

Carsten Dürr, Dr. Georg Rüter

Einkauf – eine unterschätzte Größe im Krankenhaus

Der Krankenhausesektor gehört zu den besonders hoch regulierten Branchen, in denen unternehmerisches Tun praktisch nur innerhalb sehr enger Leitplanken möglich ist. Der Fokus liegt vor allem auf externen Einflüssen der Finanzierung: das alte Problem mangelnder Investitionskostenfinanzierung mit ihren Fehlanreizen und Unzulänglichkeiten. Andere Aktionsparameter drohen aus dem Blick zu geraten. Es gibt jedoch Handlungsfelder in denen eigeninitiativ agiert werden kann. Welche Parameter bestimmen die Entwicklung der Sachkosten und welche Handlungsoptionen gibt es für das Krankenhausmanagement, diese zu optimieren?

Die Verantwortung einer Unternehmensleitung liegt darin, im Rahmen bestehender Regulierungen die verbleibenden Aufgaben zu identifizieren. Die extrem hohe Relevanz der Personalkompetenz für die Existenz und die Entwicklungsperspektive eines Krankenhausunternehmens drückt sich auch auf der Inputseite aus: Etwa 60 % der Gesamtkosten sind für Personal aufzubringen. Anders gewendet: Wer Personalfragen nicht im Griff hat, hat das gesamte Unternehmen nicht im Griff. Die restlichen 40 % entfallen naturgemäß auf Sachkosten. Wegen der sog. Dualen Finanzierung mit gesetzlicher (was nicht heißen muss: tatsächlicher) Förderung von Krankenhausinvestitionen machen Abschreibungen grundsätzlich einen recht kleinen Teil der Kostenbelastung aus.

Gut die Hälfte dieser Sachkosten – mithin etwa 20 % der Gesamtkosten – entfällt auf den Medizinischen Sachbedarf, zu dem alle Materialien und Dienstleistungen gerechnet werden, die unmittelbar in Diagnostik und Therapie zum Einsatz kommen. Die andere Hälfte wird verwendet für die zahlreichen unterschiedlichen Kosten, etwa Reinigung, Speiserversorgung, Versicherungen, Instandhaltungen etc. Der Posten „medizinischer Sachbedarf“ ist in den letzten 30 bis 40 Jahren kontinuierlich gestiegen, häufig stärker als die Gesamtkosten.

Medizinischer Bedarf und dessen Stellenwert

Der größte Sachkostenblock hat die gleich hohe Bedeutung wie die beiden anderen relativ homogenen Kostenblöcke: der des Ärztlichen Dienstes, als seit gut zehn Jahren größtem Einzelkostenblock, und der des Pflegedienstes. Somit lohnt sich eine genauere Betrachtung des gut 25 Mrd. € schweren Pakets des Medizinischen Bedarfs, der – wie oben erwähnt – in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich an Bedeutung gewonnen und mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit weiter an Relevanz gewinnen wird. Arzneimittel, Implantate, OP-Materialien, Desinfektionsmittel, Diagnostika und auch scheinbar simple Produkte wie Verbandstoffe und Abdeckmaterialien, haben eine hohe Innovationsrate, die durchgängig sinnvolle Veränderungen zum Wohl des Patienten oder auch für den Anwender nach sich ziehen. Diese aber sind ebenso durchgängig nur zum Preis hoher Forschungs- und Entwicklungsaufwendungen sowie höherer

Materialkosten zu haben. Beispielhaft seien filigrane Implantate erwähnt, verwendet in der Kardiologie, der Gastroenterologie, der Gynäkologie, der Urologie oder in der Knochenchirurgie. Noch gar nicht in ihrer Kostenwirkung abschätzbar sind personalisierte Therapien, allen voran in der Onkologie, die schon in den letzten Jahrzehnten ein – im Übrigen sehr segensreicher – Kostentreiber war.

Die Marktverhältnisse

International agierende Großunternehmen prägen ganz überwiegend die Märkte für Arzneimittel, Implantate, OP-Materialien oder auch Medizintechnik. Letztere sind bisweilen in enger Verknüpfung zu bewerten. Nicht selten befeuert durch die chronisch schwache Investitionsmittelfinanzierung, welche wohlfeile Offerten in Form von Kopplungsgeschäften von Verbrauchsmaterialien mit Finanzierungslösungen für Investitionsgüter hervorgebracht hat. Prominentes Beispiel dürfte der OP-Roboter da Vinci sein; aber auch in anderen Disziplinen finden diese Modelle Anwendung.

Auf der Nachfrageseite haben wir eine weniger homogene Struktur zu konstatieren: Auf Einkaufsgemeinschaften (die genaue Rechts- oder Unternehmensform soll hier nicht beleuchtet werden) entfallen etwa 10 bis 12 Mrd. € Einkaufsvolumen; mithin weniger als die Hälfte des Medizinischen Sachbedarfs aller aktuell rund 1 700 Krankenhäuser. Der größere Teil wird somit sehr dezentral in Eigenregie von den Krankenhäusern beschafft. Dieser hohe Anteil erklärt sich auch daraus, dass zwar die meisten Krankenhäuser Mitglied oder Kunde einer Einkaufsgesellschaft sind, aber oft nur einen Bruchteil ihres Beschaffungsvolumens über diese abwickeln. Somit ist festzuhalten, dass einer überwiegend oligopolistischen Anbieterstruktur eine teilweise in Einkaufsverbänden, aber überwiegend kleinteilig agierende Nachfrageseite gegenübersteht.

International erfahrene Unternehmen betreiben eine sehr professionelle Preispolitik mit scharfer Analyse der jeweiligen nationalen Rahmenbedingungen, etwa in Form von Preisregulierungen, aber auch der Nachfrageseite und deren Preiselastizität und -sensibilität. Diese ist für die Ertragslage der Unternehmen von entscheidender Bedeutung, da die Produktionskostenfunk-



tion bei Arznei- und Medicalprodukten einen relativ hohen Preisgestaltungsspielraum erlaubt. Denn die oftmals hohen Forschungs- und Entwicklungskosten stellen Sunk Costs dar ohne künftige Cashrelevanz, der Materialeinsatz ist im Regelfall wenig kostenintensiv und die Produktionskosten durch hohe Fixkostenanteile gekennzeichnet. Einen auffällig hohen Anteil nimmt dagegen der Vertrieb ein, der sowohl der Absatzförderung als auch der Preisstabilisierung dienen dürfte.

Die eindrücklich hohe Innovationsrate beim Medizinischen Sachbedarf sichert den Unternehmen mittels Pioniergewinnen eine auskömmliche Ertragslage, was aus marktwirtschaftlicher Sicht auch zu begrüßen ist. Aber die anhaltende Produktinflation evoziert einen kritischen Blick auf die Marktverhältnisse: Während im Pharmasektor aufgrund der hohen Produkttransparenz nach Patentablauf eine zügige Erhöhung der Konsumentenrente vollzogen wird, bewirken Pseudoinnovationen und Produktvielfalt tendenziell Preisstabilisierungen oder gar -erhöhungen. Letztere wurde in den Jahren 2022/23 durch die allgemeinen Inflationstendenzen und die bis dato lockere Geldpolitik der EZB erleichtert.

Die vorgenannte Artikelzahlinflation deutet auf eine Überlegenheit der Anbieterseite hin: So zeigen unternehmensübergreifende Vergleiche zwischen Krankenhäusern – etwa bei Fusionen oder beim Anschluss an eine Einkaufsgemeinschaft – hohe Schwankungsbreiten, die auch unter Einbeziehung der Fachabteilungsstrukturen Erklärungsbedarf aufweisen. Vielmehr deuten diese teilweise hohen Unterschiede auf differenzierte Einkaufskompetenz der verglichenen Krankenhausunternehmen hin: So kann regelmäßig eine reziproke Korrelation von Lieferanten- sowie Produktvielfalt einerseits und Einkaufsgemeinschaftsbündelungsquote (Anteil der Produkte, die gemeinschaftlich beschafft werden) festgestellt werden.

Bezüglich der Marktergebnisse in den hoch komplexen, innovationsstarken und internationalen Märkten sind nur begrenzt belastbare Aussagen möglich: Zunächst fallen die durchweg überdurchschnittlichen Umsatzrenditen auf, sowohl im Pharma- als auch im Medikalproduktesektor, ferner die hohen Forschungs- und Entwicklungskosten sowie – wie vorstehend bereits angesprochen – die Kosten des Vertriebs. Dabei sind zwischen den Kostengruppen durchaus Verwischungen möglich, etwa in Form von Fortbildungsveranstaltungen oder bei der Finanzierung von Studien.

Durchgängig zweistellige Umsatzrenditen sind in wettbewerbsintensiven Märkten eher selten anzutreffen: Patentschutz (maximal 20 Jahre), Monopolstellungen (lange Zeit im Energiemarkt abgesichert) oder auf Märkten mit eher preisunsensibler Kundschaft, also dem Luxussegment.

Demgegenüber sind wettbewerbsintensive Märkte durch scharf kalkulierende Verbraucher oder professionelle Einkäufer gekennzeichnet, so etwa im Lebensmitteleinzelhandel oder bei industriellen Vorprodukten, nicht nur in der Automobilindustrie. Hier zwingen sinkende Margen zu fortlaufenden Produktivitätsverbesserungen sowie regelmäßigen Straffungen des Produktsortimentes, die im Ergebnis wieder Preissenkungen ermöglichen.

Wie sind diese im Gesundheitswesen anzutreffenden Marktverhältnisse zu erklären? Wer schon sehr lange im Krankenhaussektor tätig ist, der kann sich noch an das von 1972 bis Ende 1992 gültige Selbstkostendeckungsprinzip erinnern. Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz hat es am 1. Januar 2020 eine Teilaufrechterhaltung erfahren. Dieses Finanzierungsprinzip bewirkte geradezu lehrbuchhafte Reaktionsmuster mit für didaktische Zwecke idealtypischen Verhaltensmustern: Die Interessen der Anbieter an möglichst hohen Preisen konnten von den Nachfragern mühelos und bei Vermeidung unbequemer Verhandlungen in Einklang gebracht werden. Denn die Schlussrechnungen mussten lediglich in das sog. Selbstkostenblatt eingetragen werden, welches als Grundlage für die jährlichen Budget- bzw. Pflegesatzverhandlungen diente. Diese Übung wirkte noch lange nach: Kostendeckung erscheint vielen in der Krankenhausbranche und -politik sympathischer als Gewinnerzielung.

Gestaltungsspielräume

Sind heute die für den Einkauf in Krankenhäusern – also eine Summe in Milliardenhöhe – Verantwortlichen ausreichend gerüstet, um der Professionalität und dem Geschick international agierender Großunternehmen zu begegnen? Allein die Tatsache, dass weniger als 50 % des Einkaufsvolumens über große Einkaufsverbände abgewickelt werden, lässt Verbesserungspotential vermuten. Dabei liegt der Schwerpunkt des Verbesserungspotentials bei den unzähligen Artikeln der Medicalprodukte; weniger im Pharmabereich: Hier kann relativ leicht Transparenz hergestellt werden, da die Produkte aufgrund der patentrechtlichen Bestimmungen relativ leicht vergleichbar sind und somit nicht nur den Indikationsstellenden ärztlichen Mitarbeitern, sondern auch von pharmazeutischen Fachleuten umfänglich beurteilt werden können. Wie oben erwähnt, sind erfreuliche Preisrutsche nach Patentabläufen flächendeckend festzustellen und können von den Krankenhäusern zügig gewinnbringend eingefahren werden. Auf einem anderen Blatt stehen die durch rigide gesetzliche Eingriffe in die Preisgestaltung evozierten Produktionsverlagerungen ins Ausland, die in jüngster Zeit auch Lieferengpässe mitverursacht haben. Die Reaktion des Ordnungsgebers – hier des Bundesgesundheitsministeriums – mit neuen Verordnungen sowie Produktions- und sogar Lagerhaltungsvorschriften, zeugt vom mangelnden Verständnis volkswirtschaftlicher und logistischer Zusammenhänge. Abgesehen von diesen regulierungsbedingten Störungen kann im Bereich der pharmazeutischen Versorgung von einem

— Anzeige —

Healthcare Compliance Officer (FH)	
	Hochschulzertifikat (FH)
	HS Kaiserslautern
	www.hs-kl.de/hco

recht gereiften Markt ausgegangen werden. Dieser erfordert aber zwingend eine konsequente Mengenbündelung als Antwort auf die oligopolistischen Marktstrukturen.

Große Gestaltungsspielräume können hingegen bei Medikalprodukten gesichtet werden: Diese müssen sui generis auch der subjektiven Beurteilung durch die Anwender unterzogen werden, handelt es sich doch um überwiegend kleinteilige, hohe manuelle und haptische Ansprüche erfüllende Produkte, die in den menschlichen Körper eingebracht werden und daher lückenlose Handhabungssicherheit garantieren müssen. Hieraus folgt aber nicht zwingend, dass jede Einzelmeinung von Anwendern Berücksichtigung finden muss.

Eine gewisse Schätzung des Verbesserungspotentials erlauben Vergleiche der Artikelvielfalt und Lieferantenstreuung: Im Wege von Einkaufsneustrukturierungen konnten Reduktionen von 30 bis 50 % bei der Artikelzahl bewirkt werden; hier erwiesen sich praktisch alle Fachdisziplinen als ergiebige Handlungsfelder. Preisvergleiche vor und nach solchen Straffungsaktionen belegen den durchschlagenden Erfolg dieser – oftmals anstrengenden und nervenaufreibenden – Maßnahmen: Nur einen kleinen Ausschnitt vermitteln die nachfolgenden Beispiele erfolgreicher Sortimentsstraffungen, die im Rahmen gemeinschaftlicher Aktivitäten unter Federführung einer Einkaufsgemeinschaft umgesetzt worden sind:

- Maximale Bündelung der anspruchsvollen Produktgruppen bei zwei Toplieferanten Endoprothetik, ERCP, Klammernaht
- Vereinheitlichung des Portfolios möglichst aller Produktgruppen (vom Tupfer bis zum Herzschrittmacher)
- Frühzeitige Erkennung und Abschöpfung wettbewerblicher Marktentwicklungen (beispielsweise Nachahmerwettbewerb bei OP-Instrumenten, Bergebeuteln oder ähnlichen Artikel)
- Zuverlässige Einhaltung der Absprachen. Dieses Postulat klingt belanglos, spiegelt aber die unbefriedigende Situation der Beschaffungstätigkeit vieler Krankenhäuser wider.

Jede dieser vorgenannten Maßnahmen führte zu Einsparungen in hoher fünf-, meist sechstelliger Größenordnung pro Haus. Geht man von einem durchschnittlichen Einkaufsvolumen beim Medizinischen Sachbedarf von 50 Million € pro Jahr aus, dann können sechs- bis siebenstellige Einsparungen realisiert werden durch professionelleres Einkaufsmanagement, bei dem Artikelstraffung und Lieferantenbündelung tragende Säulen sein dürften.

Dieses mit hoher Erfolgswahrscheinlichkeit verbundene Vorgehen stößt beim solitär antretenden Krankenhaus allerdings an Grenzen: Die mittlerweile in größeren Stückzahlen kalibrierten Preislisten und Rabattstaffeln der Hersteller können allenfalls von großen Klinikverbänden realisiert werden. Spezialkliniken mit hohen Leistungszahlen in ausgewählten Produktgruppen (zum Beispiel Endoprothetik) sind nicht in der Lage, Verbundeffekte, etwa bei Anbietern mit breitem Portfolio (Infusion bis Endoprothetik, Zytostase bis Labordiagnostik), zu nutzen. Maximalversorger greifen zwar auf das gesamte Sortiment zu, haben aber kaum Möglichkeiten, Einzelmeinungen von Anwendern kritisch zu beleuchten.

Die lückenhafte Artikelstraffung muss auch aus Gründen der Qualitätssicherung verwundern: Während S3-Leitlinien als unbestrittener Standard für Diagnostik und Therapie – etwa in Organzentren – zugrunde gelegt werden, überlassen viele Krankenhäuser die Entscheidung über den Einsatz anspruchsvoller Produkte immer noch der Einzelmeinung von Anwendern, deren Erfahrungsschatz oftmals begrenzt ist. Diese tradierte Praxis wird meistens begründet mit dem Argument, das solche verantwortungsvollen Auswahlprozesse nicht dem betriebswirtschaftlichen Kalkül von kaufmännisch ausgebildeten Einkäufern überlassen werden dürfe. Bei Lichte betrachtet nutzen hochqualifizierte Fachkräfte bisweilen ihre Arbeitsmarktposition (oder ihren Marktwert) aus, um eigene Artikelvorlieben durchzusetzen. Anders lässt sich der Entwicklungsstillstand oder gar -rückschritt kaum plausibel erklären. Unternehmensleitungen scheuen häufig aus Angst vor einer Abwanderung den Konflikt und lassen den Klinikeinkauf buchstäblich im Regen stehen – mit fatalen Konsequenzen für das Ansehen des Unternehmens am Beschaffungsmarkt, am Arbeitsmarkt für Einkaufsfachleute sowie für die Kostenentwicklung beim Medizinischen Bedarf.

Die in der Praxis sehr häufig anzutreffende Rücksichtnahme auf Gewohnheiten oder Präferenzen von Anwendern im klinischen Alltag führt sehr häufig zu fatalen Konsequenzen für die Marktposition des nachfragenden Krankenhauses: Der Anbieter kann beinahe sicher sein, nicht ausgelistet zu werden und pflegt eine entsprechende Preispolitik; bisweilen kommt sogar noch ein extrem unprofessionelles Verhalten hinzu, indem die Anwender dem Außendienst der Medikalindustrie ihre Bewertung des Produktes sowie ihre Wunschartikulation gegenüber der eigenen Einkaufsleitung kundtun. Wie oben schon erwähnt: Auf der Anbieterseite darf die höhere Marktbearbeitungskompetenz vermutet werden.

Dabei gibt es intelligente Lösungen zur Verknüpfung von Anwenderwissen und Einkaufskompetenz: Eine gemeinsame Abstimmung mehrerer Anwender (mit mehr Wissen als ein bei einem einzelnen) unter Beteiligung oder Federführung des Einkaufs ermöglicht einen geschlossenen Auftritt gegenüber den konkurrierenden Anbietern. Die mittlerweile flächendeckende Etablierung von Krankenhausverbänden ermöglicht die systematische Einbeziehung mehrerer Anwender in einem und demselben Fachgebiet. Noch mehr Wirkung dürfte das gemeinschaftliche Vorgehen in einer Einkaufsgemeinschaft haben, die glaubwürdig der Anbieterseite mit Auftragserteilung oder -entzug drohen kann. Diese Kontraktgespräche beinhalten auch die Chance für sog. Win-win-Situationen, die durch eine spürbare Straffung der Artikelzahl herbeigeführt werden kann: Auch der Hersteller kann ein Interesse an einer solchen Straffung haben, eröffnet sie ihm doch Produktivitätsverbesserungen mittels höherer Stückzahlen für eine größere Zahl von Abnehmern. Bei industriellen Vorprodukten ist die Praxis seit Jahren gang und gäbe und hat entsprechende Produktions-, Logistik- und Qualitätsverbesserungen bewirkt.

Zwischenfazit

Markttheoretische und empirische Daten deuten darauf hin, dass der Einkauf von medizinischem Sachbedarf durch deutsche Krankenhäuser noch interessantes Potenzial birgt. Seitens der Gesundheitspolitik ist diesem Thema bisher keine Aufmerksamkeit gewidmet worden, sieht man mal von den bekannten Eingriffen in den Pharmamarkt mit den zweifelhaften Erfolgen einmal ab. Auch in der boomenden (Interims-)Beraterbranche ist überwiegend Fehlannonce zu vermelden, was sicher an der eher kurzfristig angelegten Taktung dieser Spezies liegen dürfte. Denn komplexe Einkaufsentscheidungen bedürfen sowohl einer umfassenden Markterkundung als auch eines beharrlichen und konsequenten Dialogs mit zahlreichen Beteiligten im Krankenhausunternehmen.

Einige Handlungsoptionen für die Einkaufspraxis könnten sein:

Organisation

Einkaufsaktivitäten von der beschriebenen Qualitäts- und Kostenrelevanz sind in eine klare Organisationsstruktur einzubetten. Compliancefragen müssen dabei ebenso eingebaut werden wie die fachliche Kompetenz der Anwender im ärztlichen und pflegerischen Dienst sowie die Kontraktabschlussvollmacht der Einkaufsleitung. Diese scheinbar unternehmenspolitische Banalität wird nach Erfahrung der Autoren bis heute in vielen Krankenhäusern nicht umfassend praktiziert; zumindest nicht bei mehr als der Hälfte des Einkaufsvolumens.

Unverzichtbar sind vollständige Transparenz bezüglich sämtlicher Einkaufs- und Beschaffungsvorgänge und eine eindeutige Kompetenzzuweisung für den Einkauf, nicht für die Anwender. Die immer noch anzutreffende dezentralen, an Fachdisziplinen orientierten Beschaffungskompetenzen sind eine wesentliche Ursache für insuffiziente Logistikprozesse mit hohen Kosten und niedriger Qualität.

Auch die Liefersicherheit hängt von der Professionalität der Einkaufsorganisation ganz wesentlich ab: wer in fragilen Weltmarktlagen zu kleine Lagerbestände und Bestellgrößen praktiziert, riskiert fahrlässig den Abriss der Versorgungssicherheit. Extrem wichtig sind Regelungen, die zur sofortigen Auslistung von Anbietern führen, die Complianceregeln missachten; aber auch solcher Unternehmen, die von Anwendern des Krankenhauses über deren Produktpreferenzen – egal ob beabsichtigt oder fahrlässig naiv – ins Bild gesetzt worden sind.

Somit ist die Installation eines präzisen Prozessmanagements unabdingbar. Denn die Komplexität der Einkaufs-, Beschaffungs- und Logistikfragen wurde manch einem Beobachter erst bei Lektüre des Lieferkettensorgfaltspflichtengesetzes bewusst; sozusagen als instruktive Nebenwirkung eines umstrittenen Gesetzes.

Personalbesetzung

Große Einkaufsvolumina in anspruchsvollen Beschaffungsmärkten erfordern hohe Fach- und Verhandlungskompetenz. Aufgrund der diesbezüglich tendenziell ausbaufähigen Kompetenzen in den Krankenhäusern bietet es sich an, ggf. auch aus anderen Branchen, etwa der Industrie oder dem Handel, Perso-

nalkompetenz zu akquirieren. Spezifische Fachkenntnis müssen ohnehin im Training „on the Job“ erworben werden und nehmen oft viel Zeit in Anspruch. Neben der Vermittlung krankenhausspezifischer Fachkenntnisse gilt es jedoch, auch die Kommunikation mit dem mit einem uneinholbaren Wissens- und Erfahrungsvorsprung ausgestatteten Fachpersonal zu lernen und zu pflegen. Kontroverse Diskussionen mit kompetenten Gesprächspartnern aus dem medizinischen Bereich verlaufen oft anders als mit solchen aus der Industrie oder dem Handel. Unterstützung durch höhere Stellen etwa die Unternehmensleitung dürfte eher bei Fragen der Durchsetzung von Auswahlentscheidungen mit dem Ausschluss liebgewonnener Lieferanten oder Produkte von höherer Relevanz und Effektivität sein. Hier lehrt die Erfahrung bzw. besteht die begründete Vermutung, dass das Selbstbewusstsein klinischer Verantwortungsträger dem von kaufmännischen oder pharmazeutischen Fachangestellten überlegen sein könnte.

Anwenderbeteiligung

Nahezu jegliche wesentliche Veränderung des Produktportfolios im Sinne einer Straffung und Effizienzsteigerung kann Auswirkungen auf die Versorgung der Patienten haben, weshalb es sinnvoll ist, in solchen Fällen die Anwender in den Kliniken, seien es Ärzte, Pflegekräfte oder Funktionspersonal, frühzeitig in den Auswahlprozess einzubinden, ohne sich dabei von den Erwartungen oder angekündigten Widerständen beeindrucken zu lassen. Diese Vorgehensweise erfordert in vielen Fällen Mut, Fachkompetenz und Konfliktbereitschaft. Grundlage sollte allerdings eine stabile und faire Beziehungs- und Vertrauensbasis zwischen Einkauf und beteiligten Anwendern bilden. Diese bedarf eines längeren Aufbaus und der permanenten Pflege. Nur auf die formelle Autorität der Geschäftsführung/des Vorstandes zu setzen, dürfte nicht ausreichen, da oft auch die Geschäftsführung/der Vorstand noch andere Themen hat, in denen eine kontroverse Auseinandersetzung mit einzelnen Anwendern gefordert ist. Auf der anderen Seite ist es sehr wichtig und oft sogar entscheidend, dass die Geschäftsführung/der Vorstand den Einkauf in seinem Vorhaben und in einem konkreten Konfliktfall unterstützt und keine faulen Kompromisse eingeht, nur um einen Konflikt auf Anwenderseite aus dem Weg zu gehen. Gerade die aktuellen, oft existentiellen Herausforderungen in den Krankenhäusern dulden halbherzige Kompromisse nicht mehr. Außerdem gilt es immer zu beachten, dass bei mangelnder Unterstützung des Einkaufs im Konfliktfall dieses wichtige Gebiet bei den vorhandenen Wirtschaftlichkeitspotenzialen nicht zu schwächen und damit zu einem stumpfen Werkzeug werden zu lassen, sondern es nach Kräften zu unterstützen, da solche Konflikte meistens Signalwirkung im gesamten Krankenhaus haben.

Zusammenarbeit mit einer Einkaufsgemeinschaft

Um Mengen zu bündeln und dabei nicht nur auf den eigenen Bedarf beschränkt zu sein, macht es Sinn, Mitglied einer Einkaufsgemeinschaft zu sein und dabei auf die Lieferanten- und Produktauswahl einwirken oder besser noch mitbestimmen zu

können. Dies setzt mehrere Dinge voraus. Zum einen sollte der gesamte tatsächliche Bedarf und nur eine sehr konservativ kalkulierte Teilmenge in die Verhandlungen eingebracht werden. Zum anderen bedarf es einer gegenüber der Einkaufsgemeinschaft erklärten Verbindlichkeitsbereitschaft, die am Ende verhandelte Menge auch bei einem der Lieferanten abzunehmen, die seitens der Einkaufsgemeinschaft den Zuschlag erhalten haben. Dabei ist es unter mehreren Gesichtspunkten sinnvoll, nicht nur auf einen Lieferanten und ein schmales Portfolio zu setzen, sondern den Anwendern eine gewisse Auswahl innerhalb eines definierten Portfolios zu lassen. Von selbst versteht es sich, nicht hinter dem Rücken der Einkaufsgemeinschaft oder im Nachgang eigene Verhandlungen mit einzelnen oder mehreren Lieferanten zu führen, auch wenn dies seitens der Lieferanten aus durchsichtigen Motiven gerne gefördert oder zumindest nicht unterbunden wird. Diese Loyalität gegenüber der Einkaufsgemeinschaft dient dazu, die anfangs propagierten Bündelungseffekte über die eigenen Mengen hinaus zu realisieren. Dabei kann eine wichtige Rolle spielen, dass die Einkaufsgemeinschaft Instrumente anbietet und vorhält, mit denen auch die Anwender in den Kliniken ihre Fach- und Verhandlungskompetenz in Lieferanten- und Produktauswahl einbringen. Wenn solche Strukturen auf Seiten der Einkaufsgemeinschaft vorhanden sind und angeboten werden, sollten diese seitens der Krankenhäuser bzw. Mitglieder auch genutzt werden, denn neben den Mitwirkungsmöglichkeiten bietet sich in solchen Gremien immer die Chance, von den bereits vorhandenen Erfahrungen der anderen Anwender zu profitieren. Die Auswahlentscheidung wird also sowohl auf eine breitere, bessere Grundlage gestellt als auch auf Seiten der Anwender auf ein größeres Maß an Erfahrungswissen.

Externe Hilfe

Ein mittelständisches Unternehmen – und das ist nach wie vor die Mehrheit deutscher Krankenhäuser – wird die oben beschriebenen Anforderungen und Herausforderungen kaum allein bewältigen können. Beratungsunternehmen haben ihre Marktberechtigung durch Bereitstellung speziellen Wissens in zeitlich begrenzter Formatierung. Dieses kann bei speziellen Beschaffungsvorgängen oder bei der Installation neuer Organisationsstrukturen hilfreich und effektiv sein. Risiken drohen dann, wenn die externe Beratung ihr – selbstredend partiell überlegenes – Spezialwissen für die Prolongation des eigenen Auftrags- und Umsatzvolumens einsetzt.

Nachhaltigeren Erfolg dürfte ein Engagement des Krankenhauses an Gemeinschaftsunternehmen bringen, die subsidiär den Beteiligten Hilfen gewährt in den Fragen, in denen die eigenen Mittel oder Kompetenzen nicht ausreichen. Konkret werden von dem Gemeinschaftsunternehmen – in welcher Rechtsform auch immer – die Aufgaben übernommen, deren Bündelung klare Synergieeffekte realisieren. Zu nennen sind etwa internationale Marktanalysen, die Bündelung von Einkaufsvolumina, Benchmarkanalysen zu Auswahl und Menge von einzelnen Produkten oder -gruppen.

Conclusio und Ausblick

Halten wir fest:

- Das Hauptinteresse der Krankenhauspolitik, aber auch der Verantwortungsträger in den Krankenhausunternehmen liegt seit vielen Monaten auf Fragen der Krankenhausplanung und -finanzierung, also auf externen Einflussfaktoren.
- Finanzierungsprobleme der Sozialversicherung werden auch den internen Wirtschaftlichkeits- und Handlungsdruck erhöhen.
- Die Kosten des Medizinischen Bedarfs machen etwa 20 % der Gesamtkosten oder 25 bis 30 Mrd. € jährlich für die deutschen Krankenhäuser aus. Mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit ist mit weiteren Steigerungen zu rechnen, die der Finanzierung sinnvoller Innovationen dienen.
- Diesem drittgrößten Einzelkostenblock sollte mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden, auch wegen der absehbaren Robustheit der beiden anderen Kostenblöcke.
- Struktur- und Prozessorganisation der Krankenhäuser bei Einkauf und Logistik enthalten interessantes Verbesserungspotential.
- Mit gemeinsamen Aktivitäten – als Genossenschaft oder in anderen Unternehmensformen – kann die bisher schwache Position gegenüber Großunternehmen der Medikalbranche gestärkt werden.
- Initiative und Verantwortung hierfür liegen bei der Unternehmensleitung. Diese ist gut beraten, auch Konfliktsituationen nicht zu scheuen, damit die vorgenannten Verbesserungspotentiale gehoben werden.

Es gibt wirksame Handlungsoptionen für den Einkauf. Es gilt, die Chancen zu nutzen.

Literatur

Rüter: Bürokratieabbau im Krankenhaus: Ein realistisches Szenario? Das Krankenhaus 12/2023

Fleßa/Greiner: Grundlagen der Gesundheitsökonomie, Berlin Heidelberg 2013

Oberender/Rüter: Gefahren für Innovationen im Arzneimittelbereich, Baden-Baden 1988

Greiner/von der Schulenburg/Vauth: Gesundheitsbetriebslehre, Bern 2008

Huber: Nachahmerwettbewerb bei Arzneimitteln, Bayreuth 1988

Hamann: Ziele und Strategien der Krankenhausfusionen, Baden-Baden 2000

Anschrift der Verfasser

Carsten Dürr, Geschäftsführer/Dr. Georg Rüter, Mitglied des Aufsichtsrates der AGKaMed Einkaufsgesellschaft, Ruhrallee 175, 45136 Essen

Im Interesse einer besseren Lesbarkeit verzichten wir darauf, ausdrücklich geschlechterspezifische Personenbezeichnungen zu differenzieren. Die gewählte Form schließt grundsätzlich alle Geschlechter gleichberechtigt ein und geschieht aus rein redaktionellen Gründen.