

## ORGANISATORISCHE ANFORDERUNGEN AN DIE PROFESSIONALISIERUNG DES BESCHAFFUNGSMANAGEMENTS IM KRANKENHAUS

Angesichts des zunehmenden Kostendrucks im Gesundheitswesen gewinnt die Einkaufsfunktion im Krankensektor an Bedeutung. Ein professionell organisierter Krankenseinkauf verschafft den Gesundheitsdienstleistern eine spürbare Entlastung auf der Sachkostenseite und verbessert so gleichzeitig ihre angespannte Ergebnissituation. Dr. Andreas Padberg, langjähriger Organisationsberater und Geschäftsführer der PadberX Organizational Consulting Network GmbH, schildert, welches die Kernaufgaben eines professionell agierenden Krankenseinkaufs sind, welche typischen Organisationsmodelle heute in der Praxis anzutreffen sind, und welche organisatorischen Anforderungen sich aus einer stärkeren Professionalisierung des Krankenseinkaufs für die Zukunft ergeben. Dabei wird überwiegend die Perspektive von größeren Krankenhäusern oder Krankenketteneinkäufen eingenommen.

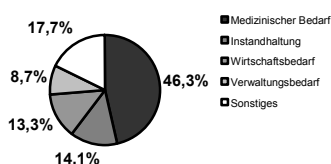
Von Dr. Andreas Padberg

### A. Ausgangslage im Krankenseinkauf

Die stetige Veränderung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen erhöht seit einiger Zeit spürbar den Kostendruck auf deutsche Krankenhäuser. Vor allem die jüngst erfolgte Einführung der ‚Diagnosis Related Groups‘ (DRG) hat in zunehmendem Maße die Notwendigkeit für das Klinikmanagement geschaffen, in allen Funktionsbereichen des Krankensektors konsequent nach Kostensenkungspotenzialen zu fahnden, um so die durch zu erwartende Ertragsverluste gekennzeichnete Ergebnissituation auf der Kostenseite positiv zu beeinflussen.

Warum angesichts der im Dienstleistungsunternehmen Krankenhaus nur in begrenztem Umfang zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Personalkostenreduzierung insbesondere das Beschaffungswesen verstärkt in den Fokus der Klinikmanager rückt, zeigt ein Blick auf den nach den Personalkosten zweitgrößten Kostenblock im Krankenhaus: Mit rund 18 Mrd. € waren 2001 knapp ein Drittel der Gesamtkosten des Krankensektors aus Beschaffungsvorgängen resultierende Sachkosten, die sich im wesentlichen aus materialwirtschaftlichen Prozesskosten (ca. 5 Prozent) sowie aus reinen Materialkosten und Investitionen zusammensetzen (ca. 95 Prozent).

Abb. 1: Verteilung Beschaffungsvolumen



Quelle: DKI-Krankenhaus-Barometer 2003

Legt man an die 18 Mrd. € Beschaffungsvolumen als Maßstab für mögliche Einsparungen in der Krankenhausbeschaffung durchaus konservative Erfahrungswerte aus der Industrie an (10 bis 15 Prozent des gesamten Beschaf-

fungsvolumens), so ergeben sich für die deutschen Krankenhäuser insgesamt geschätzte Kostensenkungspotenziale in Höhe von 1,8 bis 2,7 Mrd. €. Angesichts dieser Größenordnung und weiter steigender Defizite der Krankenhäuser wird deutlich, warum auch im Krankensektor die bereits Anfang des 20. Jahrhunderts vom legendären Kaufhaus-Unternehmer Hermann Tietz überlieferte Kaufmannsregel ihre Gültigkeit haben muss: „Im Einkauf liegt der Gewinn.“

Um tatsächlich Einsparpotenziale im Krankenhausbeschaffungswesen zu erzielen, sind in aller Regel vom Klinikmanagement organisatorische Veränderungen vorzunehmen, die nicht selten konfliktträchtig sind: Ein wichtiger Schlüssel zum Erfolg ist die Weiterentwicklung des heute noch häufig anzutreffenden rein abwicklungsorientierten Bestellbüros hin zu einem professionellen integrierten Beschaffungsmanagement, das im fachkompetenten Dialog mit den internen Funktionsbereichen und externen Lieferanten eine reibungslose und kostenoptimale Versorgung sämtlicher Bedarfsträger im Krankensektor gewährleistet. Dies erfordert in vielen Krankenhäusern ein grundsätzliches Umdenken im Hinblick auf das traditionelle Verhältnis zwischen Einkäufern und Bedarfsträgern insbesondere aus dem medizinischen und pflegerischen Bereich: Nur allzu oft bestellen heute noch Mediziner und Pfleger aus purer Gewohnheit immer wieder die gleichen Produkte bei ihnen schon lange bekannten Anbietern selbst und tragen so zu einer stetigen Zunahme der Heterogenität des in der Klinik eingesetzten Materials bei. Die Verlockung, im Klinikalltag nicht auf Standardprodukte zurückzugreifen, sondern auch bei prinzipiell standardisierbaren Artikeln (z. B. Handschuhen, Spritzen, Stents) jedes Mal fallspezifische Problemlösungen zu bevorzugen, ist zugegebenermaßen groß, denn allein im medizinischen Sachbedarf sind in Deutschland mehr als 300.000 entsprechende Produkte verfügbar. Ein kritisches Hinterfragen der vom medizinischen und pflegerischen Personal ausgelösten Bestellungen seitens des Einkäufers (Selbstverständnis: qualifizierter Problemlöser für den

Bedarfsträger) findet für gewöhnlich nur in Ausnahmefällen statt. Die Hauptgründe hierfür sind häufig das unzureichende medizinische Fachwissen der Einkäufer (Selbstverständnis: bloßer Erfüllungsgehilfe des Mediziners) sowie deren fehlende Rückendeckung durch die kaufmännische Klinikleitung im Konfliktfall zwischen Einkäufer und Bedarfsträger. Auf diese Weise jedoch lassen sich die vielfältigen Kernaufgaben eines modernen Beschaffungsmanagements nicht zufriedenstellend erfüllen, so dass organisatorischer Veränderungsbedarf entsteht.

### B. Kernaufgaben des Krankenseinkaufs

Bricht man das übergeordnete strategische Ziel des Krankenseinkaufs einer reibungslosen und kostenoptimalen Versorgung der Bedarfsträger auf operationalisierbare Teilziele herunter, so sind dies die folgenden sechs:

- Standardisiertes Produktportfolio (Artikelspektrum)
- Überschaubare Lieferantenzahl
- Gebündeltes Einkaufsvolumen
- Günstige Preise
- Hohe Produktqualität
- Optimierte Beschaffungskette

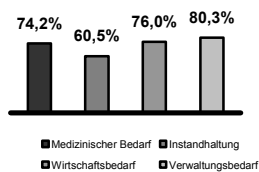
Aus diesen Teilzielen lassen sich wiederum die inhaltlichen Kernaufgaben des Krankenseinkaufs ableiten, die in geeigneter Weise in der Krankenhausorganisation abgebildet sein müssen:

- Bezugsquellen- und Bedarfsermittlung (inkl. Beschaffungsmarktforschung)
- Beschaffungsprogrammplanung
- Reduzierung der Produktvielfalt durch Standardisierung des Artikelsortiments
- Fachkompetente Information und Beratung der Bedarfsträger in sämtlichen Beschaffungsfragen
- Regelmäßige Produkt- und Lieferantenbewertung
- Reduzierung der Lieferantenvielfalt durch Konzentration auf Key Suppliers und Systemlieferanten

- Sicherstellung günstiger Konditionen durch Bündelung des Beschaffungsvolumens und Abschluss von Rahmenverträgen
- Differenzierung der Einkaufsprozeden nach Beschaffungsvolumen und -wert (A-, B- und C-Artikel)
- Durchführung von Ausschreibungen und Angebotseinholung
- Verhandlungsführung und Vertragsabschluss
- Operative Bestellabwicklung und Rechnungsprüfung
- Beschaffungscontrolling (inkl. Wirtschaftlichkeitsanalysen)
- Stetige Optimierung der Beschaffungsprozesse

Die organisatorische Abbildung dieser Kernaufgaben läuft im wesentlichen auf die Fragestellung hinaus, welche der Aufgaben von einer zentralen Einkaufsabteilung übernommen werden sollen, und welche in der dezentralen Verantwortung des Krankenhauses belassen werden können. Im Gegensatz zur Mehrzahl anderer führungsorganisatorischer Fragestellungen gilt bei der strukturellen Abbildung des Krankhauseinkaufs das Prinzip ‚So viel Zentralisierung wie möglich, so viel Dezentralisierung wie nötig‘. Die Voraussetzungen hierfür sind in den meisten Krankenhäusern ohnehin bereits geschaffen: In knapp 75 Prozent der deutschen Krankenhäuser ist die Beschaffung des medizinischen Bedarfs zentral organisiert – beim Verwaltungsbedarf sind es sogar über 80 Prozent.

Abb. 2: Zentrale Beschaffungsorganisation



Quelle: DKI-Krankenhaus-Barometer 2003

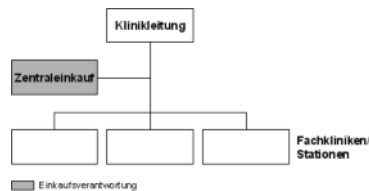
### C. Organisationsmodelle für den Krankhauseinkauf

Trotz des auf den ersten Blick hohen Zentralisierungsgrades bestehender Einkaufsorganisationen ist die horizontale und vertikale Aufgabenabgrenzung zwischen zentraler Einkaufsabteilung und dezentralen Bedarfsträgern in unterschiedlichen Ausprägungen anzutreffen. Im wesentlichen sind sechs Organisationsmodelle zu unterscheiden – nachfolgend absteigend sortiert nach abnehmendem Aufgabenumfang der zentralen Einkaufsabteilung:

#### I. Zentraleinkauf

Der Zentraleinkauf weist von allen Organisationsmodellen den höchsten Zentralisierungsgrad auf und ist regelmäßig bei großen Einzelkliniken und bei privaten Klinikketten vorzufinden, wo er für gewöhnlich direkt an die kaufmännische Klinikleitung bzw. an die kaufmännische Geschäftsführung oder den Finanzvorstand berichtet.

Abb. 3: Zentraleinkauf

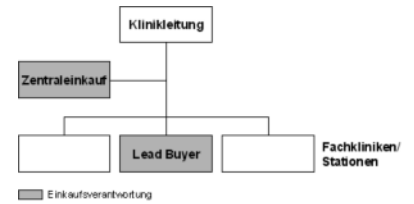


In diesem Modell deckt die zentrale Einkaufsabteilung nahezu alle Einzelaufgaben des Beschaffungsprozesses ab: Die gut qualifizierten Zentraleinkäufer kümmern sich nicht nur proaktiv um die Bedarfsermittlung und Lieferantenauswahl, sondern sie führen anschließend auch die Vertragsverhandlungen mit den Lieferanten und nehmen die operative Abwicklung des Beschaffungsprozesses vor (inkl. Rechnungsprüfung). Sämtliche [PDC1] Bestellvorgänge finden im Rahmen detaillierter Einkaufsrichtlinien statt, die auf einem vollständigen und systematischen Artikelkatalog basieren, auf den die Bedarfsträger – im Idealfall elektronisch per Intranet – Zugriff haben. Der Zentraleinkauf betreibt zudem aktives Warengruppenmanagement, d. h. er analysiert kontinuierlich das zur Auswahl stehende Artikelspektrum und definiert einheitliche Warengruppenschlüssel, um so die konzeptionelle Grundlage für die Bündelung des Beschaffungsvolumens zu schaffen. Ein striktes Beschaffungscontrolling identifiziert zusätzliche Einsparpotenziale und Ansätze zur Optimierung der Beschaffungsprozesse.

#### II. Zentraleinkauf ergänzt um Lead-Buyer-Einheiten

In diesem Organisationsmodell des Krankhauseinkaufs übernimmt der Zentraleinkauf zwar ebenfalls sämtliche Einzelaufgaben des Beschaffungsprozesses (inkl. Erstellung von verbindlichen Einkaufsrichtlinien), jedoch werden zusätzlich für ausgewählte Warengruppen sog. ‚Lead-Buyer-Einheiten‘ definiert.

Abb. 4: Zentraleinkauf mit Lead-Buyer-Einheit



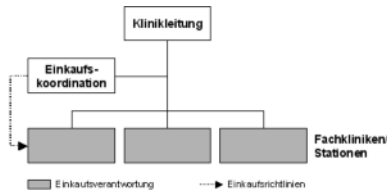
Eine Lead-Buyer-Einheit ist klinikweit für alle Bestellungen innerhalb einer oder mehrerer Warengruppen zuständig, d. h. von der Bedarfserhebung bis zur Bestellabwicklung und dem Kontakt zum externen Lieferanten übernimmt sie die Gesamtverantwortung für die bedarfsgerechte Versorgung der Klinik mit den entsprechenden Artikeln aus der jeweiligen Warengruppe. In aller Regel sind Lead-Buyer-Einheiten diejenigen dezentralen Organisationseinheiten (z. B. Fachkliniken oder Stationen), die entweder die alleinigen Nutzer einer bestimmten Warengruppe sind (z. B. Kardiologie: Stents), oder die den größten Einzelbedarf innerhalb einer oder mehrerer Warengruppen aufweisen (z. B. Chirurgie: Nahtmaterial), so dass der aus dem täglichen Umgang mit den beschafften Artikeln resultierende Know-how-Vorsprung der Lead-Buyer-Einheit gegenüber dem prinzipiell fachfremden Zentraleinkäufer gewinnbringend genutzt werden kann. Besonders in großen Krankenhäusern mit mehreren Fachkliniken, die ähnliche Bedarfsstrukturen haben (z. B. allgemeiner OP-Bedarf, Laborbedarf), sind übergreifende Bedarfsgruppenteams integraler Bestandteil eines Lead-Buyer-Konzeptes. In diese Teams werden von sämtlichen dezentralen Bedarfsträgern meinungsführende Vertreter für die jeweilige Bedarfsgruppe entsandt, um so gemeinsam mit den zentralen Einkaufsspezialisten die spezifischen Partikularinteressen der verschiedenen Fachkliniken zu wahren, die keine Lead-Buyer-Einheiten sind.

#### III. Zentrale Einkaufskoordination

Das Organisationsmodell der Einkaufskoordination stellt für viele Krankenhäuser zumeist den ersten Schritt in Richtung einer stärkeren Zentralisierung ihrer Einkaufsaktivitäten dar. In diesem Modell verbleiben die operativen Beschaffungsaufgaben, wie etwa die Bedarfsermittlung und die Bestellabwicklung, bei den dezentralen Organisationseinheiten, wohingegen die zentrale Einkaufskoordination ihr Augenmerk auf die strategischen Beschaffungsaufgaben richtet.



Abb. 5: Zentrale Einkaufskoordination

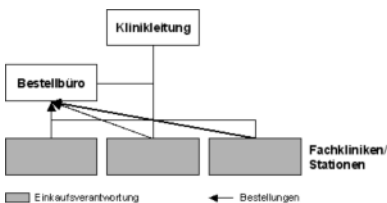


Im Mittelpunkt stehen dabei die Beschaffungsmarktforschung, die interdisziplinäre Bedarfsspezifikation (Steuerung von übergreifenden Bedarfsteams), die Produkt- und Lieferantenbewertung sowie das Einkaufscontrolling (Erfolgskontrolle) und die stetige Entwicklung von Ansätzen zur Optimierung der Beschaffungsprozesse. Die hierarchisch in aller Regel ebenfalls unmittelbar unterhalb der kaufmännischen Klinikleitung angesiedelte zentrale Einkaufskoordination steuert die Schnittstellen zu den materiallogistischen Funktionen Wareneingang und Lagerhaltung, gibt den dezentralen Bedarfsträgern verbindliche Einkaufsrichtlinien vor und schließt für ausgewählte Warengruppen (A-Artikel) Rahmenverträge ab, innerhalb derer die Bedarfsträger kontingentierte Abrufe tätigen können.

IV. Zentrales Bestellbüro

In diesem traditionellen Organisationsmodell des Krankeneinkaufs liegen die entscheidenden Verantwortlichkeiten für die Einkaufsaktivitäten nicht in der zentralen Funktionseinheit, sondern dezentral über die Organisation verteilt bei den Bedarfsträgern: Sowohl das Verwaltungspersonal als auch das medizinische und pflegerische Personal entscheiden selbst über die zu bestellenden Artikel, das Bestellvolumen sowie über die jeweiligen Preis- und Lieferkonditionen. Eine systematische Bündelung der Beschaffungsvolumina findet ebenso nur in Ausnahmefällen statt wie ein gezieltes Ausnutzen der im Beschaffungsmarkt häufig anzutreffenden Konditionenspreizungen (Preisunterschiede). Stattdessen dominieren die von den Bedarfsträgern unterhaltenen, individuell gewachsenen Lieferantenbeziehungen.

Abb. 6: Zentrales Bestellbüro



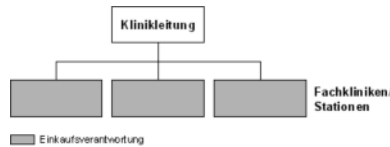
Das Bestellbüro nimmt die Bestellungen der Bedarfsträger lediglich entgegen, prüft im besten Fall die Ordnungsmäßigkeit der ausgefüllten

Bestellscheine und löst anschließend den Bestellvorgang aus. Da in diesem Organisationsmodell die Einkäufer in aller Regel nur unzureichend qualifiziert sind, um die Bestellaufträge vor allem der medizinischen und pflegerischen Bedarfsträgern fachkompetent zu hinterfragen, genießt das traditionelle Bestellbüro in der Krankenhaushierarchie selten ein hohes Ansehen: Zumeist werden seine Mitarbeiter als ‚administrative Erfüllungsgehilfen‘ oder ‚Ordersklaven‘ wahrgenommen[PDC2].

V. Dezentraler Einkauf

Die völlig dezentralisierte Einkaufsorganisation ist vor allem in kleinen Krankenhäusern anzutreffen (<100 Betten), in denen sich die Einrichtung einer eigenständigen zentralen Einkaufsfunktionen vermeintlich nicht lohnt. Die Bedarfsermittlung und das Auslösen des Bestellvorgangs wird von den jeweiligen Bedarfsträgern autonom vorgenommen. Eine Bündelung des Beschaffungsvolumens und eine Standardisierung des Artikelspektrums finden systematisch nicht statt. Allenfalls die formale Rechnungsprüfung wird zentral wahrgenommen – allerdings nicht von einer eigenen Einkaufsfunktion, sondern von der Finanzbuchhaltung.

Abb. 7: Dezentraler Einkauf



Krankenhäuser mit einer derartigen Einkaufsorganisation sind in aller Regel durch die ‚Todsünden der Beschaffung‘ gekennzeichnet:

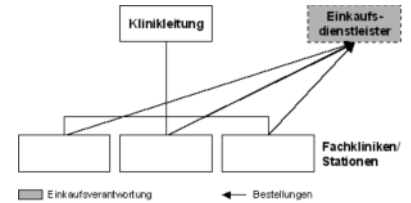
- Bei der Klinikleitung herrscht keine hinreichende Transparenz über die Beschaffungsaktivitäten
- Die Mitarbeiter sind bzgl. der zu tätigen Beschaffungsvorgänge ungenügend qualifiziert
- Die Einkaufsaktivitäten der Bedarfsträger erfolgen unabgestimmt
- Auf prinzipiell mögliche Mengenrabatte wird unnötigerweise verzichtet
- Moderne Instrumente des Beschaffungsmanagements (z. B. elektronische Artikelkataloge, E-Procurement, Reverse Auctions) werden nicht genutzt
- Die beschaffungsrelevanten Sachkosten geraten zunehmend außer Kontrolle

VI. Ausgelagerte Einkaufsfunktion

Diese Form der Einkaufsorganisation stellt ein organisatorisches Extremmodell dar und ist in der Krankenhauspraxis eher die Ausnahme: Die Einkaufsaktivitäten werden vollständig von einem externen Dienstleister übernommen –

häufig zusammen mit der kompletten Logistikfunktion.

Abb. 8: Externer Einkaufsdienstleister



Der Dienstleister stellt gegen Entgelt seine marktliche und methodische Einkaufsexpertise zur Verfügung und erhält so die Gesamtverantwortung für die bedarfsgerechte und kostenoptimale Versorgung des Klinikbetriebes. Da bei vielen Klinikmanagern die Angst vor einer zu stark ausgeprägten Abhängigkeit des Krankenhauses von seinem Einkaufsdienstleister besteht, wird die vollständige Auslagerung des Beschaffungswesens bis auf absehbare Zeit eine Ausnahmeerscheinung bleiben.

D. Professionalisierung des Beschaffungsmanagements

In der Industrie galt die Einkaufsfunktion lange Zeit als das ungeliebte Stiefkind des Managements und fristete ein Mauerblümchendasein: Die Stellung in der Organisation war schwach, das Ansehen gering, die Qualifikation der Mitarbeiter mäßig. Erst der mittlerweile legendäre Spanier José Ignacio López de Arriortúa verhalf dem Einkauf durch sein radikales und nicht unumstrittenes Auftreten gegenüber den Zulieferern von zunächst General Motors und anschließend Volkswagen zu mehr Beachtung, da plötzlich erhebliche Einsparpotenziale sichtbar wurden, von denen viele Unternehmer zuvor nur geträumt hatten. López und seine zahlreichen Nachahmer legten damit unbeabsichtigt den Grundstein für die wesentlich höhere Bedeutung, die das Beschaffungswesen heute als erfolgskritische Kernfunktion in der Industrie hat.

Auch im Krankenhaussektor wächst angesichts des zunehmenden Kostendrucks die Erkenntnis, dass eine Professionalisierung des Beschaffungsmanagements durch tiefgreifende organisatorische Veränderungen der korrespondierenden Strukturen und Prozesse unausweichlich ist. Folgende Anforderungen richten sich an ein professionell organisiertes Beschaffungswesen im Krankenhaus:

1. Gewährleistung einer hinreichenden Mitarbeiterqualifikation

Professionelle Krankeneinkäufer müssen zukünftig nicht nur über die relevanten indikationsspezifischen Fachkenntnisse verfü-



gen, um mit den medizinischen und pflegerischen Bedarfsträgern einkaufsrelevante Diskussionen auf gleicher Augenhöhe führen zu können. Sie müssen zusätzlich auch in Einkaufsverhandlungen mit externen Lieferanten diesen Paroli bieten können, wenn sie auf der Lieferantenseite auf exzellent geschulte und durch die Aussicht auf hohe Boni hochgradig motivierte Vertriebsmitarbeiter treffen. Das bislang vorherrschende Ungleichgewicht zwischen dem abwicklungsorientierten Einkäufer und dem smarten Vertriebsmitarbeiter auf der Lieferantenseite lässt sich an einem weiteren Faktum ablesen: Einkäufer sind häufig aufgrund begrenzter Karriereperspektiven außerhalb ihres Funktionsbereichs wesentlich älter als ihre Kollegen im Marketing oder Vertrieb und blicken zumeist auf eine jahrzehntelange Tätigkeit in dieser Funktion zurück. Auch bei den Fort- und Weiterbildungsaktivitäten ziehen Einkäufer heute im Vergleich zu ihren Vertriebskollegen den kürzeren: Sie erhalten in der Industrie im Schnitt lediglich vier Tage Training im Jahr – im Vertrieb sind es durchschnittlich acht Tage. Ähnlich sieht es bei Krankenhauseinkäufern und ihren vertrieblischen Gegenspielern vor allem in der Medizintechnik- und Pharmabranche aus.

## 2. Entlastung von administrativen Tätigkeiten

In vielen traditionell organisierten Einkaufsabteilungen entfällt ein Großteil der genutzten Mitarbeiterkapazitäten auf operative Routineaufgaben wie die Bedarfsermittlung, die Angebotseinholung, den Vertragsabschluss oder die Rechnungsprüfung. Im Rahmen der Professionalisierung des Krankenhauseinkaufs muss eine Verlagerung der Aktivitäten weg von administrativen Abwicklungsaufgaben hin zu den in wesentlich höherem Maße erfolgsentscheidenden konzeptionellen Analyse- und Gestaltungsaufgaben erfolgen. Hierzu zählen die akkurate Beschaffungsmarktforschung, die interdisziplinäre Bedarfsspezifikation im konstruktiven Dialog mit den Bedarfsträgern, das aktive Management der wichtigsten Lieferantenbeziehungen (Key Supplier Management), ein effektives Beschaffungscontrolling und die stetige Optimierung der Beschaffungskernprozesse. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Implementierung geeigneter informationstechnologischer Lösungen mit dem Ziel einer weitreichenden Automatisierung von administrativen Routineaufgaben. Auf diese Weise können notwendige Kapazitätsfreiräume für die Einkaufsmitarbeiter geschaffen werden, um die Effektivität ihres Funktionsbereichs zu erhöhen.

## 3. Etablierung von Wissensmanagementsystemen

Der zentrale Wertschöpfungsbeitrag des Krankenhauseinkaufs ist die Erhebung, Verarbeitung und Weiterleitung von relevanter Infor-

mation, respektive Wissen. Für den Klinikeinkauf wird es daher immer wichtiger, das in der Organisation und bei externen Marktpartnern vorhandene Wissen für möglichst viele Mitarbeiter nutzbar zu machen. Um dies zu bewerkstelligen, kann es insbesondere für größere, mehrere Standorte umfassende Klinikeinkaufsorganisationen sinnvoll sein, Wissensmanagementsysteme aufzubauen. Die zügige Entwicklung der Internet- und Intranettechnologien bietet zahlreiche Ansatzpunkte, an denen Kliniken anknüpfen können: Die strukturierte Dokumentation vorhandenen Wissens über Kunden, Spezialisten im eigenen Unternehmen, Wettbewerber oder durchgeführte Einkaufsprojekte stiftet sowohl für den einzelnen Mitarbeiter als auch für die Organisationseinheit Einkauf Nutzen. Ein einkaufsspezifisch angepasstes Wissensmanagementsystem bietet zudem langfristig die Möglichkeit, die immer schneller wachsenden Wissensmengen systematisch und strukturiert zu erheben, verfügbar zu machen und damit einen Beitrag zur Verbesserung und Beschleunigung wesentlicher Prozesse im Klinikeinkauf zu leisten. Dies kann den Klinikeinkauf auch darin unterstützen, einen Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Klinikeinkaufsorganisationen zu erzielen.

## 4. Nutzung von Verbundvorteilen in Einkaufskooperationen

In den USA wird die Gründung von Einkaufsgesellschaften für Klinikketten und der Zusammenschluss von einzelnen Krankenhäusern zu Einkaufskooperationen seit langem sehr erfolgreich praktiziert. Gemäß einer vom BVMed in Auftrag gegebenen Studie werden vor allem letztere in den nächsten Jahren stark an Einfluss gewinnen. Eine Ursache hierfür ist in der zu erwartenden weiteren Konsolidierung der Krankenhausbeschaffungslandschaft zu sehen: Zukünftig wird zwar eine wesentlich geringere Anzahl von Einkaufskooperationen das Bild prägen, diese werden jedoch zunehmend überregional agieren und ein vergleichsweise breiteres Artikelspektrum abdecken, als es heute noch der Fall ist. Damit verbessert sich die Verhandlungsposition dieser Verbünde auf dem Beschaffungsmarkt erheblich, was zu ebenfalls besseren Beschaffungskonditionen führen wird. Neben der Weitergabe dieser günstigen Preis- und Lieferkonditionen an die Verbundmitglieder werden die Einkaufskooperationen ihren Mitgliedern zukünftig auch zusätzliche wertschöpfende Dienstleistungen anbieten – etwa Unterstützung bei der notwendigen Anpassung der in den einzelnen Krankenhäusern existierenden Beschaffungsprozesse oder Beratung bei der Implementierung von elektronischen Anforderungs- und Abwicklungssystemen (E-Procurement).

## 5. Einbindung in integrierte Logistikkonzepte

Wie schon in der Industrie – dort Supply-Chain-Management genannt –, so wird auch im Krankenhaussektor die Notwendigkeit für eine integrierte Sichtweise der Einkaufsfunktion im Zusammenspiel mit vor- und nachgelagerten Funktionsbereichen zunehmen. Insbesondere die frühzeitige Bedarfsspezifikation im Rahmen der diagnostischen und therapeutischen Leistungserstellung im Krankenhaus, der ablauforientierte Transport (z. B. Just-in-time-Schrankversorgung) und die Lagerung von beschafften Artikeln zu minimalen Kapitalbindungskosten (z. B. durch Einrichtung von Konsignationslagern) sowie eine leistungsfähige Entsorgungslogistik stellen notwendige Bedingungen für die ganzheitliche Optimierung der logistischen Prozesskette dar.

## 6. Externe Unterstützung der Veränderungsprozesse

Die organisatorischen Veränderungen, die eine Professionalisierung der Beschaffungsaktivitäten im Krankenhaus erfordert, stoßen nur selten auf Gegenliebe bei den Mitarbeitern, da sie in vielerlei Hinsicht konfliktträchtig sind: Oftmals müssen im Rahmen einer Reorganisation des Krankenhauseinkaufs alte Gewohnheiten über Bord geworfen, gewachsene Lieferantenbeziehungen aufgegeben und Machtfragen neu beantwortet werden – bisweilen in Verbindung mit individuellen Nachteilen für die betroffenen Einkäufer oder die medizinischen und pflegerischen Bedarfsträger. Aus diesem Grund kann eine externe Unterstützung durch professionelle Expertenberater durchaus hilfreich sein – ihr Vorteil: Sie garantieren das erforderliche Maß an Objektivität bei der Konzeption und Umsetzung der organisatorischen Veränderungsmaßnahmen, unabhängig von bestehenden Mitarbeiter- und Lieferantenbeziehung.

## E. Fazit und Ausblick

Die zunehmende Professionalisierung des Klinikeinkaufs erfordert immer häufiger auch Veränderungen in der Aufbau- und Ablauforganisation des Klinikeinkaufs sowie relevanter interner und externer Schnittstellen. Die einzelne Klinik muss vor dem Hintergrund ihrer individuellen Rahmenbedingungen eine Aufbauorganisation finden, die es ihr ermöglicht, den zunehmenden Anforderungen an Kosten- und Qualitätsoptimierung gerecht zu werden.

Während bei den Klinikverbänden ab einer gewissen Größenordnung eine klare Zentralisierungstendenz mit einem über weit reichende Kompetenzen verfügenden Zentraleinkauf erkennbar ist, kompensieren unabhängige Kliniken diesen vermeintlichen Nachteil vielfach durch die verstärkte Nutzung von Einkaufskooperationen.

Vor dem Hintergrund der strategischen Aufwertung des Klinikeinkaufs ist zukünftig auch zu erwarten, dass es zu einer stärkeren organisatorischen Trennung von strategischem und operativem Einkauf kommt. Da die Mehrzahl der größeren Kliniken und Klinikverbünde den strategischen Einkauf zu den Kernkompetenzen der Organisation zählen dürfte, wird man Diskussionen über eine Auslagerung kritisch gegenüberstehen – bzgl. operativer Einkaufsaktivitäten könnte sich hier zukünftig ein anderes Meinungsbild ergeben.

**Literatur:**

- 1) DKI Deutsches Krankenhausinstitut/  
 A.T. Kearney Management Consultants  
 (2003): *Best Practice in der Beschaffung im Krankenhaus*; o. O.
- 2) Drees, Christian (2003): *Beschaffungsmanagement im Krankenhaus*, in:  
[www.dfkm.de/beitraege.html](http://www.dfkm.de/beitraege.html)
- 3) Hahn, T./Messemer, J./Stark, K. (2002):  
*Einkaufsmanagement: Intelligentes Sparen im Krankenhaus*, in: McKinsey Health,  
 o. Jg., Nr. 2, S. 6-15
- 4) Krütten, J. M./Rautenberg, F./Liefner, M.  
 (2005): *Zukünftige Relevanz und Kon-*

*sequenzen von Krankenhaus-Einkaufskooperationen für Medizintechnologie-Anbieter in Deutschland*, Bonn

- 5) Müller, E. (2004): *Milliardengrab Einkauf*, in:  
 manager magazin, o. Jg., Nr. 8, S. 54-59
- 6) o. V. (2004): *Finanzreserven aufspüren*, in:  
 Initiativbanking, o. Jg., Nr. 1, S. 16-17

Der Autor ist nach über einem Jahrzehnt Beratungserfahrung in unterschiedlichen Topmanagementberatungen (Roland Berger Strategy Consultants, KPMG Peat Marwick Unternehmensberatung, PMM Management Consultants, BBDO Consulting) heute Geschäftsführer der PadberX Organizational Consulting Network GmbH, einem virtuellen Consulting-Netzwerk. Das im April 2002 gegründete Unternehmen (bis Mai 2004: PadberX International Strategy & Organization Consultants GbR) hat seinen Sitz in München. PadberX ist auf die Organisationsberatung von Konzernunternehmen in den Wachstumsbranchen FinancialServices und LifeSciences spezialisiert.