOK Die Gesundheitskasse, DAK Gesundheit, BIG direkt gesund usw.) bedienen und nicht nur perspektivisch selbst Bestandteil der Gesundheitswirtschaft und somit beteiligte Gesundheitseinrichtungen sind, wird man die eingangs gestellte Oberflächenfrage mit Blick auf die rechtlichen, politisch-ökonomischen und unternehmensstrategischen Entwicklung der Krankenkassen differenziert zu beantworten haben. Diese Zielstellung ist Gegenstand der nachfolgenden Ausführungen.

Genese der Entwicklung von Rolle und Funktion der Krankenkassen

Wenn man den Blickwinkel der Krankenkassen in die Thematik einbeziehen will, ist es angebracht, auf die Genese der Entwicklung von Rolle und Funktion der Krankenkassen in Deutschland verdichtend einzugehen. Krankenkassen agieren auf Basis des Solidarprinzips in ihrer traditionellen Kernfunktion einerseits als sozialrechtlich legitimierte Anbietermittler von versicherten Sachleistungsversprechen (z.T. auch von Geldleistungen) in Form von normierten und spezifischen Leistungen und Leistungspaketen. Bei deren Definition, konkreter Bestimmung und Kostenübernahmevoraussetzung haben die Krankenkassen in ihrer öffentlich-rechtlichen Körperschaftsfunktion durch den Gesetzgeber legitimiert selbst mitgewirkt. Oder sie agieren als private Versicherer mit unterschiedlich individuell tarifierten Verträgen für einen Krankenversicherungsschutz auf Basis des Äquivalenzprinzips. Andererseits treten sie – was die GKV anbelangt – als Einkäufer von kollektiven und

selektiven Vertragskonditionen der gesundheitlichen und medizinischen Dienstleistungen und Produkte auf und sind hier natürlich an guten Inhalten und Konditionen interessiert.

Haltung und Einstellung der Krankenversicherung zu medizinischen und gesundheitlichen Leistungen und deren Prozesse sind im Laufe der Entwicklung deutlichen Veränderungen unterworfen gewesen. Ausgehend von Kernkompetenzen in der Exekution sozialrechtlicher Normen und ihrer angewandten Auslegung hat sich Ende der achtziger, Anfang der neunziger Jahre durch einen zunehmenden Reforminterventionismus des Staates aufgrund der allgemeinen Kosten- und Beitragssatzentwicklung eine stärker interdisziplinäre Aufstellung bei den Krankenkassen erforderlich gezeigt, die den gestalterischen Ziel- und Aufgabenstellungen gesundheitlicher und medizinischer Versorgung eine höhere Aufmerksamkeit zumaß. Neben juristischen Kompetenzen haben sich die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände (GKV) nach und nach mit ökonomischen, sozialwissenschaftlichen und medizinischen Kompetenzen „aufgerüstet“, während die PKV nach wie vor ihre Versicherungs- und Vertragsjuristen, Mathematiker und Vertriebsfachleute vorhält und ihr Fokus auf individuelles Tarifvertragsgeschäft und Risikopaketskalkulation liegt. Auch das beginnt sich perspektivisch zu verändern.

Mit Blick auf die Entwicklung der GKV – parallel zu den interventionistischen Rahmenbedingungen – lassen sich bis heute **fünf Entwicklungsphasen** ausmachen:

Fünf Entwicklungsphasen

Ausgehend von einer Phase der körperschaftlichen Prosperität mit Leistungsausbau, begleitet von guten konjunkturellen Wachstumsbedingungen, lassen sich als Phase 1 Bedingungen beschreiben, die nach heutigen Maßstäben die Kumulation relativ gering extern Evidenz basierter medizinischer Leistungen für die kollektivvertragliche Leistungsbereitstellung zuließ. Diese erste Phase bezeichne ich – nicht zuletzt wegen meiner eher ländlich geprägten Herkunft – etwas salopp als „Pferdemarkt“, weil hier Verträge und Konditionen realisiert wurden, die eher „qualitativ“ und den „Umständen entsprechend“ als empirisch fundiert auf Basis gemeinsamer Transparenz und Analyse gewonnen wurden.

In der Phase 2, die die ersten Kostendämpfungsgesetze mit sich brachte, erfolgte die bereits angesprochene Aufrüstung insbesondere in der Informationslogistik. Neben dem Ausbau der amtlichen Statistiken wurden für Morbiditäts-, Struktur- und bescheidene Geschäfts- und Prozessempirie die statistisch-empirischen Grundlagen gelegt.

Die Phase 3 begann dann ab Mitte der neunziger Jahre durch die – abermals im Wesentlichen mit Kostendämpfungsabsichten begleiteten – Öffnung der Krankenkassen für mehr Wettbewerb – zunächst vorwiegend um Mitglieder. Es entstand der Wettbewerbsmarkt um Mitglieder, der zuvor nur in geringem Ausmaß (zB bei den Ersatzkassen) Bedeutung hatte.

Daran anknüpfend ist Hauptanliegen der seit einigen Jahren schon andauernden Phase 4 die Struktur- und Prozessgestaltung und die Dominanz des gestaltenden Vertragsmarktes auf verfahrensordentlich geregelter Evidenzbasierung. Wir befinden uns derzeit im Übergang zur Phase 5, wo es um die auf risikoadjustierte Versorgungseffizienz gerichteten Steuerungsmöglichkeiten von Effizienz-, Qualitäts-, Netz- und Partnerschaftsoptionen in einem nach und nach zu realisierenden „Leistungspaketmarkt“ geht. In diesem Zusammenhang hat auch das Thema Beschaffung intern wie extern eine qualitativ umfassendere Bedeutung gewonnen.



Schaubild 1 Entwicklungsphasen

Die hier nur sehr verdichtet angesprochenen Phasen gingen und gehen einher mit einer stetigen Konzentration der Kassenlandschaft und des Kassenmarktes, die in erster Linie die Generierung von Marktmachtoptionen zum Ziel hat, während Synergie- und Ergebniseffizienz bislang eher nachgelagert, jedenfalls kaum verifiziert sind.

Während es 1978 in Deutschland immerhin 1.680 einzelne Körperschaften des öffentlichen Rechts gab, zählen wir derzeit noch 137 selbständige Krankenkassen, und bei den 30 größten Krankenkassen sind derzeit 91 % der Mitglieder bereits versichert.

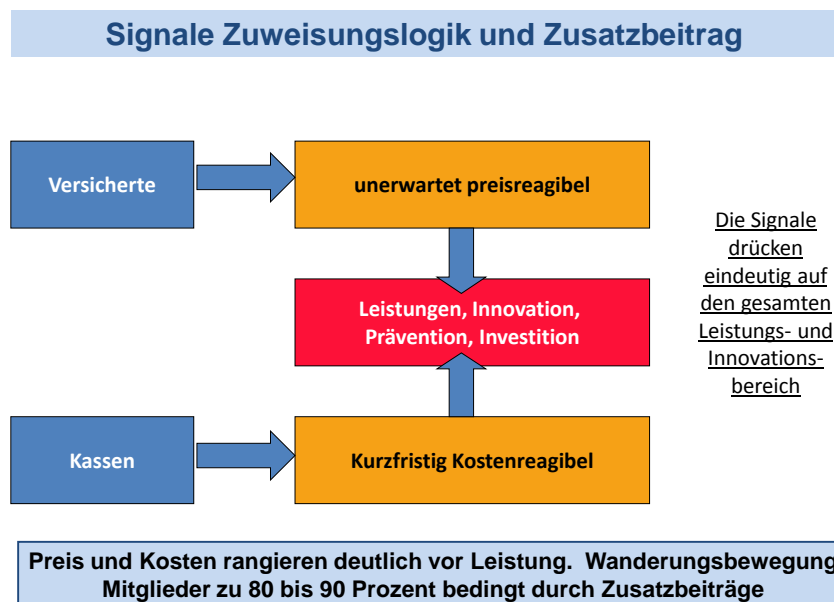
Normative Interventionen und Folgen der Mittelzuweisungslogik

Nicht unerwähnt bleiben soll eine weitere Besonderheit der Rahmenbedingungen dieser Entwicklung, die für die Branche „Gesundheitsmarkt“ im Vergleich zu anderen Branchen ein exklusives Phänomen darstellt: Die Dichte normativer Intervention der Legislative, die bis zum jüngsten Versorgungsstrukturgesetz in 34 Jahren gut 32 nennenswerte normative Interventionspakete produzierte. Diese legislative Produktivität geht einher mit einem Wachstum der Prüf-, Kontroll- und Genehmigungsvorbehalte der Exekutive und einem Anstieg der sozialrechtlichen Entscheidungen der Judikative. Dabei kann im Wesentlichen ein Vier-Felder-Fokus der gesundheitspolitischen Reformprozesse in Deutschland ausgemacht werden, wobei der Fokus der Interventionen auf die Felder „Kosten“, „Finanzierung“ und „Strukturen und Organisation“ überwiegt, während er auf das vierte Feld „Qualität und Effizienz“ weniger stark ausgerichtet war.

Dies alles begründet sich m.E. nicht unmaßgeblich aus strategischen Defiziten der Kerngeschäftspartner – der sog. Kosten- und Leistungsträger – die es in ihrer strategischen und vertraglichen Ausrichtung nicht hinreichend verstanden haben, rationale win-win-Strategien mit ausgewogenen effizienten Ergebnissen in diesem sehr besonderen, sozialgesetzlich geregelten „Quasi-Markt“ für Gesundheit zu erzielen. Die Charakteristika dieser Beziehungen haben sich vielmehr vom ursprünglich salopp bezeichneten Pferdemarkt-Habitus zu einem partiellen, mehr oder weniger ausgeprägten Misstrauens- und Gegnerschaftsklima entwickelt. Dies wird nicht so bleiben. Die Entwicklung von Konzentration und Rahmenbedingungen schaffen Unternehmenseinheiten, die im Leistungs- und Vertragsmarkt der Gesundheitswirtschaft an Einfluss und Gestaltungsdifferenzierung gewinnen.

Letzte und m.E. wichtigste Station dieser Entwicklungsskizze für unseren Themenzusammenhang: Die aktuelle Zuweisungslogik der Finanzmittel nach dem GKV WSG orientiert Krankenkassen zunächst auf kurzfristiges Kostensparen, koste es, was es wolle. Das hat zusammengefasst seinen Grund in zweierlei Wirkungsmechanismen:

Zum einen in der Wirkung von Zusatzbeiträgen, die erhoben werden müssen, wenn die Krankenkassen mit ihren zugewiesenen Mitteln nicht auskommen. Eine solche Situation kann unter den gegebenen Rahmenbedingungen für eine Krankenkasse auch durchaus jenseits wirtschaftlicher Verhaltensweisen entstehen. Unterschätzt wurde von Politik und Fachleuten gleichermaßen die extreme Preisreagibilität des Zusatzbeitrages. So ist die Wechselbereitschaft der Versicherten schon bei einem Zusatzbeitrag von 8 Euro deutlich stärker ausgeprägt als bei einem früheren Beitragssatzunterschied, der wesentlich höher liegt. Vom Zusatzbeitrag betroffene Krankenkassen kommen damit leicht in eine Risikoaufwärtsspirale, weil in aller Regel eben die besseren Risiken abwandern.



1

Schaubild 2 Signale Zuweisungslogik

Andererseits erhalten die Krankenkassen die Finanzzuweisungen auf Basis von durchschnittlichen mit Morbi-RSA-Kriterien ermittelten Vergangenheitsausgaben. Das schränkt ihre künftige Investitionsbereitschaft – insbesondere in Innovation und Prävention – und in nicht mit nachvollziehbaren Effizienzhypothesen belegte Leistungs- und Vertragsoptionen spürbar ein.

Neue strategische Zielgrößen

Gleichwohl wird die kurzfristige Kostensparorientierung im Zuge der endlichen Generierbarkeit von daraus gewinnbaren Skaleneffekten einer mittelfristigen Ausrichtung auf spezifische Versorgungsmanagement-Strategien weichen. Die Zielgrößen dieser Strategien werden Qualität und Effizienz gesundheitlicher Versorgung sein und somit auch die diesen Zielgrößen verpflichteten internen und externen Struktur- und Prozessergebnisse. Die operativen Voraussetzungen zur Erreichung derart anspruchsvoller Zielsetzungen werden durch IT-logistische, organisatorische, kommunikationsstrategische und analytische Management-Instrumentarien geschaffen und das alles befindet sich nicht mehr nur im Anfangsstadium.

Auf Basis der vorgenannten Entwicklungsaspekte wird sich der künftige Wettbewerb der Krankenkassen c.p. auf die effiziente Ausgestaltung von Leistung und Versorgung ausrichten bei gleichzeitigem Ausbau eines effektiven Risikomanagements. Hauptaugenmerk dabei werden – bei nach wie vor gesetzlich erforderlichem einheitlichen und gemeinsamen Handeln – selektivvertragliche Strategien sein. Gegenwarts- und Zukunftsthemen sind im Wesentlichen das Finanz- und Risikomanagement, das Versorgungsmanagement mit Kassen-, regionaler und Patienten orientierter Versorgungsforschung und differenzierte Vertragsstrategien von Nutzen- und Kostenvorteilen als selektive Leistungspaketlösungen. In dem Zusammenhang wird der Analysebedarf für künftige Geschäftsstrategien, Operationen, Verträge und Kooperationen steigen und die Gesundheitsökonomie gewinnt in dem Dreieck Kassen, Patienten und Gesundheitseinrichtungen mit der Aufbereitung Empirie gestützter Versorgungsergebnisse als Basis für Vertragspakete eine besondere Bedeutung. In dieser ergebnisbezogenen Versorgungs- und Vertragsstrategie geht es letztlich um Mehrwertoptionen mit risikostratifizierter Kundenbindung.

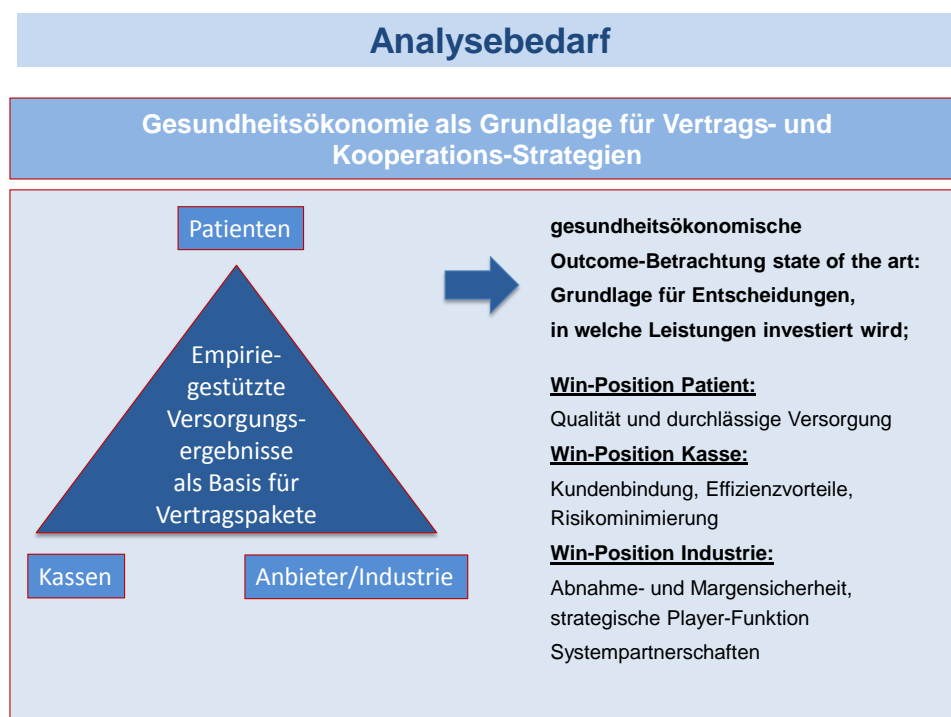


Schaubild 3 Analysebedarf

Beschaffungsstrategische Zusammenhänge

In dieser Perspektiven-Ausrichtung nun müssen die Krankenkassen zudem Wert auf die Effizienz der Wertschöpfungskette ihrer Vertragspartner legen. Sie sind nicht nur am Output und Outcome interessiert, sondern auch am Input und Throughout der Leistungsprozesse und ihren Konditionen. Und dazu gehört maßgeblich auch eine effiziente und qualifizierte Beschaffungsstrategie der Gesundheitseinrichtungen als Vertragspartner. Schließlich hat der gesamte Ökonomie-Prozess in der Leistungserstellung mit der auf Qualität und Effizienz gerichteten Zielstellung der Krankenkassen zu tun. Sie werden daher ein Interesse daran haben, dass in diesen Prozessen Werkzeuge greifen, von denen ein optimales Erreichen der Zielstellungen erwartet wird und die ihrerseits die konditionelle Seite der vertraglichen Optionen begünstigen und Kosteneffizienz herstellen können.

Beschaffungsstrategien und Beschaffungslogistik sollten aus dieser Perspektive integriert sein in Ziele und Anliegen von Versorgungsstrategien und –Prozessen, und haben in so weit

über kurz oder lang Relevanz mit Blick auf Effizienz orientierte Vertragsgestaltungen zwischen den Krankenkassen und den Partnern der Gesundheitswirtschaft.

Mit Blick auf Versorgungsergebnisse, die im Rahmen einer verstärkten Versorgungsforschungspraxis evaluiert werden, spielt das Subthema „Beschaffung in Gesundheitseinrichtungen“ eine nicht zu unterschätzende ökonomische Rolle für optimale Konditionenpotentiale und letztlich für die Qualität der gesundheitlichen Versorgung ebenso. Daher kann es Krankenkassen – um die Eingangsbemerkungen wieder aufzugreifen – in einer differenzierten Sichtweise nicht gleichgültig sein, wie die Beschaffung in Gesundheitseinrichtungen strategisch und operativ ausgerichtet ist. Es wird für Krankenkassen nicht unerheblich sein, wie sich Input, Throughout und Throughput im Prozess der Leistungserstellung quantitativ und qualitativ gestalten, haben sie doch relevanten Einfluss auf Output und Outcome für Mehrwertoptionen.

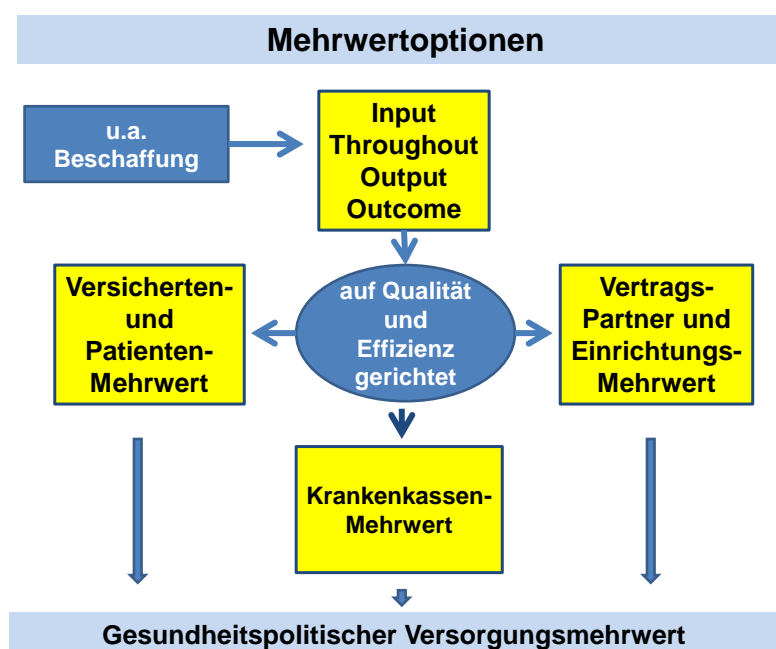


Schaubild 4 Mehrwertoptionen

Hier sind natürlich moderne Beschaffungsstrategien interessant, die durchaus Schulterchluss-Optionen für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit eröffnen könnten.

In unserem Themenzusammenhang sollte an dieser Stelle auch Erwähnung finden, dass das Beschaffungsmanagement und dessen effiziente Optimierung bei den Krankenkassen selbst eine herausgehobene Bedeutung gewonnen haben. Es entstanden Einkaufsgemeinschaften, spezielle Dienstleister und bei den großen Kassen strategische Einkaufszentralen, die die eigenen Einkaufsstrategien und Beschaffungen wirtschaftlicher gestalten. Das hat nur vordergründig wenig mit dem Kernthema „Beschaffung in Gesundheitseinrichtungen“ zu tun, gewinnt es doch vor dem Hintergrund der für alle beteiligten Seiten gewonnenen Bedeutung des Beschaffungsthemas an sich perspektivisch umfassendere Auswirkungen.

Die Beschaffungsaufgaben der Gesundheitseinrichtungen in der Gesundheitswirtschaft sind nicht nur spezifisch einrichtungsrelevante Herausforderungen. Sie weisen durch ihre integrative Bedeutung in den Prozessen auf Interdependenzen der Beschaffungsstrategien hin, die unter Berücksichtigung der Zielebenen deutliche Entsprechungen und finale Gemeinsamkeiten aufweisen.

Wenn eine Gesundheitseinrichtung durch interdisziplinäres Beschaffungsmanagement gute Ergebnisse erzielen will, dann trifft das die Anforderungsdimensionen der beteiligten Leistungs- und Medizinprofessionen ebenso wie das Krankenkassenziel nach guten Versorgungsverträgen als auch die Ziele souveräner werdender Patienten nach effektiver Behandlung, Versorgung, Beratung und Transparenz.

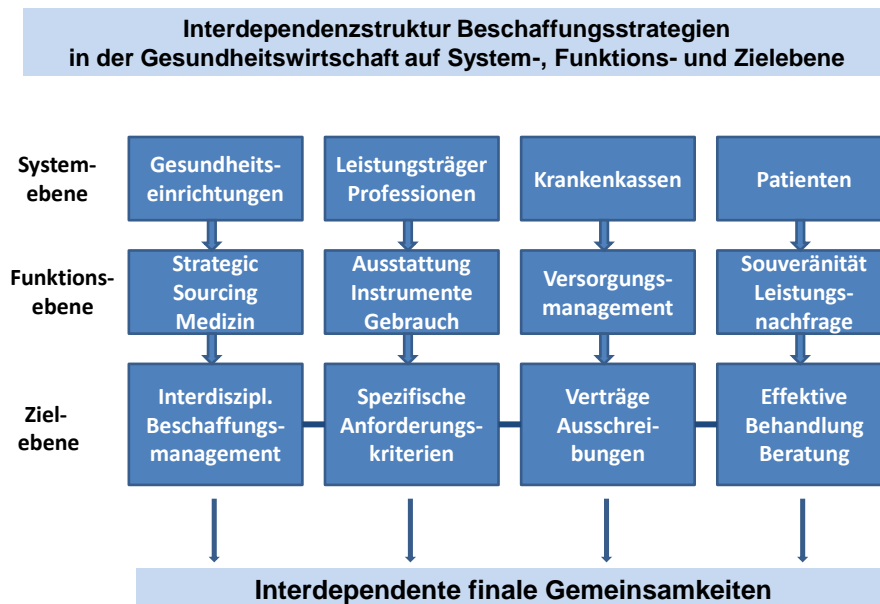


Schaubild 5 Interdependenz Beschaffungsstrategien

Dabei kann und wird es nicht nur darum gehen, an Preisschrauben zu drehen, sondern letztlich ein Konditionenset zu realisieren, das der Zielebenen-Interdependenz aller von Beschaffungsvorgängen Betroffenen in qualitativer und effizienter Weise entspricht. Vor dem finalen „Preisoptimum“ stehen die Kriterien und „Pflichtenhefte“ als leistungsprägende Aspekte der Beschaffungsstrategien. Dies wird die Krankenkassen und alle Beteiligten interessieren.

Hier geht es auch nicht um pure Ökonomisierung individueller Qualität, sondern um ein optimales Erreichen eines „magischen Fünfecks“ der Versorgungszukunft, bestehend aus einem Zielgrößen-Gleichgewicht der Faktoren Akzeptanz, Transparenz, Integration und Individualität, Effektivität und Effizienz sowie Qualität. Davon sind wir zwar noch weit entfernt, aber es gilt, die Beteiligten abzuholen und z.B. dazu beizutragen, angewandte Medizin, die sich von je her schwer mit Ökonomie getan hat, in einer solchen Vision so zu positionieren, dass sie in der Anwendung ihrer Profession Verbesserungen realisiert. Dabei gibt es keine Ökonomie freien Felder, wie im Übrigen auch in keinem anderen Lebens-, Wirtschafts- und Gesellschaftszusammenhang. Ökonomie hat immer einen Gegenstand und Präferenzen. Auch die medizinische und gesundheitliche Versorgung hat und hatte zu allen Zeiten eine ökonomisch fundierte und erklärbare Realität. Selbst Ethik ist der Ökonomie zugänglich und das vornehmste Ziel der Ökonomie, bestmögliche Effektivität, Effizienz und Qualität nach Zielvorstellungen mit den verfügbaren Ressourcen zu erreichen, ist ein im Grunde ethisches, weil sich Unwirtschaftlichkeit auf Dauer ethisch nicht begründen lässt.

Schlussvision

Wenn Beschaffung idealtypischer Weise interdisziplinär (Einbeziehung der Kompetenz betroffener Disziplinen) zu organisieren ist – und dies entspricht den aktuellen modernen Managementanforderungen, dann wird dies auch intersektoral (Einbeziehung der Kompetenz sektoral betroffener Institutionen) denkbar sein. Und hier wären wir bei den Visionen: Schnittstellen der Beschaffungsstrategien von Krankenkassen und Gesundheitseinrichtungen zu generieren. Denn Beschaffung ist in ihrer elementaren Perspektive vor dem Hintergrund der Prolongation oben skizzierter Rahmenbedingungen, Entwicklungen und neuer strategischer Ausrichtungen nicht mehr nur relevanter Bestandteil des Gesamtunternehmenserfolgs der Gesundheitseinrichtungen, sondern ebenso relevantes strategisches Kriterium einer „Vertragspartnerschaft-Unternehmung“, die auf Effizienz, Qualität und Innovation gerichtet ist.