



Strategischer Einkauf im Krankenhaus

Der Einkauf im Spannungsfeld zwischen Klinikleitung und Ärzten
Die Entwicklung vom operativen Abwickler zum strategischen Partner

2. Auflage, September 2016

Inhalt

1	Einleitung	7
2	Der Einkauf in Krankenhäusern	8
	■ Duale Krankenhausfinanzierung	8
	■ Entgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)	9
3	Struktur und Einbindung der Einkaufsabteilung	11
	■ Hierarchien im Klinikum	11
	■ Organisatorische Eingliederung in die Klinikorganisation	11
	■ Abteilungsstruktur	12
	■ Mitarbeiterstruktur und -entwicklung	16
	■ Einkaufsrichtlinie	16
	■ Zukunft des Einkaufs	17
4	Vergaberecht im Einkauf	19
	■ Grundlagen	19
	■ Neue Struktur des Vergaberechts	19
	■ Innovationspartnerschaft	21
	■ Vergaberechtliche Grundprinzipien	21
	■ Besondere Merkmale der Vergabeverfahren	22
	■ Öffentliche Krankenhäuser vs. privat geführte Häuser	22
5	Artikelstandardisierung und Bündelung im Einkauf	24
	■ Bündelung	24
	■ Warengruppenstandards	24
	■ Erfolge schützen	25
6	Messung und Darstellung des Einkaufserfolgs	26
	■ IST-Analyse	26
	■ Voraussetzungen	26
	■ TOP-12-Kennzahlen	26
	■ Darstellung der Einkaufsleistung	29
7	Einkaufsgemeinschaften	31
	■ Hintergrund und Ziele	31
	■ Dienstleistungsportfolio	31
	■ Vor- und Nachteile	32
	■ Arten von Einkaufsgemeinschaften	33
	■ Zukünftige Entwicklung	34
	■ Übersicht überregionaler Kliniken	34
8	Apotheken und Einkauf	35
	■ Anforderung an eine moderne und effiziente Arzneimittelversorgung und Apothekendienstleistung	35
	■ Vor- und Nachteile der Versorgungsformen	39
	■ Zusammenfassung/Ausblick	40

9	E-Procurement	41
	■ Brauchen Krankenhäuser eine Industrie-4.0-Strategie?	41
	■ Studie „Digitalisierung des Einkaufs – Industrie 4.0“	41
	■ Mehr Effizienz im Einkauf: Wie Kliniken mit flexiblen Lösungen ihre Lieferanten besser anbinden	42
	■ Benefit für das gesamte Gesundheitssystem	44
10	Lieferantenmanagement	47
	■ Grundlagen des Lieferantenmanagements	47
	■ Balanced Scorecard als Grundlage für das integrierte Lieferantenmanagement	48
	■ Der Lieferantenmanagement-Kreislauf	49
	■ Strategie	50
	■ Lieferantenmanagement und Vergaberecht	51
11	Krankenhauslogistik	52
	■ Was ist Krankenhauslogistik?	52
	■ Steuerungsinstrumente in der Krankenhauslogistik	52
	■ Anforderungsarten Materialversorgung	52
	■ Vorteile eines einheitlichen Barcodesystems	54
	■ Scannen im Krankenhaus: Transparenz von der Warenannahme bis zur Abrechnung mit der Krankenkasse	54
	■ Case Study: Katholische St.-Johannes Gesellschaft gGmbH	56
	■ Über die Wertschöpfungstiefe der Krankenhauslogistik und den Mut Potenziale nutzbar zu machen	60
12	Dienstleistungseinkauf	64
	■ Make-or-Buy	64
	■ Einkauf von Beratungsleistungen: Ein Überblick	64
	■ Best Practice: Von der Analyse bis zur Umsetzung	67
13	Investitionsgüterbeschaffung	69
	■ Investitionseinkauf	69
	■ Medizintechnik	69
	■ Ersatzbeschaffung	70
	■ Mögliches Vorgehen bei der Beschaffung von Investitionen	70
	■ Investitionen für sofortigen Ertrag	71
14	Materialcontrolling / Benchmarking	75
	■ Benchmarking – Einkauf wird effizienter	76
15	Glossar und Abkürzungsverzeichnis	81
16	Über uns	82
17	Abbildungsverzeichnis	84
18	Impressum	85

Die Vervielfältigung, der Verleih, die Weitergabe sowie jede sonstige Form der Verbreitung oder Veröffentlichung, auch auszugsweise, bedarf der ausdrücklichen Zustimmung des Bundesverbandes Materialwirtschaft, Einkauf und Logistik e.V. (BME).

Anmerkung zum Sprachgebrauch in diesem Leitfaden: Für einen besseren Lesefluss wird die männliche Sprachform als generisches Maskulinum verwendet. Selbstverständlich sind hiermit männliche und weibliche Personen gleichermaßen angesprochen.

Wir danken für Ihr Verständnis.

Quelle Titelbilder: Shutterstock, S. 61: Ilona Becker / Karl Dischinger

Autoren

Leiter BME-Sektionen/Fachgruppen

Matthias Berg



Leiterin BME-Fachgruppe „Einkauf im Krankenhaus“

Susanne Kurz



Gastbeiträge

Judith Richard

Referentin BME-Sektionen/Fachgruppen, Bundesverband Materialwirtschaft, Einkauf und Logistik e.V.

Norbert Fark

Geschäftsbereich Materialwirtschaft, Leiter Abteilung Vergabe- und Vertragsmanagement, Universitätsklinikum Münster

Theresa Ludewig

Kaufmännische Direktion, Strategischer Einkauf, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Kathrin Harnack

Abteilungsleiterin Strategischer Einkauf, Vivantes Service GmbH Berlin

Dirk Lüsebrink

Geschäftsführer, Hospital LogiServe GmbH Berlin

Bernhard Tarras

Referatsleiter Einkauf und Materialwirtschaft, Universitätsklinikum Regensburg

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Bundesverband Materialwirtschaft, Einkauf und Logistik e.V. (BME) verfolgt nachhaltig das Ziel, die Krankenhäuser in Deutschland passgenau bei der Steigerung ihrer Einkaufseffizienz zu unterstützen. Vor diesem Hintergrund hat der BME bereits im Jahr 2009 die Fachgruppe „Einkauf im Krankenhaus“ gegründet, um einen eigenen Beitrag zur Weiterentwicklung der Einkaufsabteilungen der Krankenhäuser zu leisten. Im Rahmen der Fachgruppentreffen erarbeiten Einkaufs-Experten von Kliniken unterschiedlicher Größen und Trägerschaften konkrete Lösungsvorschläge.

Ergebnis der erfolgreichen Fachgruppenarbeit ist die 2. erweiterte Auflage des BME-Leitfadens „Strategischer Einkauf im Krankenhaus“. Neu aufgenommen wurden unter anderem Themen wie E-Procurement, Krankenhauslogistik, Lieferantenmanagement, Medizintechnik, Investitionsgüterbeschaffung, Materialcontrolling und Benchmarking. Übersichtlich unterteilt in verschiedene Kapitel unterstützt der BME-Leitfaden die Beschaffungsverantwortlichen im Krankenhaus bei der täglichen Arbeit. Die BME-Publikation bietet konkrete Handlungsempfehlungen, setzt sich aber auch kritisch mit dem Einkauf im Spannungsfeld zwischen Klinikleitung und Ärzten auseinander.

Unstrittig ist: Die Krankenhäuser stehen derzeit bundesweit angesichts des wachsenden Kostendrucks im deutschen Gesundheitssystem und den daraus resultierenden gesundheitspolitischen Entscheidungen vor großen Herausforderungen. Das Gros der Häuser leidet zudem unter einer stark angespannten Haushalts-situation. Investitionen in zusätzliches Personal werden auch zukünftig daher eher die Ausnahme bleiben.

Unter diesen Rahmenbedingungen ist speziell der Einkauf der Kliniken gefordert, sich intern nicht als operativer Bestellabwickler sondern als strategischer Werttreiber zu positionieren. Neben dem Auf- und Ausbau eines leistungsfähigen Stammdatenmanagements gilt es, eine nahezu lückenlose Transparenz über das täglich genutzte Verbrauchsmaterial herzustellen. Dies kann nur gelingen, wenn der Verbrauch direkt bei den Bedarfsträgern elektronisch erfasst und dadurch Lagerartikel in den Fachbereichen reduziert werden.

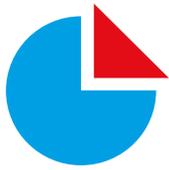
Die Erlössituation der Krankenhäuser verbessert sich zudem beachtlich, wenn der Einkauf jeweils mit den spezifisch besten Lieferanten zusammenarbeitet. Allein die Dienstleistungsbeschaffung bietet hier noch erhebliche Potenziale, die es zu heben gilt. Eine strategische, klar strukturierte Investitionsplanung muss dabei die Basis für sämtliche Einkaufsaktivitäten im Krankenhaus sein. Deswegen ist es auch von eminenter Bedeutung, dass im harten Wettbewerb Aspekten wie Einkaufscontrolling und der Erhebung aussagekräftiger Kennzahlen zukünftig noch stärkere Bedeutung beigemessen wird.

Ich wünsche Ihnen weiterhin viel Erfolg bei der Optimierung Ihrer Beschaffungskonzepte und Aktivitäten.



Dr. Christoph Feldmann
Hauptgeschäftsführer BME e.V.





Gallmann & Schug

Ihre Experten für Prozessoptimierung im Gesundheitswesen

➔ www.gscg.de

✉ info@gscg.de

☎ 0621 - 58 79 07 74



Wir verbinden Medizin und Ökonomie

Die Verknüpfung von medizinischen und ökonomischen Prozessen ist sowohl für den klinischen Ablauf als auch für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit Ihrer klinischen Leistungen unverzichtbar.

Klinische und betriebswirtschaftliche Prozesse in einem Gesamtprozess abzubilden sind ein entscheidender Wettbewerbsvorteil für Kliniken im Gesundheitsmarkt.



Das große Ganze sehen und verstehen

Wir denken, planen und handeln in Prozessen und nicht in Funktionen. Dadurch können wir als externes Bindeglied fungieren, welches die Interessen und Ziele der verschiedenen Stakeholder in Ihrer Klinik berücksichtigt.

Ziel ist es, Einzelprozesse in einen wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Gesamtprozess zu überführen.



Transparenz, Qualität und Sicherheit

Durch eine Optimierung des Prozessdesigns steigern wir die Wertschöpfung Ihrer Ressourcen bei gleichzeitiger Erhöhung der Transparenz, Qualität und Sicherheit der gesamten Prozesskette. Häufig sind gut funktionierende Solitärprozesse nicht mit allen betroffenen Bereichen abgeglichen oder es fehlen notwendige Schnittstellen und Informationen.



Medical Supply Chain Management

Wir erstellen für Sie individuelle IST-Analysen und entwickeln gemeinsam mit Ihnen zukunftsfähige SOLL-Konzepte. So entsteht ein individuelles Medical Supply Chain Management für Ihre Klinik, welches wir gerne mit Ihnen gemeinsam umsetzen: Fallbasierte Materialerfassung von der OP-Planung bis zur automatisierten Nachbestellung bei Ihren Lieferanten.



Mit Blick in die Zukunft

Durch die sich weiter entwickelnde Qualitätssicherung und durch sich verändernde gesetzliche Rahmenbedingungen im Bereich der Arzneimittel und der Medizinprodukte favorisieren wir durchgehende IT-gestützte Prozesse mit entsprechenden Tools.

Nehmen Sie mit uns Kontakt auf. Gerne beantworten wir Ihre Fragen oder nennen Ihnen unsere Referenzen.

1 Einleitung

Was unterscheidet den Einkauf im Krankenhaus von anderen Bereichen und Branchen und warum erfordert das Themenfeld eine gesonderte Betrachtung? Um diese Fragen zu diskutieren und abschließend zu bewerten, gründete der Bundesverband Materialwirtschaft, Einkauf und Logistik e.V. im Jahr 2009 die Fachgruppe „Einkauf im Krankenhaus“. Die Fachgruppe setzt sich aus Einkäufern verschiedenster Krankenhäuser in Bezug auf Bettenzahl und Trägerschaft zusammen. Zusätzlich werden, je nach Themenstellung, externe Experten in den Fachgruppenkreis eingeladen. Seit Beginn soll gemeinsam die Entwicklung des Einkaufs in den Kliniken vorangetrieben werden, um Mandat und Reichweite auszubauen. Zu diesem Zweck werden die Strukturen und Prozesse näher beleuchtet, um Best Practices zu identifizieren und weitere Optimierungspotenziale zu erschließen. Hierfür erfolgt auch regelmäßig ein Abgleich mit Prozessen und Ansätzen aus anderen Branchen und Industrien, ohne jedoch die gesonderten Rahmenbedingungen außen vor zu lassen.

Dieser Leitfaden ist in seiner 2. Auflage ein Ergebnis der bisherigen Fachgruppenarbeit. Er soll einen Einblick in die Besonderheiten des Einkaufs in Krankenhäusern geben und beleuchtet daher verschiedenste Themen und Aspekte. Gleichzeitig dient er jedoch auch als Grundlage für weitere Diskussionen in der Fachgruppe und der interessierten Öffentlichkeit, da die Entwicklung der Einkaufsabteilungen stetig voranschreitet. Sowohl gesundheitspolitische Entscheidungen, der zunehmende Kostendruck im deutschen Gesundheitssystem, fortschreitende Konsolidierungsprozesse, neue Finanzierungskonzepte und zahlreiche Veränderungen werden den Einkauf vor weitere Herausforderungen stellen und bestehende Strukturen in den Kliniken verändern. Die Themenvielfalt wurde in der 2. Auflage dieses Leitfadens deutlich erweitert mit Schwerpunkten wie E-Procurement, Krankenhauslogistik, Lieferantenmanagement, Medizintechnik und Investitionsgüterbeschaffung, Materialcontrolling und Benchmarking, um der Komplexität Rechnung zu tragen und über die behandelten Grundlagen der 1. Auflage aus dem Jahr 2012 hinaus zu gehen.

An dieser Stelle vielen Dank an die engagierten Fachgruppenmitglieder, ohne die dieser Leitfaden nicht zu Stande gekommen wäre.

Ralf Bannwarth	ALB FILS KLINIKEN GmbH Göppingen
Claus Bühler	Klinikverbund Südwest GmbH Sindelfingen
Herbert Egle	UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG
Jörg Eloo	Alexianer Krefeld GmbH
Norbert Fark	Universitätsklinikum Münster
Kathrin Harnack	Vivantes Service GmbH Berlin
Theresa Ludewig	Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorf
Dirk Lüsebrink	Hospital LogiServe GmbH Berlin
Bernhard Tarras	Universitätsklinikum Regensburg

Um die Themenstellungen auch aus Sicht der Dienstleister zu beleuchten, finden Sie mehrere Fachbeiträge mit Praxisbeispielen ausgesuchter innovativer Anbieter, welche farblich hinterlegt hervorgehoben sind.



Der Einkauf in Krankenhäusern

Der Einkauf im Krankenhaus unterliegt einigen Besonderheiten, die eine konkrete Betrachtung im Rahmen dieses Leitfadens und in der alltäglichen Einkaufspraxis rechtfertigen. Dennoch sollte jeder Beschaffer regelmäßig prüfen, welche strukturellen und prozessualen Eigenheiten unumstößlich bzw. wann sie ein Trittbrett zum Schutz vor Veränderungen sind. Denn zahlreiche Protagonisten in den Häusern sehen zumindest die Entscheidungskompetenz im Beschaffungsprozess nach wie vor in ihren Händen. Jene Personen verwenden daher auch einige Anstrengungen darauf, den Einkauf in seiner operativen Rolle als Abwickler zu belassen – und idealerweise räumlich und strukturell im „Keller“. Dies kennen viele Einkäufer aus eigener Erfahrung und zeigt sich auch heute noch in zahlreichen Kliniken.

Doch zu den Eigenheiten: Es gibt Spezifika mit normativem Charakter, wie z.B. die Mehrwertsteuer-Gesetze und das Vergaberecht. Aber auch die Regelungen zur Krankenhausfinanzierung spielen weit in die Beschaffungssituation hinein. Auf der anderen Seite gibt es Besonderheiten, die sich z.B. aus den Marktverhältnissen oder den zu unterstützenden Primärprozessen der Leistungserbringung im Krankenhaus erklären lassen. Gemeinsam ist beiden Arten von spezifischen Merkmalen, dass sie den Einkauf im Krankenhaussektor maßgeblich prägen und weder in der täglichen Arbeit vor Ort noch in der strategischen Ausrichtung ignoriert werden dürfen. Dies ist ein Umstand, der den Einkauf im Klinikbereich deutlich vom klassischen Industrie-einkauf unterscheidet und der individuelle (oder auch adaptierte) Vorgehensweisen und Konzepte verlangt. In diesem Absatz werden einige dieser Besonderheiten – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – kurz ausgeführt und, wo es der Veranschaulichung dient, dem Einkauf im industriellen Bereich gegenübergestellt.

Duale Krankenhausfinanzierung

- I Mit der dualen Finanzierung, die im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) festgeschrieben ist, werden die Investitionen für Einrichtungen im Krankenhausplan durch das jeweilige Land finanziert, während die Verbrauchsgüter und weitere Kostenarten inzwischen weitgehend leistungsorientiert durch Einnahmen aus dem DRG-System (Diagnosis Related Groups) erwirtschaftet werden müssen. Der Verhandlungsspielraum des Einkäufers wird durch diese vorgeschriebene Trennung eingeschränkt.

Kostenart:	Investitionskosten
Finanzierungsform:	Einzelförderung/Pauschalförderung
§§:	KHG und LKHG
Kostenträger:	Bundesländer
Kostenart:	Betriebskosten
Finanzierungsform:	DRG/Fallpauschalen und Erlöse für ambulante Behandlungen
§§:	KHG, BpflV, KHEntgG, SGB V
Kostenträger:	Krankenkassen

Fallpauschale (DRG)

Fallpauschalen sind leistungsorientierte Vergütungspauschalen für diagnosebezogene Fallgruppen, nach denen den Krankenhäusern für die jeweiligen Behandlungsfälle Festbeträge gezahlt werden, unabhängig vom dem im Einzelfall entstehenden Aufwand. Fallpauschalen sind seit 2004 bundesweit für alle Krankenhäuser – mit Ausnahme u.a. der psychiatrischen Krankenhäuser – die verbindliche Abrechnungsgrundlage für die allgemeinen Krankenhausleistungen. Unabhängig davon, ob es sich um gesetzlich oder privat versicherte Patienten handelt, vergüten Fallpauschalen die allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich Unterkunft, Verpflegung sowie vor- und nachstationärer Behandlung. Vom Fallpauschalensystem nicht vergütet werden dagegen Wahlleistungen im Krankenhaus wie Zweibettzimmer oder Chefarztbehandlung.¹

¹ Gabler Versicherungslexikon

Zusatzentgelte

Zusatzentgelte stellen ein Vergütungselement der Krankenhausfinanzierung dar, das additiv zu DRG-Pauschalen abgerechnet werden kann. Über Zusatzentgelte abgebildete Leistungen haben in der Regel keinen Bezug zu spezifischen DRGs, können also bei unterschiedlichen Diagnosen und in Kombination mit anderen Prozeduren erbracht werden. Eine sachgerechte Berücksichtigung im DRG-System würde demnach eine weitere Differenzierung vieler bestehender DRG-Fallgruppen erfordern. Zur Begrenzung der Anzahl der DRG-Fallpauschalen und Steigerung der Transparenz wurde deshalb die gesetzlich vorgesehene Möglichkeit zur Etablierung von Zusatzentgelten genutzt. Zusatzentgelte existieren für Medikamente, Blutprodukte, Implantate, Retransplantationen von Organen sowie Komplexbehandlungen und andere Verfahren wie bspw. Dialyse.

Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

Für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten noch nicht sachgerecht vergütet sind, können weitere fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte vereinbart werden. Wesentliche Voraussetzung zur Kostenerstattung eines NUBs ist die Bestätigung des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus), dass ein NUB tatsächlich neu und nicht im aktuellen DRG-System abgebildet ist. Liegt diese Bestätigung vor, kann das Krankenhaus mit den Kostenträgern über ein gesondertes Entgelt für das NUB verhandeln. Jedes Krankenhaus (nicht jedoch Fachabteilungen, Fachgesellschaften, Hersteller) kann einen solchen Überprüfungsantrag an das InEK stellen. Nur das Krankenhaus, das einen NUB beantragt hat, darf diesen ggf. auch abrechnen.

- I Krankenhäuser sind nach Maßgabe des Umsatzsteuergesetzes (§4, Absatz 14b) nicht berechtigt, Umsatzsteuer für einen großen Teil ihrer Einnahmen zu berechnen. Andererseits ist aber die auf der Lieferantenrechnung ausgewiesene Vorsteuer zu bezahlen. Damit ist im Krankenhaus ein Kostenblock zu tragen, den die Industrie nur als durchlaufenden Posten kennt. Dies hat weitreichende Konsequenzen z.B. für Make-or-Buy-Entscheidungen, für die Strategien der Zusammenarbeit mit Dienstleistungsunternehmen (z.B. Public Private Partnership, Organschaft) und für die Bemühungen, die anzuwendenden Steuersätze einzelner Artikel zu beeinflussen.
- II Krankenhäuser sind nach GWB (Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkung) öffentliche Auftraggeber, wenn sie überwiegend öffentlich finanziert oder beaufsichtigt werden. Damit wird das Vergaberecht anwendbar, das mit seinen in hohem Maße formalisierten Verfahren und Auflagen sowohl den Arbeitsaufwand, als auch die erzielbaren Ergebnisse im Krankenhauseinkauf teils stark beeinflusst. Um vor diesem Hintergrund innovative Produkte und Dienstleistungen zu beschaffen, bedarf es kreativer Ausschreibungen Optionen zuzulassen und gleichzeitig den Vergaberichtlinien zu entsprechen. Ungeachtet dessen sichert die öffentliche Vergabe ein hohes Maß an Transparenz und Prozesssicherheit.
- III Das Medizinproduktegesetz nimmt den Importeur einer Ware sehr stark in die Pflicht und stellt ihn in Haftungsfragen faktisch dem Produzenten gleich. Ein Krankenhaus wird nur in sehr selektiven Ausnahmefällen bereit sein, in diese Rolle zu schlüpfen. In Verbindung mit dem Anspruch der meisten Anwender im Klinikbetrieb (ärztlicher und pflegerischer Dienst), medizinischen und technischen Support durch deutschsprachige Außendienstmitarbeiter des Lieferanten vor Ort in Anspruch nehmen zu können, führt dies dazu, dass der Krankenhauseinkauf fast ausschließlich in Deutschland und auch überwiegend deutschsprachig stattfindet. Auch internationale Konzerne, die in diesem Segment als Hersteller/Lieferanten auftreten, tun dies i.d.R. über deutsche Niederlassungen.
- IV Auch das Arzneimittelgesetz schlägt sich in der internen Organisation des Krankenhauseinkaufs nieder, da bestimmte Produkte i.d.R. in der Krankenhausapotheke direkt eingekauft werden und der Einkauf an dieser Stelle feste Kostenblöcke akzeptieren muss.
- V Die Spannweite der zu beschaffenden Güter ist im Krankenhaus besonders groß. Die Palette reicht von der Haustechnik über Lebensmittel, Textilien, Arzneimittel, Massenware wie Einwegverbrauchsmaterial und hoch spezialisierte Implantate bis zu Investitionsgütern, Energie und Dienstleistungen. In Universitätskliniken sind mehrere 10.000 Artikelstammdaten keine Seltenheit. Der Einkauf kann das Know-how zu diesen vielfältigen Warengruppen auf dem erforderlichen Niveau

nicht allein aufbauen und auf dem aktuellem Stand halten. Er ist dazu auf eine sehr intensive Zusammenarbeit mit den Medizinern und Pflegekräften angewiesen.

- VI Innovationen bei medizinischen Verfahren sind häufig mit der Einführung sehr hochpreisiger Produkte verbunden. Dies führt auf Dauer zu einer Verschiebung hin zu materialintensiveren Prozeduren und zu einem steigenden Sachkostenanteil im Krankenhaus. Trotz des im internationalen Vergleich niedrigen Preisniveaus in Deutschland handelt es sich damit um einen attraktiven Wachstumsmarkt. Dem Einkauf fällt dabei die Rolle zu, den medizinischen Fortschritt mit Blick auf die erzielbaren Erlöse auch wirtschaftlich realisierbar zu gestalten. Stärker als in vielen anderen Bereichen sind dabei nicht nur die Kaufpreise zu fokussieren; insbesondere die Beeinflussung von Verbrauchsmengen und die Produktauswahl rücken in den Vordergrund.
- VII Die Industrie bemüht sich um Alleinstellungsmerkmale und stellt verschiedenste Gütereigenschaften als entscheidend dar. Die Beurteilung der tatsächlichen Maßgeblichkeit erfordert ein sehr spezifisches Fachwissen über verschiedenste medizinische Verfahren. Der Einkäufer muss sich z.B. Produktvergleiche erarbeiten, ohne auf objektive Daten zurückgreifen zu können. Die Offenlegung von Kalkulationsdaten durch die Hersteller ist noch nicht marktüblich. Gleichzeitig führen die Allgemeingültigkeit der Relativgewichte im DRG-System und die öffentliche Zugänglichkeit der Kalkulationsdaten der InEK dazu, dass der Verkäufer in vielen Fällen genau weiß, welche Erlöse das Krankenhaus bei Verwendung des Produktes erzielen kann. Damit herrscht ein Informationsungleichgewicht auf dem Beschaffungsmarkt, das es zu überwinden oder auszugleichen gilt.
- VIII Nicht zuletzt sind auch die operativen und logistischen Aspekte zu betrachten. Der Krankenhausbetrieb stellt höchste Ansprüche an die Verfügbarkeit der Güter. Aufgrund der gegebenen Vielfalt fast ausschließlich verbrauchsorientierter Planungen, beschränkten Lagerkapazitäten und meist dezentraler Feststellung der Bedarfe sind rationelle und zugleich flexible Prozesse erforderlich, sowohl im Krankenhaus selbst als auch in der vorgelagerten Supply Chain. Die Lieferindustrie hat sich darauf eingestellt und bietet häufig sehr kurze Lieferzeiten. Auf die Bereitstellung von E-Business-Services haben sich einige wenige Dienstleister spezialisiert, die ihre Angebote speziell auf die Medizinbranche abgestimmt haben.

Anhand der aufgeführten Beispiele zeigt sich deutlich, dass der Einkauf mit spezifischen Strukturen und dementsprechenden Herausforderungen konfrontiert ist. Daher lassen sich Erkenntnisse und Erfahrungen anderer Einkaufsbereiche nicht per se direkt übertragen. Sicherlich ist jedoch zu prüfen, welche Modelle oder Optimierungsansätze auch in diesem Umfeld zu adäquaten Ergebnissen führen bzw. wie weit diese umsetzbar sind. Neben den aufgeführten Rahmenbedingungen ist insbesondere das spezielle und sich nach wie vor im Wandel befindende Rollenbild innerhalb eines Krankenhauses zu beachten. Sowohl das Mandat als auch die Reichweite des Einkaufs haben sich in den letzten Jahren deutlich verändert und ermöglichen eine zunehmende Einflussnahme. Trotzdem besteht nach wie vor eine spezifische Konstellation zwischen Klinikleitung, Fach- und Oberärzten, dem Einkauf und weiteren Fachbereichen, die bei allen Initiativen und Ansätzen zu beachten ist. Auch die Vergabe von Drittmiteln gehört zu den speziellen Anforderungen eines Krankenhauses und hat maßgeblich Einfluss auf die Durchsetzbarkeit von Einkaufsentscheidungen.

3 Struktur und Einbindung der Einkaufsabteilung

Hierarchien im Klinikum

Die Einbindung des Beschaffungsbereichs im Klinikum hat sich in den letzten Jahren in Abhängigkeit von der Klinikphilosophie und den bestehenden Strukturen mehr oder minder deutlich verändert. In den verbliebenen Häusern wird sich hoffentlich zeitnah ein Wandel zeigen. Die Finanzsituation und die personelle Überlastung sind hierfür enorme Treiber. Idealerweise vollzog sich der Wandel bereits von einer reinen bestellausführenden Einheit in nachgeordneter Hierarchiestufe hin zu einer Abteilung mit wertschöpfenden Aufgaben und direkter Anbindung an die Geschäftsführung bzw. die Klinikleitung.

Eine besondere und teils auch kritische Rolle spielt die Verbindung zum ärztlichen Bereich sowie die Akzeptanz durch diesen. Der Einfluss der medizinischen Leistungsträger auf die Beschaffungsentscheidung ist von zum Teil entscheidender Bedeutung – abhängig von der Struktur und Philosophie des Krankenhauses. Dieser Einfluss war in der Vergangenheit teilweise endgültig und ohne ausreichende Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Kosten. Das resultierte aus der ausschließlichen Fokussierung auf die medizinische Leistungsfähigkeit des Hauses und der damit verbundenen Außenwirkung. Durch die geänderten Rahmenbedingungen in der Vergütung der medizinischen Leistungen durch die Kostenträger wurde diese Sichtweise deutlich zugunsten eines Kosten-/Ertrags-Mixes verschoben, dem sich die medizinischen Leistungsträger auf ärztlicher Seite unterwerfen müssen. An dieser Stelle sollte die Beschaffung ansetzen. Eine professionell aufgestellte Einkaufsabteilung kann hier als Partner des medizinischen Leistungsbereiches einen positiven Ergebnisbeitrag für die einzelnen Kostenträger leisten und somit nachhaltig die finanzielle Situation verbessern. Perfekt unterstützt wird dieser Wandel durch ein internes Anreizsystem (persönliche Bonusregelung im ärztlichen Bereich), welches Kosteneinsparungen und die Zusammenarbeit mit dem Einkauf honoriert.

In abgemilderter Form gilt die vorausgegangene Betrachtung auch für die Zusammenarbeit mit dem pflegerischen Bereich. Hier liegt der Fokus der Unterstützung schwerpunktmäßig in der Erleichterung der täglichen Arbeit des Pflegepersonals durch:

- innovative Bestell- und Abrufsysteme
- Bereitstellung prozessoptimierender Produkte
- eine ausgeklügelte Logistik inkl. eines kostenoptimierten Bestandsmanagements.

Im technischen Bereich wurde durch die Fokussierung auf eine kurzfristige, einzelfallbezogene Bedarfsdeckung das Potenzial zur Kostensenkung ebenfalls nicht in optimalem Maß ausgeschöpft. Die Bedarfsdeckung erfolgte vielfach durch die Fachabteilung. Hierbei konnte kein Optimum bzgl. der kaufmännischen und rechtlichen Fragestellung erreicht werden. Dieser Transformationsprozess ist v.a. im Bereich der privaten Träger sowie einiger innovativer öffentlicher Häuser schon auf einem vergleichbaren Niveau mit der Industrie, bietet allerdings für die nächsten Jahre noch Potenzial zur weiteren Optimierung.

Organisatorische Eingliederung in die Klinikorganisation

Vor dem Hintergrund des in den letzten Jahren massiv gewachsenen Kostendrucks im klinischen Umfeld sowie der steigenden Ertragserwartung der Eigentümer stellt sich vermehrt die Frage nach der optimalen organisatorischen Einordnung des Einkaufs in die Klinikorganisation.

Unzweifelhaft ist die Aufspaltung der Beschaffungstätigkeiten in den Bedarfsträger-Abteilungen (sprich: Kliniken) längst nicht mehr zeitgemäß. Grundlegende Verbesserungen sind aufgrund mangelndem Einkaufs-Know-how, fehlender Ressourcen und geringem strategischem Überblick kaum erschließ- und umsetzbar. Außerdem erfüllt ein Delegieren der Beschaffungsfunktion an ein rein operativ ausgerichtetes Beschaffungsmanagement in der 3. oder 4. Hierarchieebene die aktuellen Anforderungen ebenso wenig.

Bei Betrachtung der Entwicklung in verschiedenen Industriesegmente, aber auch bei privaten Klinikkonzernen und vielen Universitätskliniken zeigt sich eine klare Tendenz zur Einbindung der Einkaufsabteilung direkt unterhalb der Geschäftsführung mit klarem strategischen Fokus und einem Mandat, welches die Beschaffung auf Augenhöhe zu den weiteren Disziplinen bringt.

Aus den oben angesprochenen Entwicklungen kristallisiert sich als Mindestanforderung die nachfolgend aufgezeigte organisatorische Eingliederung heraus:

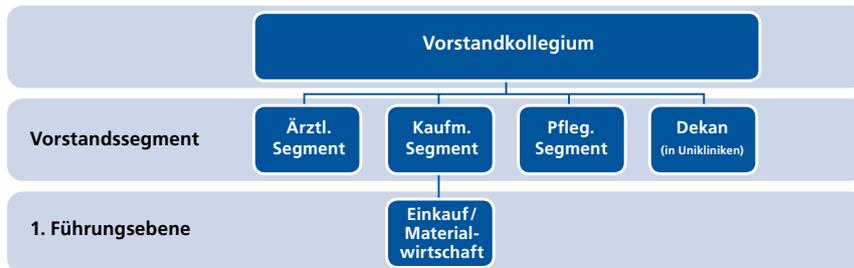


Abbildung 1: Organisatorische Eingliederung

(Die Detailbeschreibung der einzelnen Bereiche in „Einkauf/ Materialwirtschaft“ erfolgt im nachfolgenden Abschnitt.)

Hierdurch ergeben sich bzw. lassen sich folgende Vorteile erschließen:

- Optimierung der Beschaffungskosten
- Optimierung des Deltas zwischen Kosten und Umsatz
- Optimierung des Berichtswesens
- Optimierung der Bestände
- Optimierung der Logistikschnittstellen (Verpackungswirtschaft/Entsorgung)
- Optimierung des Working Capital Tracking
- Optimierung der Lieferbereitschaft (Versorgung)
- Optimierung der Materialqualität/Innovationen
- Optimierung der Lieferantenbeziehung
- Optimierung der Organisation/Effizienz
- Reduzierung des Maverick Buyings
- Reduzierung von Prozesseffizienzen

Abteilungsstruktur

Bei einer näheren Betrachtung der Warengruppenstruktur einzelner Häuser und Träger zeigte sich ein höchst unterschiedliches Bild in Bezug auf die Aufgabenschwerpunkte und die Tätigkeitsfelder der Einkaufsabteilungen. Diese divergierende Aufstellung oder aktuelle Situation zeigt sich auch in den vorherrschenden Einkaufsstrukturen.

Der Best-Practice-Ansatz aus dem vorhergehenden Abschnitt sowie die darin geschilderten Herausforderungen für die Zukunft legen – auch mit einem Seitenblick auf Entwicklungen im industriellen Umfeld der letzten Jahre – eine zentrale Einkaufsstruktur nahe.



Abbildung 2: Zentrale Einkaufsstruktur

Die Struktur der zentralen Beschaffung soll hierbei folgende Ziele und Ansprüche der Fachabteilungen und des Einkaufs befriedigen.

Sicht der Anwender:

- Steigerung des Servicegrades für die Anwender
- Steigerung der (internen) Kundenzufriedenheit
- Feste Ansprechpartner für die internen Kunden
- Verbesserte Erreichbarkeit
- Auftragsbearbeitung aus einer Hand
- Hospitationen in den Bereichen

Sicht der Beschaffung:

- Steigerung der Akzeptanz
- Klare Strukturen und Aufgabengebiete
- Auftragsbearbeitung aus einer Hand (höhere Zufriedenheit der Mitarbeiter)
- Größere Verantwortung
- Motivationssteigerung
- Steigerung der Produktkenntnisse
- Verbesserte Kenntnisse klinikinterner Strukturen
- Höhere Identifikation mit dem Tätigkeitsbereich
- Hospitationen in den Bereichen

Die nunmehr zentralisierte Beschaffung untergliedert sich in die folgenden Bereiche:

- Investitionsmanagement
- Operatives Beschaffungsmanagement
- Strategisches Beschaffungsmanagement
- Logistik

(Auch wenn die Problematik des Investitionsmanagements ein Themengebiet des strategischen Einkaufs ist, sollte dem hohen Volumen und der hieraus resultierenden Bedeutung Rechnung getragen und Ressourcen alleine für den Investitionseinkauf zur Verfügung gestellt werden).

Die Kernaufgaben des **strategischen Beschaffungsmanagements**, welches nach Warengruppen strukturiert ist, liegen im Bereich der längerfristigen und sich nicht stetig wiederholenden Beschaffungsprozesse.

Dies umfasst folgende Eckpunkte:

- Aufbau einer Einkaufs- und Warengruppenstrategie
- Weiterentwicklung E-Procurement
- Kostenoptimierung/Erschließung sämtlicher Einsparpotenziale
- Lieferantenmanagement
 - Auswahl von Lieferanten
 - Verhandlung und Abschluss von Rahmenverträgen mit Lieferanten
 - Lieferantenbündelung
 - Überwachen der Vereinbarungen mit den Lieferanten
 - Aufbau und Pflege von Lieferantenbewertung und Lieferantenaudits
- Informationsbereitstellung für operatives Beschaffungsmanagement
 - Beratung und Abstimmung mit den Anwendern
 - Produktberatung
 - Definition der Stammdatensystematik
- Abstimmung mit dem Controlling bzgl. hochwertiger Produkte

- NUB-Anträge (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)
- Aufbau Einkaufscontrolling und Reportingroutine an die Klinikleitung
- Vorbereitung und Durchführung von Vergabeverfahren in Abstimmung mit dem Investitionsmanagement
- Konsignationslagervereinbarungen
- Management spezifischer Warengruppen (Gase, Medizintechnik, etc.)
- Weiterführende Reklamationsbearbeitung insb. bei Alternativlieferungen
- Allgemeine Prozessoptimierung

Das operative Beschaffungsmanagement ist traditionell personell am stärksten aufgestellt. Organisatorisch bieten sich zwei Philosophien an:

Ansatz 1 – Kundenorientierung

Alle Untergruppen haben eine unterschiedliche Kostenstellenverantwortlichkeit, d.h. die verschiedenen Häuser/Kliniken haben jeweils konkrete Ansprechpartner für ihre Beschaffungsbedarfe, was die Kommunikation zwischen den Fachabteilungen/Kliniken und dem Einkauf deutlich verbessert. Auch wenn der Einkäufer alle Bedarfe eines Hauses abdecken muss und somit das warengruppenspezifische Wissen nicht so ausgeprägt ist, findet eine Professionalisierung des Einkäufers statt, da er zunehmend die Bedarfe und Wünsche der jeweiligen Fachabteilungen verinnerlicht.

Abteilungsleitung OPERATIVE BESCHAFFUNG Kostenstellensupport, Planung, Koordinierung/Steuerung, Unterstützung Teams, Leitung Stammdatenabstimmung			
Team A	Team B für Klinik 1-5	Team C für Klinik 6-10 & Fachabt. A-C	Team D für Fachabt. D-E & Klinik 11-14
Kernaufgaben	Kernaufgaben	Kernaufgaben	Kernaufgaben
Anlage/Pflege der Stammdaten	KST-bezogene Betreuung	KST-bezogene Betreuung	KST-bezogene Betreuung
Rechnungsbearbeitung	Informationen von Standardprodukten	Informationen von Standardprodukten	Informationen von Standardprodukten
Einkaufsbezogene SRM Fachbetreuung	Auftragsabwicklung	Auftragsabwicklung	Auftragsabwicklung
EDV Beschaffungen zentral	Abrufaufträge	Abrufaufträge	Abrufaufträge
	Lieferterminverfolgung	Lieferterminverfolgung	Lieferterminverfolgung
	Reklamationen	Reklamationen	Reklamationen
	Retouren über SAP	Retouren über SAP	Retouren über SAP
Springerfunktion für Team B, C, D	Umbuchungen	Umbuchungen	Umbuchungen

Abbildung 3: Kundenorientierte operative Beschaffung

Ansatz 2 – Warengruppenorientierung

Dieser Ansatz hat insbesondere den Vorteil, dass der Einkäufer zügig entsprechendes Know-how in Bezug auf die jeweiligen Warengruppen aufbaut. Dem gegenüber steht jedoch der Umstand, dass die Fachabteilungen verschiedene Ansprechpartner auf Seiten des Einkaufs vorfinden.

Abteilungsleitung OPERATIVE BESCHAFFUNG Warengruppenmanagement			
Team A	Team B	Team C	Team D
Zentrale Abstimmung mit „strategischem BM“	Warengruppe 1	Warengruppe 6	Warengruppe 11
Erfassung von Kennzahlen	Warengruppe 2	Warengruppe 7	Warengruppe 12
Stammdaten	Warengruppe 3	Warengruppe 8	Warengruppe 13
Rechnungsbearbeitung	Warengruppe 4	Warengruppe 9	Warengruppe 14
SRM Fachbetreuung	Warengruppe 5		Warengruppe 15
			Warengruppe 16
Springerfunktion für Team B, C, D	Umbuchungen	Umbuchungen	Umbuchungen

Abbildung 4: Warengruppenorientierte operative Beschaffung

Team A

- Stammdaten
- Rechnungsbearbeitung
 - Kontrolle der Rechnungsrückläufe aus der zentralen Rechnungsstelle
 - Nacherfassungen von Eigenbestellungen
 - Erfassung von Kennzahlen im Rahmen von RE-Prüfung und -Bearbeitung
- SRM Fachbetreuung
 - Zusammenarbeit mit IT-Fachabteilung
 - Testung des SRM Systems
 - Schulung und Betreuung der Mitarbeiter der Beschaffung
 - tieferegehende Beratung der Anwender

Team B/Team C/Team D

Zugeordnete Bereiche – unternehmensspezifisch (Warengruppen/Fachabteilungen/Technik)

Zusammenfassung: Beide Ansätze weisen Vorteile auf, woraus sicherlich der Anspruch entstehen kann, beides in einer Struktur zu verinnerlichen. Ungeachtet dessen ist die Entscheidung abhängig von den gesetzten Zielen und Ansprüchen und auch eine Frage der Unternehmenspolitik.

Letztlich liegen die Kernaufgaben des **Investitionsmanagements** in den folgenden Bereichen:

- Aufbau einer strategischen Investitionsplanung
- Beratung bei Investitionsvorhaben
- Großgeräteverfahren
- Investitionsabwicklung (ab 5 T€ Einzelwert)
- Abwicklung Investitionen Dekanat
- Vergabeverfahren (Ausschreibungen)

- Einrichtung Neubauten/Ersteinrichtungen
- Langfristige Mittelplanung
- Vertragsentwicklung (so z.B. bei Wartungs-/Dienstleistungsverträgen)
- Vertragsdatenbank

Das Aufgabengebiet der **Logistik** muss bei einer konsequenten Ausrichtung des Beschaffungsbereichs im Sinne eines SCM (Supply Chain Management) in diesem Bereich angesiedelt werden. Nur so ist es möglich, die Anforderungen der Kundenbereiche Ärzte/Pflege/Technik/Verwaltung im Rahmen der neuen Aufgabenstellung konsequent auf eine durchgängige Kundenfokussierung auszurichten und kostenoptimiert abzuwickeln.

Die Erbringung der logistischen Dienstleistung muss nicht durch eigene Mitarbeiter erfolgen. Die Vergabe an einen professionellen Dienstleister sollte intensiv geprüft werden. Generelle Erfahrungen mit der Vergabe sowohl im privaten als auch im öffentlichen Umfeld sind bei den Dienstleistern vorauszusetzen.

Beim Verbleib der Logistikleistung im eigenen Haus ist eine konsequente Weiterentwicklung und Schulung des Mitarbeiterstamms zu planen und durchzuführen.

Mitarbeiterstruktur und -entwicklung

Die oben dargestellte Aufteilung in strategischen und operativen Einkauf ermöglicht Mitarbeitern mit Potenzial und Interesse bzw. High-Potenzials eine adäquate Beschäftigung und Förderung ihrer Fähigkeiten.

In Häusern mit Vergütungssystemen der öffentlichen Hand besteht vielfach die Schwierigkeit, hochqualifizierte Mitarbeiter für neue Aufgaben zu finden bzw. auf Dauer zu halten. Gleichzeitig müssen die vorhandenen Mitarbeiter Schritt für Schritt an die neuen Herausforderungen herangeführt und hierfür im Rahmen ihrer Potenziale qualifiziert werden.

Basis dafür muss eine Potenzialanalyse im Rahmen regelmäßiger Mitarbeitergespräche schaffen. Hierbei sollten die Entwicklungsinteressen des jeweiligen Mitarbeiters ausgelotet und in die Bedarfsstruktur eingeordnet werden. Auf Basis dieser Potenzialanalyse wird ein Weiterentwicklungs- und Schulungsplan für alle Mitarbeiter entworfen, der vor Verabschiedung nochmals in Einzelgesprächen mit allen Beteiligten abgestimmt wird. In diesem gesamten Prozess ist eine Abstimmung mit der Personalvertretung und der Personalabteilung unabdingbar.

Einkaufsrichtlinie

Voraussetzung für die zunehmende Optimierung des Einkaufs ist eine klare Kommunikation der Aufgaben und Regeln des Beschaffungsmanagements an alle internen (Abteilungsmitarbeiter) und externen (ärztliches und pflegerisches Personal, Verwaltungsabteilungen, Zertifizierungsstellen, Wirtschaftsprüfer) Stakeholder.

Hierfür ist die Veröffentlichung einer Einkaufsrichtlinie durch die Einkaufsabteilung zusammen mit dem Top-Management aus Warengruppe, Pflege und Verwaltung notwendig. Diese Einkaufsrichtlinie erlangt somit Gültigkeit für alle Mitarbeiter des Hauses.

Zielsetzung:

- Grundlage für weitere Optimierung des Einkaufs
- Geschäftsführung verpflichtet sich zur Umsetzung
- Klare Kommunikation der Prozesse und Verantwortlichkeiten
- Klare Kommunikation von Konsequenzen
- Sicherung des Einkaufsmandats
- Sicherstellung der Versorgung
- Definition des angemessenen Qualitätslevels
- Fokus auf Kostenkontrolle
- Unterbindung des Maverick Buyings durch Prozesstransparenz

Vorteile

- Erlangung von Prozesssicherheit und -treue über die verschiedenen Fachabteilungen hinweg
- Erlangung einer Grundlage für geeignetes Daten- und Informationsmanagement

Nachteile

- Gefahr komplizierter, umfangreicher Strukturen (Unübersichtlichkeit)
- Laufende Anpassung und Optimierung notwendig, um Markt- oder Gesetzesänderungen gerecht zu werden

Die Einkaufsrichtlinie hat den Zweck, die Beschaffungswege für die Bereitstellung sämtlicher Materialien und Dienstleistungen aufzuzeigen sowie die damit verbundenen Verantwortlichkeiten in Bezug auf alle Organisationseinheiten zu definieren.

Aufbau und Bestandteile einer Einkaufsrichtlinie

(abhängig von Größe und Rechtskonstrukt)

- Zielsetzung (unter Einbeziehung des „Code of Conduct“)
- Gültigkeit
- Begriffsdefinitionen
- Zuständigkeiten (Abgrenzung, Fachabteilungen, Prozesszuständigkeit, Kommunikationsregeln)
- Verweis zu den Vertragsarten
- Vergabeverfahren (Konsequenzen für die Praxis)
- Sanktionen bei Missachtung der Richtlinien
- Qualitätsmanagement
- Prozessdarstellung im Anhang

Eine allgemeine Muster-Einkaufsrichtlinie finden Sie am Ende des Leitfadens. Bitte beachten Sie, dass dies „nur“ ein allgemeiner Vorschlag für eine Einkaufsrichtlinie ist und lediglich als Gerüst für eine individuelle, praktisch um- und durchsetzbare Einkaufsrichtlinie dienen soll.

Zukunft des Einkaufs

Die weitere Entwicklung des Einkaufs in den Warengruppen wird maßgebend von den eingesetzten Ressourcen und der jeweiligen Unternehmensphilosophie bestimmt sein, denn der systematische Aufbau einer zentralen Beschaffung mit strategischen und operativen Einkäufern verlangt eine entsprechende Personalpolitik.

Hierbei gilt es, sowohl bestehende Mitarbeiter durch Schulungen und Zusatzqualifikationen auf die neuerlichen Aufgaben und Anforderungen vorzubereiten, als auch neue qualifizierte Mitarbeiter mit entsprechenden Anreizen und Perspektiven für den Einkauf zu begeistern. Es bedarf jedoch des Bewusstseins, dass zunehmende Einsparpotenziale nur mit einem Mehr an adäquaten Mitarbeitern und damit verbundenen Investitionen in den Einkauf erschlossen werden können.

In diesem Kontext ist vor allem auch auf den häufigen Irrglauben hinzuweisen, dass die Implementierung von E-Procurement-Tools zur Einsparung von Ressourcen im Einkauf führt. Es bewirkt vielmehr eine Verlagerung der Ressourcen auf andere Aufgaben und Potenziale.

Insgesamt muss der Einkauf intern als fachliches Kompetenzzentrum für den Bereich der kaufmännischen Abwicklung fungieren und auftreten. Er muss sich aber auch bewusst sein, dass er nie die themenspezifische Kompetenz einer Fachabteilung ersetzen kann. Der Einkäufer übernimmt die Rolle des Moderators zwischen verschiedensten Fachabteilungen, Dienstleistern und Lieferanten. Er optimiert und steuert die gesamte Supply Chain oder besser den gesamten Beschaffungsprozess von der Bedarfsentstehung bis hin zur Abrechnung.

Hierzu müssen alle Prozesse in den Häusern transparent für die betreffenden Personen gestaltet werden, um die verschiedenen Abteilungen frühzeitig einzubinden und die teils unterschiedlichen Interessen zu vereinbaren.

Eckpunkte

- Einsparpotenziale durch zunehmende Integration verschiedenster Prozesse
- Trennung von Tagesgeschäft und Strategie (Bündelung der Ressourcen)
- Professionalisierung der Einkäufer gemäß der unterschiedlichen Anforderungen
- Klares Mandat wird benötigt
- Kompetenzgerangel zwischen Fachbereichen und dem Einkauf vermeiden
- Hoher Bedarf an strukturellen Kenntnissen
- Bedarf entsprechender Potenziale und Fähigkeiten (insbesondere bei Aufbau und Umsetzung eines strategischen Einkaufs)
- Schulungs- und Fortbildungsbedarf (bei häufig zu niedrigem Ausbildungsgrad)

4 Vergaberecht im Einkauf

Grundlagen

Auch nach der sog. Vergaberechtsreform wird das neue Vergaberecht nicht einfacher. Es ist nach wie vor ein sehr komplexes juristisches Fachgebiet. An dieser Stelle soll keine Bewertung oder fachliche Diskussion vorgenommen werden, es wird nur versucht, einige wichtige Eckpunkte im öffentlichen Vergaberecht darzustellen, da Krankenhäuser als juristische Personen des öffentlichen Rechts dem Vergaberecht unterliegen.

Der 18. April 2016 war der Stichtag für die größte Vergaberechtsreform der letzten Jahre. Für alle Verfahren oberhalb der EU-Schwellenwerte gelten eine Fülle neuer und geänderter Vorschriften sowohl inhaltlicher, als auch struktureller Art.

Das Reformpaket setzt sich zusammen aus dem Gesetz zur Modernisierung des Vergaberechts vom 17. Februar 2016 mit der Überarbeitung des vierten Teils des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) und der Mantelverordnung zur Modernisierung des Vergaberechts vom 12. April 2016, u.a. mit Änderung der Vergabeverordnung (VgV).

Ab dem 18. April 2016 gilt es also, die umfangreichen Änderungen in der Vergabepaxis rechtssicher anzuwenden. Insgesamt sollen die Vergabeverfahren durch die Reform effizienter und flexibler gestaltet werden können.

Neue Struktur des Vergaberechts

Das Vergaberecht hat eine völlig neue Struktur erhalten:

Oberhalb der EU-Schwellenwerte werden die wesentlichen Aspekte für alle Vergaben auf einer ersten Stufe im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) geregelt. Hierdurch wurde der 4. Teil des GWB auf ca. 190 Normen ausgeweitet.

Auf einer zweiten Stufe unterhalb des GWB gibt es fünf Vergabeverordnungen mit konkreten Regeln zum Vergabeverfahren.

- In der allgemeinen Vergabeverordnung (VgV) sind VOL/A (Vergabe- und Vertragsordnung – 2. Abschnitt) oberhalb der EU-Schwellenwerte und die VOF (Vergabeordnung für freiberufliche Leistungen) integriert worden.
- Die Struktur der VgV folgt dem üblichen Ablauf eines Vergabeverfahrens.

Weitere Verordnungen sind

- Sektorenverordnung (SektVO)
- Verordnung in den Bereichen Verteidigung/Sicherheit (VSVgV)
- Verordnung über die erstmalig vergaberechtlich erfasste (Dienstleistungs-) Konzessionsvergabe (KVO)
- fortbestehende Vergabe und Vertragsordnung für Bauleistungen (VOB/A).

Eine Anpassung des **Unterschwellenrechts** ist von der Bundesregierung erst zu einem späteren Zeitpunkt vorgesehen. Das hat zur Folge, dass für das Massengeschäft der Beschaffungen unterhalb der EU-Schellenwerte auch weiter die VOL/A (1. Abschnitt) gilt.

Innovation durch elektronische Kommunikation

Um das Vergabeverfahren grundsätzlich kostengünstiger und manipulationsfreier zu gestalten und abzuwickeln, ist mit der Vergaberechtsreform die Pflicht zur elektronischen Kommunikation und der elektronischen Angebotsabgabe geregelt worden.

Ab 18. April 2016 besteht für öffentliche Auftraggeber die Pflicht, den Unternehmen unentgeltlich, uneingeschränkt und vollständig den Zugang zu den Vergabeunterlagen mit Hilfe elektronischer Kommunikationsmitteln zu ermöglichen und eine elektronische Bekanntmachung EU-weit vorzunehmen.

Bis 18. Oktober 2018 besteht die Verpflichtung der Einführung einer umfassenden Nutzung elektronischer Mittel bei der Kommunikation für alle öffentlichen Auftraggeber.

Änderungen bei den Verfahrensarten

Nach alter Rechtslage standen den öffentlichen Auftraggebern bei EU-weiten Vergabeverfahren folgende Vergabearten zur Verfügung:

- Offenes Verfahren
- Nichtoffenes Verfahren
- Verhandlungsverfahren (mit und ohne Teilnahmewettbewerb)
- Wettbewerblicher Dialog.

Die vier Vergabearten standen grundsätzlich nicht zur freien Auswahl – hier bestand ein hierarchisches Stufenverhältnis. Vorrang hatte grundsätzlich das offene Verfahren. Nur bei Vorliegen eines Ausnahmestatusbestands (kritische und sehr enge Auslegung in jedem Einzelfall erforderlich!) konnte eine andere Vergabeart gewählt werden.

Durch die Vergaberechtsreform wurden die Verfahrensarten nunmehr um die sog. „Innovationspartnerschaft“ erweitert (siehe unten).

Eine wesentliche Neuerung ist auch der „Gleichrang von offenem und nicht offenem Verfahren“. Die Auswahl steht den öffentlichen Auftraggebern nach ihrem Ermessen zur Verfügung. Zu beachten ist hierbei jedoch, dass beim nicht offenen Verfahren stets die Durchführung eines Teilnahmewettbewerbs mit europaweiter Bekanntmachung vorauszusetzen ist. Wettbewerb und Publizität sollen dadurch beibehalten werden.

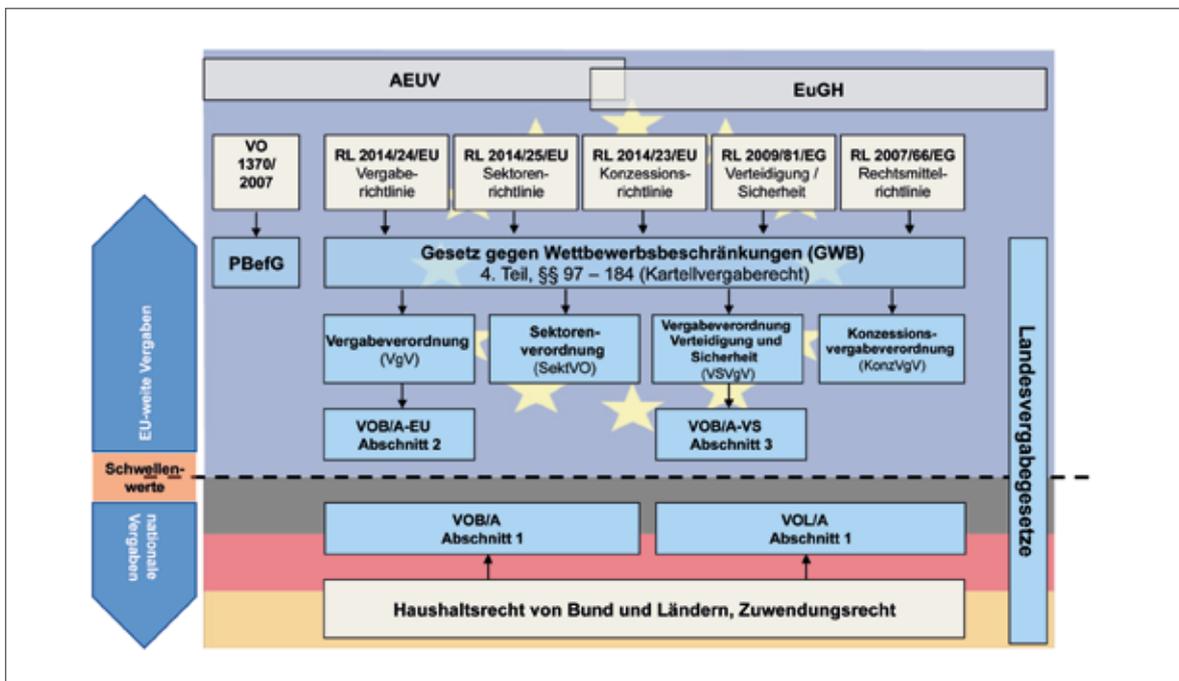


Abbildung 5: Die neue Struktur des Vergaberechts²

² Rechten, Stephan, Rechtsanwalt: Newsletter 2016 Vergaberecht, BEITEN BURKHARDT Rechtsanwaltsgesellschaft mbH

Innovationspartnerschaft

Für den öffentlichen Auftragnehmer besteht die Möglichkeit, eine Innovationspartnerschaft mit dem Ziel der Entwicklung einer innovativen Liefer- oder Dienstleistung und deren anschließenden Erwerb einzugehen. Voraussetzung dafür ist, dass der Bedarf nicht durch eine bereits auf dem Markt verfügbare Liefer- oder Dienstleistung befriedigt werden kann.

Im Rahmen eines Teilnahmewettbewerbs wird eine unbeschränkte Anzahl von Unternehmen öffentlich zur Abgabe von Teilnahmeanträgen aufgefordert. Jedes interessierte Unternehmen kann einen Teilnahmeantrag abgeben.

Auch hier können nur diejenigen Unternehmen, die vom öffentlichen Auftraggeber nach Prüfung der übermittelten Informationen dazu aufgefordert werden, ein Angebot in Form von Forschungs- und Innovationsprojekten einreichen.

Vergaberechtliche Grundprinzipien

Öffentliche Aufträge und Konzessionen sind im Wettbewerb und in transparenten Verfahren zu vergeben. Dabei sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Verhältnismäßigkeit zu wahren. Dieser Grundsatz bei der Vergabe öffentlicher Aufträge ist im ersten Paragraphen des 4. Teils des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) – Kapitel 1: „Vergabeverfahren“ festgehalten.

Grundsätze, die für einen fairen Wettbewerb stehen:

- Vergabe im Wettbewerb
Ziel dieses Prinzips ist es, durch Sicherstellung eines umfassenden Wettbewerbs in allen Phasen des Beschaffungsvorganges eine möglichst kostengünstige Beschaffung zu gewährleisten. Daneben soll auch eine Förderung und Stärkung der Wirtschaft erfolgen und zudem sind alle beschränkenden oder diskriminierenden Maßnahmen unzulässig.
- Gebot der Gleichbehandlung und Diskriminierungsverbot
Dieses Grundprinzip bedeutet, dass allen Marktteilnehmern die gleichen Chancen eingeräumt werden müssen. Bevorzugung jeglicher Art ist unzulässig.
- Transparentgebot
Alle Schritte und Entscheidungen des Vergabeverfahrens sind nachvollziehbar zu dokumentieren.
- Prinzip der Wirtschaftlichkeit
Der Zuschlag darf nur auf das wirtschaftlichste Angebot erteilt werden. Dabei spielt der Preis sicherlich eine besondere Rolle, ist jedoch i.d.R. nicht das alleinige Entscheidungskriterium.
- Vergabe an geeignete Unternehmen
Öffentliche Auftraggeber sollen Aufträge grundsätzlich nur an geeignete Unternehmen vergeben. Die Eignung der Unternehmen wird gemessen an der Leistungsfähigkeit, der Fachkunde und Zuverlässigkeit. (Hierzu später weitere Ausführungen.)
- Berücksichtigung mittelständischer Interessen
Öffentliche Auftraggeber sind verpflichtet, mittelständische Interessen bei der Vergabe öffentlicher Aufträge vornehmlich zu berücksichtigen. Grundsätzlich sind die Leistungen in sogenannten Teillosen und getrennt nach Art oder Fachgebiet (so genannte Fachlose) zu vergeben.

Besondere Merkmale der Vergabeverfahren

Bewertung der Angebote

Die Bewertung hat zum Ziel, sowohl die Einhaltung formaler Kriterien zu prüfen, als auch das wirtschaftlichste Angebot zu ermitteln. Die Bewertung von Angeboten ist in vier Wertungsstufen unterteilt:

- **Formale Prüfung**
Hier erfolgt die formale Prüfung der Angebote, in der z.B. das Vorhandensein aller wesentlichen Preisangaben und der Unterschriften in den Unterlagen enthalten ist.
- **Eignungsprüfung**
Mit der Eignungsprüfung wird überprüft, ob der Bewerber oder Bieter die zur Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen notwendige Fachkunde, Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit nachweisen kann. Nach dieser Prüfung darf die Eignung nicht nochmals abgeprüft bzw. bewertet werden.
- **Prüfung der Angemessenheit der Preise**
Wenn eine solche Prüfung der Preise ergibt, dass ein Missverhältnis zwischen Preis und Leistung anzunehmen ist, dann ist das betreffende Angebot von der weiteren Wertung auszuschließen.
- **Ermittlung des wirtschaftlichsten Angebotes**
Hier werden die Angebote hinsichtlich der Leistung und des Preises anhand der vorab erstellten Bewertungsmatrix begutachtet.

Zuwendungen und Vergaberecht

Zuwendungsbescheide können Zuwendungsempfänger verpflichten, besondere Vergabeverfahren durchführen zu müssen. Bei Vergabefehlern besteht auch nach Abschluss des Vergabeverfahrens noch das Risiko der Rückforderung von Zuwendungsmitteln. Eine rechtssichere Durchführung von Vergabeverfahren ist für Zuwendungsempfänger deshalb von entscheidender Bedeutung.

Die Verpflichtung des öffentlichen Zuwendungsempfängers zur Anwendung des Vergaberechts ergibt sich aus dem jeweiligen Zuwendungsbescheid, in der Regel, je nach Art der Förderung, aus den Allgemeinen Nebenbestimmungen für die Projektförderung (AN-Best-P).

In vielen Bundesländern ist in Erlassen geregelt, welche Verstöße als sog. schwere Verstöße gegen das Vergaberecht anzusehen sind, die zu einer möglichen Rückforderung der Zuführung führen können.

Unterhalb der EU-Schwellenwerte gelten je nach Bundesland spezifische Regelungen, die stark unterschiedlich ausgeprägt sein können. Oberhalb der Schwellenwerte gelten einheitlich die EU-Vorgaben, die in nationales Recht umgesetzt wurden.

Öffentliche Krankenhäuser vs. privat geführte Häuser

Ursprünglich wird mit dem Vergaberecht das Ziel verfolgt, die Grundsätze der Sparsamkeit, der Wirtschaftlichkeit und der gesicherten Deckung einzuhalten. Das ist insbesondere dann nötig, wenn ein öffentlicher Auftraggeber nicht leistungsorientiert entgolten wird und selbst nicht im Wettbewerb steht.

In vielerlei Hinsicht unterscheidet sich das Krankenhaus von der typischen öffentlichen Gebietskörperschaft oder Verwaltung:

- Das Krankenhaus erbringt marktfähige, bewertbare Leistungen. Es kann und muss daher dem Wirtschaftlichkeitsgedanken selbst Rechnung tragen, um seinen Bestand zu sichern.
- Das Krankenhaus öffentlichen Rechts steht im Wettbewerb mit privaten Einrichtungen, die gleiche Entgelte erzielen können ohne an das Vergaberecht gebunden zu sein. Dies kann auch als gesetzlich vorgeschriebene Wettbewerbsverzerrung interpretiert werden.
- Im Krankenhaus trägt der Arzt die letzte medizinische und ethische Verantwortung gegenüber seinem Patienten. Er ist deshalb auch in der Material- und Methodenwahl nicht vollständig fremdbestimmbar.

- Die neutrale und bewertbare Bestimmung von Produkteigenschaften stößt im medizinischen Bereich oft an die Grenzen des sinnvoll Machbaren.
- Die in den einzelnen Vergabeverfahren einzuhaltenden Fristen erschweren ein wirtschaftliches und innovatives Verhalten.
- Für medizinisch (annähernd) vergleichbare Produkte steht der Vergabestelle im Medizinproduktebereich häufig auf Anbieterseite ein Oligopol gegenüber. In dieser Konstellation führen die vorgeschriebenen Verfahren häufig nicht zum wirtschaftlichsten Preis. Im Einzelfall ist das aber kaum nachweisbar, weil weder vorher Anfragen ohne Vergabeabsicht noch Nachverhandlungen zulässig sind.

In bestimmten Fällen kann das Krankenhaus von der Anwendung des Vergaberechts auch wirtschaftlich profitieren:

- Wenn im Commodity-Bereich durch die Vergabe an einen Lieferanten eine Produktstandardisierung im Haus erzwungen werden kann, die sonst nicht durchsetzbar wäre.
- Wenn in Segmenten mit mäßigem Wert aber großer Artikel- und Lieferantenzahl ein gutes (nicht unbedingt das beste) Ergebnis erzielt werden soll, um Ressourcen für andere Projekte freizusetzen.

Als wichtiges Indiz für die Zweckmäßigkeit des Vergaberechts im wettbewerblichen Umfeld mag gelten, dass im privatwirtschaftlichen industriellen Sektor, der die Verfahren des Vergaberechts in gleicher Weise anwenden könnte, dies häufig nicht stattfindet. Priorität haben dort, je nach Zweckmäßigkeit, Verhandlungsverfahren, Systempartnerschaften oder auch (elektronische) Ausschreibungen, dann aber nach eigenen Regeln.



Artikelstandardisierung und Bündelung im Einkauf

Die Produktstandardisierung und Bündelung hat mit der Professionalisierung der Einkaufsabteilungen im Krankenhaus längst Einzug gehalten und ist Tagesgeschäft für den strategischen Einkauf. Dennoch sind bei der Umsetzung einige Hindernisse zu meistern und nicht immer stellt sich ein erhoffter Vorteil unmittelbar ein, da der Nutzen unterschiedliche Ausprägungen haben kann oder gar Folgeaufwände nicht hinreichend berücksichtigt wurden.

Bündelung

Die Bündelung verfolgt hierbei den Zweck, ein möglichst hohes Einkaufsvolumen gegenüber den Lieferanten zu adressieren, um über Mengeneffekte positive Auswirkungen auf die Preisgestaltung zu erzielen. Dies kann auf Organisationsebene erfolgen, indem sich Krankenhausstandorte zu einem Verbund organisieren und das Beschaffungsvolumen über eine gemeinsame Einkaufsabteilung konzentrieren. Jener Ansatz klingt zunächst praktikabel, doch gilt es hierbei folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Auf welche Produktstandards kann man sich zwischen den Häusern einigen?
- Gibt es eine Wettbewerbssituation zwischen den Häusern?
- Wer stellt personelle Ressourcen für die Umsetzung zur Verfügung?
- Werden Konditionsvorteile mengenabhängig oder nicht gewichtet verteilt?
- Wie geht man mit Mehr- oder Mindermengen um?
- Wer sind die Ansprech- und Vertragspartner?
- Wie werden Abrufe, Reklamationen und Rückrufe behandelt?

Diese und weitere Fragen sollten umfänglich und frühzeitig geklärt werden, bevor es zu gemeinsamen Aktivitäten kommt.

Alternativ kann sich ein Krankenhaus einer Einkaufsgemeinschaft zum Zwecke der Volumenbündelung anschließen. Hierzu sind sämtliche Aspekte im Kapitel sieben zu finden.

Beide Vorgehensweisen bergen ein nicht unerhebliches Risiko. Per se sind größere Beschaffungsvolumina nicht immer ein Garant für bessere Konditionen. Größere Volumina können zu einer geringeren Anbieterzahl, somit zu reduziertem Wettbewerb und somit unter Umständen auch zu höheren Kosten führen. Zu beachten sind auch erhöhte prozessuale Aufwände für die Abstimmung neuer Verträge, die Auswahl einer Einkaufsgemeinschaft und den Beitritt.

Warengruppenstandards

Auf Warengruppenebene können durch eine einheitliche, strategische Vorgehensweise, in einer Warengruppe entsprechende Größenvorteile generiert und Standardisierungsprojekte durchgeführt werden. Im Fokus stehen hierbei eine Reduzierung der Lieferantenzahl von Multiple Sourcing zu Single- oder Dual-Sourcing, eine Vereinheitlichung der Qualitätsstandards sowie Spezifikationen auf der Produktebene. Dies kann nur unter Berücksichtigung der medizinischen und pflegerischen Interessen erfolgen. Ein enger Abstimmungsprozess mit den Ärzten/innen bei Standardisierungen und Bündelungen ist daher für einen erfolgreichen Prozess unerlässlich. So müssen die erforderlichen Charaktereigenschaften der Produkte, mit Einbindung der Anwender, herstellerunabhängig formuliert werden, um Alternativen anfragen und ggf. nach Teststellungen oder Bemusterungen auch objektiv bewerten zu können. In den Standardisierungsprozessen ist es für den Einkäufer wichtig zu verstehen, was die vorwiegenden Beweggründe für die aktuell zum Einsatz kommenden Produkte sind und wie Substitutionsmöglichkeiten von ärztlicher Seite grundsätzlich eingeschätzt werden. Zu berücksichtigen sind hier auch zeitliche Einschätzungen, in welchem Zeitraum sich Lieferanten- oder ein Produktwechsel umsetzen lassen würden.

Ein weiterer Ansatz der Bündelung ist, den Bedarf quartalsweise, halbjährlich oder für ein Jahr zu beauftragen. Zu bedenken sind hier jedoch mögliche Veränderungen, die den Bedarf oder den Preis der betreffenden Produkte beeinflussen wie bspw. durch neue Therapieverfahren oder veränderte Erlössituationen.

Das wesentliche Ziel der Beschaffung, durch Bündelung und Standardisierung einen möglichst wirtschaftlichen und kostengünstigen Einkauf der Produkte zu realisieren, lässt sich am besten durch die Kombination der beschriebenen Möglichkeiten umsetzen.

Erfolge schützen

Ist die Standardisierung und Bündelung weitestgehend erfolgt, gilt es, Methoden zu entwickeln, um das abgestimmte Produktsortiment nicht aufzuweichen oder zu unterlaufen. In der Praxis hat sich hier der Prozess der Artikelneueinführung bewährt, welcher darauf abzielt, dass sämtliche nicht im Produktsortiment hinterlegte Artikel beantragt werden müssen. Die beantragten Artikel werden dann dahingehend überprüft, ob ein gleichwertiger, funktionsähnlicher und preiswerterer Artikel im Sortiment bereits vorhanden ist. Sofern der beantragte Artikel preisgünstiger ist als der bis dato eingesetzte, wird gegebenenfalls über Bemusterungen eine Substitutionsmöglichkeit überprüft.

6 Messung und Darstellung des Einkaufserfolgs

Zur quantifizierten Darstellung der Einkaufsleistung (und in der erweiterten Verantwortung der Supply Chain) ist eine eindeutige Definition der Messgrößen notwendig. Durch eine nachvollziehbare und reproduzierbare Erhebung und Auswertung des Zahlengerüsts, kann der Wertbeitrag der Organisationseinheit zum Unternehmenserfolg klar dokumentiert und kommuniziert werden.³

IST-Analyse

In der Diskussion der Vergangenheit zeigte sich, dass sowohl die Vorgabe von einkaufsspezifischen Zahlen als auch die Bewertung der Einkaufsergebnisse im Vergleich zur industriellen Praxis noch nicht umfassend erfolgen. In KKH-Konzernen und einzelnen öffentlichen Häusern findet sich inzwischen ein spezialisiertes Einkaufscontrolling. Das ist derzeit jedoch noch die Ausnahme.

Status Quo

- Positionierung und Gewichtung des Einkaufs sind nach wie vor höchst unterschiedlich
- Einkaufsziele sind noch nicht auf einzelne Warengruppen heruntergebrochen
- Einkaufskennzahlen sind noch nicht breit erfasst und ausgewertet
- Einkaufscontrolling ist nach wie vor erweiterbar, da dies nicht Schwerpunkt des Klinikcontrollings ist
- Datenverfügbarkeit und Güte divergieren stark
- Priorität fehlt
- Aktuell implementierte Routinen sind das Projektergebniscontrolling und die interne Zeitreihenbetrachtung und Bewertung bei den Einstandspreisen, jedoch häufig ohne Eliminierung der Markteffekte.
- Bei der Bewertung der Preise hat sich der IMS-Benchmark etabliert, da er durch die detaillierte Klassifizierung der Warengruppen sehr aussagekräftig ist.

Voraussetzungen

- Klare Definition von Einkaufs-/Beschaffungszielen
- Definition von Einkaufskennzahlen
- Sicherstellung der Verfügbarkeit und Belastbarkeit sämtlicher einkaufsrelevanter Daten im Unternehmen
- Aufbau eines Einkaufscontrollings (EK-intern oder über Klinik-Controlling)

TOP-12-Kennzahlen

Auf Basis des BME-Einkaufskennzahlensystems wurden zwölf Kennzahlen definiert, die einem internen oder crossfunktionalen Benchmark-Vergleich unterzogen werden können.

Kennzahl	Erklärung	Formel
Bestellvolumen	Alle nach einem bestimmten Zeitpunkt getätigten Bestellungen ohne Endzeitpunkt der Referenzperiode	Bestellvolumen in € – Einzelbestellungen – aus Rahmenverträgen – aus Katalogen
Budget	Budget, das der Einkaufsabteilung zur Verfügung steht; hier definiert als: „Alle Kosten, die die Einkaufsabteilung bei der Leistungserbringung verursacht“, OHNE Rechnungs- oder Bestellvolumen.	Budget in €

³ BME-Einkaufskennzahlensystem, Bundesverband Materialwirtschaft, Einkauf und Logistik e.V. (BME), 2007

Kennzahl	Erklärung	Formel
<p>Bestellvorgänge pro Mitarbeiter</p> <p>Rechnungsvolumen pro Mitarbeiter</p>	<p>Drückt in sehr engen Grenzen aus, wie ausgelastet die Mitarbeiter des Einkaufs sind.</p> <p>Auswertungen nach:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Standard-EK – Komplexer EK – Projekt-EK <p>Trennung nach Verbrauchsgütern und Medizintechnik.</p> <p>Kennzahl wiegt Schnelligkeit gegen Qualität auf und drückt bestenfalls die Auslastung von Mitarbeitern aus. Nur bei sehr homogenem, operativem und repetitivem Bestellaufwand aussagekräftig. Nicht zur Leistungsmessung von Mitarbeitern geeignet.</p>	<p>Bestellvorgänge pro MA</p> <p>Rechnungsvolumen pro Mitarbeiter</p>
Aktive Lieferanten	<p>Drückt aus, wie viele Lieferanten aktiv durch den Einkauf betreut werden.</p> <p>Aktiver Lieferant, wenn Beschaffungsvorgang in den letzten zwölf Monaten vorliegt.</p>	Anzahl
Mitarbeiter im Einkauf	Anzahl der im Einkauf aktiven Mitarbeiter (strategisch und operativ).	Anzahl
Anteil stammsatzgeführter Artikel	<p>Drückt aus, wie hoch der Anteil der stammsatzgeführten Artikel an allen Artikeln ist.</p> <p>Absolute Zahl stark abhängig von Philosophie in Bezug auf Stammdatenpflege (konsequent/umfassend)</p>	Anzahl stammsatzgeführter Artikel/Anzahl aller Artikel Bestellpositionen/Bestellvolumen Wert/Anteil
Lieferantenbewertung	Drückt aus, welches Rechnungsvolumen über regelmäßig (umfassend) bewertete Lieferanten	Rechnungsvolumen mit bewerteten Lieferanten IST/Rechnungsvolumen gesamt

Kennzahl	Erklärung	Formel
Maverick Buying	Maverick Buying entspricht Rechnungen ohne Bestellbezug. Maverick Buying bezieht sich aber nur auf den Teil des Rechnungsvolumens, der vom Einkauf beschafft werden sollte (Drittmittelproblematik).	Wert MB in € Wert MB in € / Rechnungsvolumen [In SAP-Terminologie: FI – MM – X = MB]
Rahmenvertragsquote	Gibt an, welcher Anteil des Rechnungsvolumens über Rahmenverträge abgewickelt wird (Einkaufsgemeinschaft = Rahmenvertrag).	Rechnungsvolumen über Rahmenvertrag / Rechnungsvolumen gesamt
Automatisierte Bestellvorgänge	Drückt aus, welcher Anteil aller Beschaffungsvorgänge automatisiert (Volumen über SRM/Barcode-system) abgewickelt wird.	Automatisierte EK-Vorgänge / EK-Vorgänge gesamt
Liefertermineinhaltung bei Lieferungen vs. Gesamtlieferungen (Lieferservicegrad)	Auswertung der Anzahl angemahnter Lieferungen im Vergleich zur Gesamtanzahl an Wareneingängen je Betrieb. Misst die Liefertermintreue der Lieferanten, muss gemeinsam mit der Logistik im Unternehmen erarbeitet werden (Einkauf verhandelt Planlieferzeiten) (kann ggf. bei wenigen Lieferungen auch über Lieferstückzahlen definiert werden). Möglichst = 100%	Anzahl nicht angemahnter Lieferungen / Gesamtzahl aller Lieferungen in %
Rahmenvertragsquote	Drückt aus, wie viele von allen Bestellungen Probleme in Bezug auf Qualität, Verfügbarkeit bzw. „Verwendbarkeitsmängel“ allgemein aufweisen. Die Retourenquote kann aufgeschlüsselt werden pro – Lieferung – Position – Stück/Menge (kann ggf. – bei wenigen Lieferungen – auch über Lieferstückzahlen definiert werden). Target: möglichst = 0%	Anzahl Lieferungen mit Qualitätsproblemen / Gesamtanzahl Lieferungen

Darstellung der Einkaufsleistung

Als Einkaufsleistung wird das Einsparergebnis durch Verhandlungen, also die tatsächliche Senkung der Kosten ohne Bezug zu Budget oder Vorperiode, verstanden. Bezugsgrößen sind das günstigste Erstanbot vs. der finale Preis.

Die Einkaufsleistung im weiteren Sinn optimiert die Beschaffung der Produktionsfaktoren nach Zeit, Ort, Qualität, Quantität und Kosten. Analog zu einem TCO-Ansatz (Total Cost of Ownership) ist dies wesentlich schwieriger darzustellen aber vor allem langfristig wesentlich aussagekräftiger.

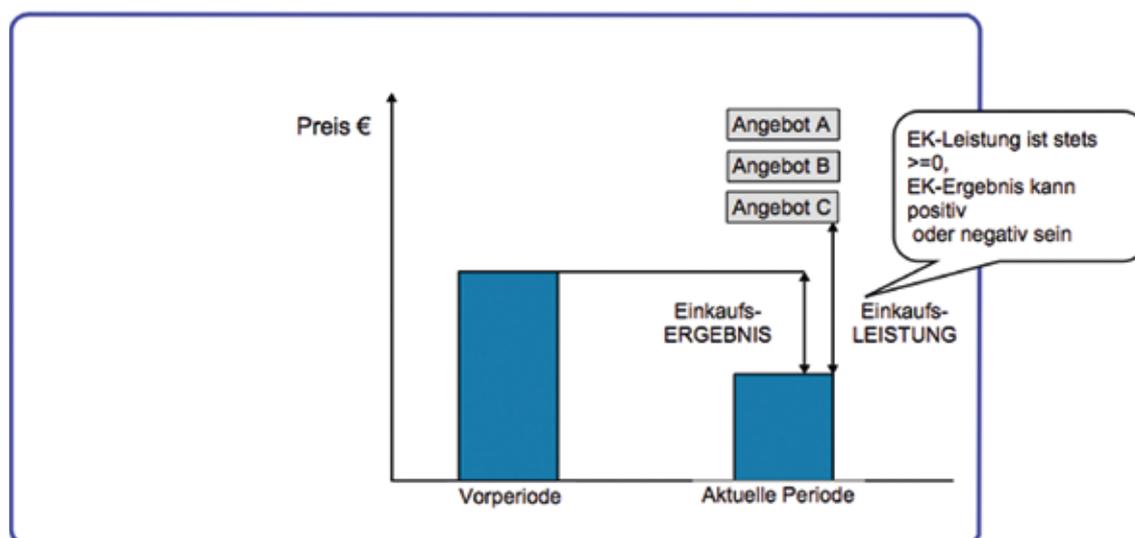


Abbildung 6: Darstellung der Einkaufsleistung

Definition

Einkaufsleistung = Verbesserung durch Verhandlung im Vergleich zum niedrigsten, technisch vergleichbaren Angebot

Einkaufsergebnis = Veränderung der Preise im Vergleich zur Vor-/Bezugsperiode

Berechnungsmethoden

Kennzahl	Erklärung	Formel
Einsparung bei Einmalbedarfen auf Basis Budget	Drückt aus, ob und in welchem Umfang das Budget unter-/überschritten wird	Einsparung = Budget – Bestellvolumen

Aufgrund zahlreicher Problemfelder (unterjährige bzw. pauschale Budgetkürzungen, techn. Änderungen nicht in Budget übertragen, Budget nicht vollständig bekannt, Festlegung von Referenzzeitpunkten bei langjähriger Projektdauer) nur als letzte Lösung anzuwenden.

Kennzahl	Erklärung	Formel
Einsparung bei Einmalbedarfen auf Basis des niedrigsten, technisch vergleichbaren Angebots	Drückt die Einsparung zum günstigsten Angebot vor Aufnahme der Verhandlungen mit dem Anbieter aus (Einkaufsleistung)	Einsparung = Einkaufsleistung der Referenzperiode

Einsparungen für Einmalbedarfe auf der Basis des niedrigsten, technisch vergleichbaren Angebots können nur dann genutzt werden, wenn ein Bieterverfahren stattfindet.

Kennzahl	Erklärung	Formel
Einsparung bei Einmalbedarfen auf Basis vergleichbarer Referenzbedarfe/-preise	Drückt die Einsparung im Vergleich mit der Vorperiode aus (Einkaufsergebnis)	Einsparung = Einkaufsergebnis

Einsparungen für Einmalbedarfe auf der Basis vergleichbarer Referenzbedarfe/-preise sind v.a. dann als Kennzahl für Einsparungen geeignet und sinnvoll, wenn die (technische) Vergleichbarkeit gegeben ist.

Kennzahl	Erklärung	Formel
Einsparung für Wiederholbedarfe auf Basis der Einkaufsleistung	Drückt die Einsparung zum günstigsten Angebot vor Aufnahme der Verhandlungen mit dem Anbieter aus (Einkaufsleistung)	Einsparung = Einkaufsleistung der Referenzperiode

Bei der Berechnung von Einsparungen bei Wiederholbedarfen können analog zu den Einmalbedarfen Einkaufsleistung und Einkaufsergebnis zur Berechnung von Einsparungen genutzt werden.

Kennzahl	Erklärung	Formel
Einsparung für Wiederholbedarfe auf Basis vergleichbarer Referenzbedarfe/-preise	Drückt die Einsparung im Vergleich mit der Vorperiode aus (Einkaufsergebnis)	Einsparung = Differenz Aufwendungen in der Vorperiode zu denen in der Berichtsperiode

Bei Wiederholbedarfen ist es im Gegensatz zu Einmalbedarfen nötig, die Werte der Referenz und der Vorperiode vergleichbar zu machen (Preis Vorperiode – Preis Referenzperiode x Menge = Einkaufsergebnis).

Einkaufsgemeinschaften

Hintergrund und Ziele

Deutsche Kliniken sind einem immer größeren Kostendruck ausgesetzt. Nur durch konsequent wirtschaftliches Handeln und stetige Optimierung des Qualitätsmanagements können sie im Wettbewerb bestehen. Tragfähige und nachhaltige Lösungen sind gefragt. Hier setzen die Einkaufsgemeinschaften an – diese sind direkt an der Schnittstelle zwischen Industrie und Anwendern positioniert und verknüpfen beide Seiten.

Generelles Ziel der Mitgliedschaft in einer Einkaufsgemeinschaft (EKG) ist die Senkung der Sach- sowie, nach Möglichkeit, der Gemeinkosten in den Krankenhäusern. Primärer Vorteil der Mitgliedschaft einer Einkaufsgemeinschaft ist, dass durch die Bündelung der Umsätze über alle Mitgliedshäuser wesentliche Preisvorteile erzielt werden können. Diese Preisvorteile sind erschließbar, da in einer zentralen Verhandlung das gesamte Volumen einer Einkaufsgemeinschaft vergeben werden kann. Des Weiteren können es sich Krankenhäuser aus Kapazitätsgründen im Wesentlichen nicht mehr leisten, jeden B- und C-Artikel mit der großen Zahl an Lieferanten direkt zu verhandeln. Diese Dienstleistung wird durch die Einkaufsgemeinschaft übernommen. Die Bündelung der Fachkompetenz innerhalb einer Einkaufsgemeinschaft sowie die Beratung der Mitgliedshäuser tragen zum gegenseitigen Vorteil bei und bewegen daher eine Vielzahl deutscher Kliniken zu einer Mitgliedschaft oder Zusammenarbeit bei/mit einer Einkaufsgemeinschaft.

Nicht nur für Krankenhäuser bieten sich Vorteile durch das Vorhandensein und die Zusammenarbeit mit einer Einkaufsgemeinschaft. Die Industrie kann durch solche Modelle die Effizienz der Vertriebsaktivitäten steigern, da Preise letztendlich nur an einer Stelle verhandelt werden müssen. Die individuelle Betreuung eines Kunden bleibt dabei nach wie vor bestehen.

An dieser Stelle sei jedoch auf die jeweilige Marktposition einer Einkaufsgemeinschaft hingewiesen, da diese durchaus zu Einschränkungen des Wettbewerbes führen kann. Ebenso ist zu beachten, dass durch die zunehmende Bündelung und Standardisierung über Einkaufsgemeinschaften Alleinstellungsmerkmale der Häuser verwässert oder gar beseitigt werden. Kritisch ist zu dem die deutliche Verschiebung der Transparenz in Bezug auf die Marktpreise und Prozesse, weg vom Einkauf hin zur Industrie und den Einkaufsgemeinschaften. Daher sollte im Vorfeld analysiert werden, bei welchen Warengruppen eine Beschaffung über eine Einkaufsgemeinschaft aus strategischen Gesichtspunkten eventuell mit steigenden Risiken verbunden ist.

Dienstleistungsportfolio

Je nach Einkaufsgemeinschaft unterscheiden sich die Produktpaletten deutlich, für die die Einkaufsgemeinschaft ihre Dienstleistungen anbietet. Ebenso finden sich erhebliche Unterschiede bei den zusätzlich angebotenen Dienstleistungen, wie z.B.

- Optimierung des Artikel- und Lieferantensortimentes
- Einrichten von E-Business-Plattformen
- Wirtschaftlichkeits- und Prozessanalysen,
- Entwicklung von Beschaffungsstrategien
- Spezielle Schulungsangebote
- Workshops

Es gibt Einkaufsgemeinschaften, deren Dienstleistungskatalog auch die Bereiche Pharma, Küche und IT-Produkte abdeckt, vereinzelt sogar die Themenfelder Energie- und Haustechnik. Außerdem unterscheiden sich die Einkaufsgemeinschaften hinsichtlich der Verbindlichkeiten und der Flexibilität der jeweiligen Mitgliedshäuser. Es gibt Einkaufsgemeinschaften, die mit definitiven Zusagen und Abnahmeverpflichtungen in die Preisverhandlung mit den Lieferanten gehen, Einkaufsgemeinschaften, die nur mit einer definierten Anzahl Lieferanten Verhandlungen führen sowie Einkaufsgemeinschaften, bei

denen die Mitgliedshäuser die vollständige Entscheidungsfreiheit über die zu beschaffenden Produkte haben. In diesem Fall liegen meist umfassende Kataloge vor, aus denen zu fest verhandelten Preisen abgerufen werden kann.

Die Ausschreibungsverantwortung nach VOL wird von einigen Einkaufsgemeinschaften in Form von öffentlichen Ausschreibungen übernommen, dadurch wird die Verantwortlichkeit der Mitgliedshäuser entlastet.

Zum Teil sind auch Doppelmitgliedschaften bei Einkaufsgemeinschaften möglich. Hierbei sind im Vorfeld jedoch die Mitgliedsbedingungen zu prüfen. Außerdem sollte kritisch hinterfragt werden, ob eine zu breite Verteilung auf verschiedene Einkaufsgemeinschaften nicht auch die Vorteile mindert und zu einem zusätzlichen Koordinationsaufwand führt.

Die Finanzierung der Einkaufsgemeinschaften erfolgt auf unterschiedliche Weise. Während die arbeitsteiligen Einkaufsgemeinschaften durch Mitgliedsbeiträge finanziert werden, erfolgt dies bei kommerziellen Einkaufsgemeinschaften über Aufwandsentschädigungen der Industrie.

Vorteile	Nachteile
Reduzierung des internen Prozessaufwands	Verlust von Einkaufs-Know-how
Standardisierungseffekte	Verlust von Alleinstellungsmerkmalen
Kostenvorteile durch Mengenbündelung	Reduktion von Lieferanten und Lieferantenbeziehungen
Erschließung neuer Lieferanten	Abnahmeverpflichtungen
Kompetenzgewinn im E-Procurement	Verminderte Reaktionsfähigkeit und Flexibilität
Outsourcing u. Professionalisierung der Verhandlungsführung/Ausschreibung	Schnittstellenproblematik
Informationsaustausch/Qualifizierung	Umstellung IT-Systeme
Analyse und Beratung	Erweiterter Kommunikationsaufwand, um die jeweilige Philosophie der EKG ins Klinikum zu transferieren
Benchmarking	verringerte Markttransparenz
Mehrwert des Einkaufes durch zusätzlich angebotene Dienstleistung der Einkaufsgemeinschaft	Informationsvorteile auf Seiten der Industrie bzw. der Einkaufsgemeinschaften
Logistikleistungen	

In der Diskussion der Vor- und Nachteile werden abhängig von der individuellen Situation der jeweiligen Klinik verschiedene Argumente den Ausschlag für die individuelle Entscheidung geben. Aus den Erfahrungen der letzten Jahre und vor dem Hintergrund der Prognosen für die Zukunft werden bei einer aktiven Mitgliedschaft in einer Einkaufsgemeinschaft in Summe die Vorteile als vorherrschend angesehen. Jedoch ist stets zu prüfen, für welche Waren- und Artikelgruppen diese Vorgehensweise zielführend und unkritisch ist bzw. inwieweit die Philosophie eines Hauses mit der jeweiligen Einkaufsgemeinschaft übereinstimmt. Nur dann kann die Zusammenarbeit mit einer Einkaufsgemeinschaft auch zu einer langfristigen strategischen Partnerschaft wachsen.

Arten von Einkaufsgemeinschaften

Arbeitsteilige Einkaufsgemeinschaften

Eine Anzahl von Krankenhäusern schließt sich zu einem Einkaufsverbund zusammen und teilt sich entsprechend der Mitgliedshäuser untereinander auf, indem entsprechende Personalkapazitäten zur Verfügung gestellt werden.

Genossenschaftliche Einkaufsgemeinschaften

Bei genossenschaftlich orientierten Einkaufsgemeinschaften werden die Verhandlungen und Strategien zum Großteil von der Einkaufsgemeinschaft unter der fachlichen Steuerung der Mitgliedshäuser durchgeführt. Erwirtschaftete Überschüsse der Einkaufsgemeinschaft werden an die Mitgliedshäuser verteilt.

Kommerzielle Einkaufsgemeinschaften

Kommerzielle Einkaufsgemeinschaften sind Unternehmen, die sich auf die Unterstützung der Einkaufstätigkeit in den Krankenhäuser spezialisiert haben. Sie bieten ihre Dienstleistungen den Mitgliedshäusern kostenfrei an. Die Finanzierung erfolgt über eine Aufwandsentschädigung durch die Industrie oder ein Anteil der Kostensenkungen verbleibt als Dienstleistungsvergütung bei der Einkaufsgemeinschaft.

Regional orientierte Einkaufsgemeinschaften

Regional orientierte Einkaufsgemeinschaften setzen ihren Schwerpunkt auf einen Landkreis oder eine Region bzw. ein Bundesland, um den Mitgliedern in der Nachbarschaft vergleichbare Konditionen bieten zu können. Hierbei werden oftmals auch lokale Lieferstrukturen bevorzugt (v.a. bei personen- gebundenen Dienstleistungen und verderblichen Gütern).

Konfessionell orientierte Einkaufsgemeinschaften

Bei konfessionellen Einkaufsgemeinschaften arbeiten Häuser einer Kirche/Glaubensgemeinschaft, eines Bistums oder eines Ordens zusammen (bei letzterem auch überregional und bundesweit).

Politische Organisation

Der Bundesverband der Beschaffungsinstitutionen in der Gesundheitswirtschaft Deutschland e.V. (BVBG) hat sich der Förderung und Optimierung der Gesundheitsfürsorge und Vorsorge verschrieben.

Die derzeitigen Vereinsmitglieder des BVBG e.V. sind (Stand 8/2016)

- AGKAMED GmbH
- Comparatio Health GmbH
- GDEKK Dienstleistungs- und Einkaufsgemeinschaft Kommunalen Krankenhäuser e.G.
- P.E.G. Einkaufs- und Betriebsgenossenschaft eG.

Unterscheidungskriterien der Einkaufsgemeinschaften

- Rechtsform und Mitgliederstruktur
- Finanzierungsform und Mitgliedsbeitrag
- Zielsetzung und Marktauftritt
- Einkaufsvolumen

- Transparenz
- Mitspracherecht und Arbeitsweise
- Exklusivitätsanspruch, Auswirkung auf weitere Lieferantenwahl
- Produkt-, Dienstleistungs-, Lieferspektrum
- Konditionen
- Ausschreibungspflicht, -bereitschaft

Zukünftige Entwicklung

Die Zahl der Einkaufsgemeinschaften wird perspektivisch kaum weiter steigen, da die Eintrittsschwelle sehr hoch ist und der Markt durch etablierte und spezialisierte Anbieter dominiert wird. Die verschiedenen Interessengruppen werden durch die existierenden Konzepte abgedeckt.

Es ist vielmehr eine Konsolidierung zu erwarten, da die Zahl der potenziellen Mitglieder durch die Reduzierung von Kliniken stetig abnehmen wird. Die Unterscheidung nach regionalen und überregionalen Anbietern wird vorerst Bestand haben. Bezüglich der optimalen kritischen Größe einer Einkaufsgemeinschaft werden die verschiedenen Konzepte weiterhin bestehen bleiben. So werden kleine Verbände weiterhin ihre Existenzberechtigung besitzen, wenn hohe Flexibilität und zügige Reaktionen auf Veränderungen für spezifische Produktsegmente und Zielgruppen verlangt werden. Fraglich ist, ob in Zukunft länderübergreifende Einkaufsgemeinschaften zum Tragen kommen oder ob dies durch unterschiedliche Interessen, Anforderungen und gesetzliche Vorgaben blockiert wird.

Die Priorisierung von Standardisierungskonzepten und Bedarfstransparenz wird unter dem Gesichtspunkt von Verbindlichkeit gegenüber den Lieferanten weiter steigen. Nur so können eine umfassende Preistransparenz erzielt und die Total Cost of Ownership optimiert werden. Da das Sinken des Preisniveaus limitiert ist, sollte beobachtet werden, wie die Entwicklung der zusätzlichen Dienstleistungen und somit auch der Mehrwert für den Einkauf in Zukunft weitergeht.

Übersicht überregionaler Anbieter für Kliniken

In alphabetischer Reihenfolge – die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und differenziert nicht zwischen den verschiedenen Anbietern.

- AGKAMED GmbH (www.agkamed.de)
- Clinicpartner eG (www.clinicpartner-eg.de)
- Comparatio Health GmbH (www.comparatio.org)
- EKK eG (www.gdekk.de)
- Einkaufskooperation EK-UNICO (www.ek-unico.de)
- ELG – Einkaufs- und Logistikgesellschaft mbH für das Krankenhauswesen (www.elg-on.de)
- HKD Handelsgesellschaft für Kirche und Diakonie mbH (www.hkd.de)
- P.E.G. Einkaufs- und Betriebsgenossenschaft eG (www.peg-einfachbesser.de)
- Prospitalia GmbH (www.prospitalia.de)
- Sana Kliniken AG (www.sana-einkauf.de)

Weiterhin gibt es noch eine Vielzahl von Beschaffungsdienstleistern, die i.d.R. eine spezifische Zielgruppe nach Region, Produkt, konfessioneller Ausrichtung etc. bedienen.

8 Apotheken und Einkauf

Anforderung an eine moderne und effiziente Arzneimittelversorgung und Apothekendienstleistung

Der Einkauf von Arzneimitteln ist der am stärksten vom Gesetzgeber reglementierte Einkaufsbereich im Krankenhaus. Die Vielzahl an Vorgaben bedingt einen engen Rahmen, in dem Arzneimitteleinkauf stattzufinden hat und beenden nötige Diskussionen zwischen Einkauf und Apotheke über Aufwand und Nutzen, Risiken und Potenziale frühzeitig. So dürfen Arzneimittel zunächst nur über eine Apotheke bezogen werden. Diverse Auflagen setzen darüber hinaus einen klaren Rahmen an Struktur und Ausstattung einer Klinikapotheke. Zudem ist die Funktion der Apotheke bei der Arzneimittelüberwachung klar definiert. Letztlich ist auch der Lieferradius einer Klinikapotheke auf maximal eine Stunde limitiert. Zahlreiche Gründe, warum der Einkauf den Arzneimitteleinkauf delegieren sollte.

In der praktischen Aufteilung der Versorgung gibt es dennoch einige Produktkategorien, zu denen auch nichtapothekenpflichtige Arzneimittel gehören, die sowohl durch die Apotheke als auch durch die Materialwirtschaft beschafft werden. Das sind z.B. Röntgenkontrastmittel, einige Blutprodukte, großvolumige Lösungen und Reagenzien. Diese Produkte stehen jedoch nicht im Fokus, da das Kapitel sich ganz auf die Versorgung mit apothekenpflichtigen Produkten konzentriert. Grundsätzlich gilt die Empfehlung, durch die Klinikapotheke nur die Produkte zu beschaffen, bei denen es gesetzlich vorgeschrieben ist.

Innerhalb dieses Rahmens gibt es aber verschiedenste Varianten, um die Arzneimittelversorgung und Apothekendienstleistung eines Krankenhauses sicherzustellen. Die Dienstleistungen gehen heute weit über den reinen Arzneimitteleinkauf hinaus und erfordern im Klinikalltag hochspezialisiertes pharmazeutisches Personal. Thematisch kann man die Apothekendienstleistung dabei in ökonomische, organisatorische und pharmazeutische Bereiche aufteilen.

Ökonomische Apothekendienstleistungen

Auch wenn Arzneimittel ein besonderes Gut darstellen, muss sich der Arzneimitteleinkauf an den heutigen Prozessen und Strukturen eines modernen Einkaufs messen lassen. Das dürfte für die in diesem Bereich meistens nicht speziell ausgebildeten Apothekenmitarbeiter eine große Herausforderung sein. Daher sollte hier der Zentraleinkauf in die Beschaffung der Arzneimittel entweder direkt oder über eine auf den Bereich Arzneimittel spezialisierte Einkaufsgemeinschaft eingebunden sein.

Auch sollte sich der Bereich Arzneimittel/Apotheke möglichst eng an die bestehenden Controlling-Maßnahmen des Krankenhauses anpassen und relevante Kennzahlen im eigenen Bereich erheben. Zielsetzung sollte sein – für das Krankenhaus, oder idealerweise auch stations- oder abteilungsgenau – die Erträge in den Kostengruppen 4a und 4b (Sachkosten für Arzneimittel) für die erbrachten DRGs (Diagnose Related Group/Diagnosebezogene Fallgruppen) zu ermitteln. Diese Erlöse sollten dann um zusätzliche Erträge in den Bereichen zusatzentgeltfähige Arzneimitteltherapien und Ambulanz-Abrechnung ergänzt werden. Das Ergebnis wird den tatsächlichen Arzneimittelkosten gegenübergestellt und gibt Aufschluss über die Wirtschaftlichkeit im Bereich Arzneimittel/Apotheke.

Wichtig ist bei dieser Betrachtung, dass die Personal-, Raum-, IT- und sonstigen Kosten des Apothekenbetriebes nicht aus den Kostengruppen 4a und 4b, sondern aus den Kostengruppen 6 bzw. 7 (Sachkosten des medizinischen Bedarfs) zu finanzieren sind. Die Kosten/Pauschalen für die externe Versorgung durch eine Apotheke sollten nach der DRG-Systematik aber wieder den Kostengruppen 4a und b zugeordnet werden. Denn ohne die Kosten der Versorgung entsteht bei reiner Betrachtung der Arzneimittelkosten keine echte Vergleichbarkeit.

Ökonomische Apothekendienstleistung
Standardisierung von Produkten und Lieferanten über Abteilungen und Klinikstandorte hinweg
Budgetkontrolle
Kosten- und Nutzenbewertung von Arzneimitteln
Total Cost of Ownership von Arzneimitteln
Qualitätsmanagement
Einbindung in den sonstigen strategischen Einkauf der Klinik
Optimierung der ZE-Erlöse
Ökonomische Mitarbeit in einer Einkaufsgemeinschaft

Abbildung 7: Ökonomische Apothekendienstleistung

Organisatorische Apothekendienstleistungen

Der Bereich der organisatorischen und logistischen Apothekendienstleistungen ist heute enger den je an die allgemeinen Prozesse und Strukturen eines Krankenhauses angebunden. Grundsätzlich spricht nichts dagegen, dass auch Mitarbeiter der Apotheke diese Prozesse planen und gestalten. Allerdings ist dies nur hilfreich, wenn die Mitarbeiter der Apotheke auch zu den kompetentesten Mitarbeitern der jeweiligen Klinik in diesem Bereich gehören. Dies muss aufgrund der fachlich pharmazeutischen Ausbildung der Apothekenmitarbeiter im Bereich der IT, des Qualitätsmanagements und der Logistik-Planung nicht unbedingt der Fall sein. Daher sollten die zentralen Abteilungen der Klinik die Versorgungsprozesse mitgestalten und verantworten. Es gibt immernoch einige Klinikapotheken, die keine 24h-Notfallversorgung innerhalb von maximal zwei Stunden Belieferungszeit anbieten. Vor dem Hintergrund möglicher Patientenschäden und der daraus entstehenden rechtlichen Risiken ist das nicht mehr akzeptabel. Das gilt ebenso für externe Klinikapotheken oder öffentliche Versorgungsapotheken und sollte Kriterium im Zuge einer externen Beauftragung sein.

Organisatorische Apothekendienstleistung
Qualitätsmanagement und Zertifizierung
Optimierung der Lagerhaltung und Kommissionierung in der Apotheke und auf Station
Onlinebestellung/elektronische Rechnungen und Lieferscheine
Elektronische Betäubungsmittel- und Transfusions-Dokumentation
Patientenzentrierte Versorgungsstrukturen
Einbindung in die internen Logistikprozesse
24h-Notruf der Apotheke

Abbildung 8: Organisatorische Apothekendienstleistung

Pharmazeutische Apothekendienstleistungen

Der pharmazeutische Bereich ist sicher der mit Abstand beste Bereich, um die immer knapper werden- den Personalkapazitäten des Apothekenpersonals einzusetzen. Die pharmakologische Arbeit und Beratung auf den Stationen und Abteilungen sowie die Arbeit in ausbildungsübergreifenden Gruppen (z.B. zum Erstellen von Therapieleitlinien, die Herstellung von Arzneimitteln) sollte der Schwerpunkt der Arbeit des pharmazeutischen Personals sein. Auch die Arbeit im Bereich des Antibiotic Stewardships (Strategien zum rationalen Einsatz von Antiinfektiva) ist einer der Aufgaben, die verstärkt auf die Mitarbeit der Apotheker angewiesen ist.

Pharmazeutische Apothekendienstleistung
Durchführung von Arzneimittelkommissionierung
Bereitstellung medizinisch, wissenschaftlicher Informationen
Erstellung bindender Arzneimittellisten
Entwicklung von Leitlinien
Anwendungsberatung auf den Stationen
Aus- und Weiterbildung des ärztlichen und pflegerischen Personals
Patientenindividuelle Eigenherstellung von Arzneimitteln
Beteiligung an Transfusions- und Hygienekommissionen

Abbildung 9: Pharmazeutische Apothekendienstleistung

Alle drei Bereiche sind elementar für eine funktionierende und werthaltige Apothekendienstleistung. Daher müssen diese nach der Qualität der erbrachten Dienstleistungen und den anfallenden Gesamtkosten in der nachfolgenden Diskussion (Make-or-Buy-Entscheidung) stets intensiv betrachtet werden. Grundsätzlich sind heute drei Grundtypen von Versorgungsformen im Bereich Apotheke zu unterscheiden:

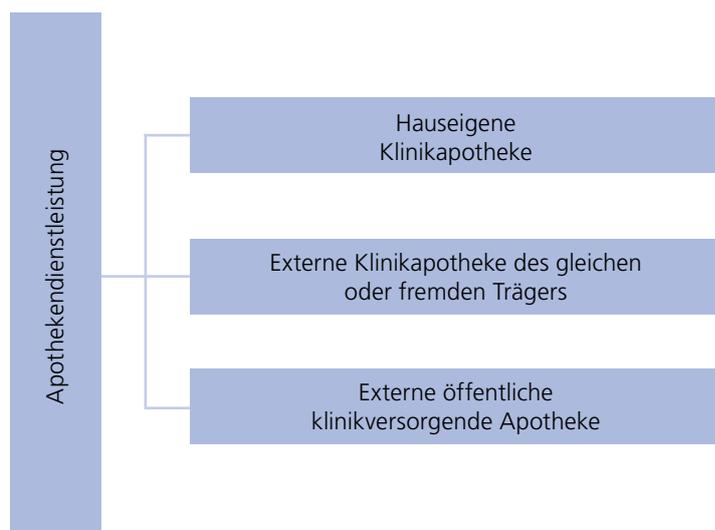


Abbildung 10: Drei Grundtypen von Versorgungsformen

Hauseigene Klinikapotheke

Die hauseigene Klinikapotheke beliefert vor allem Unikliniken und Maximalversorger. Hier werden großen Arzneimittelvolumina beschafft und gelagert. Die angestellten Apotheker werden oft zur Optimierung des Arzneimitteleinsatzes auf den Stationen eingesetzt. Die Fixkosten des Apotheken-

betriebs sind in diesen Häusern meist gut darstellbar. Außerdem besteht häufig die Möglichkeit durch externe Versorgung von anderen Kliniken zusätzliche Deckungsbeiträge zu erwirtschaften. Auf der anderen Seite haben auch noch viele kleinere Häuser meist aus historischen und politischen Gründen eine eigene Klinikapotheke. Hier überwiegen dann rasch die Nachteile aufgrund der kostenintensiven Ausstattung an Personal und Räumlichkeiten. Denn auch die Apotheken sehen sich, wie alle Teile des Klinikmarktes, steigendem Kostendruck bei zunehmendem Innovations- und Investitionsdruck gegenüber. Vor allem aber die steigende Komplexität der Leistungserbringung verlangt heute immer größere und professionellere Klinikapotheken. Daher stellt sich in vielen Häusern aktuell die Frage, ab wann eine eigene Klinikapotheke aus Kosten-/ Nutzensicht tatsächlich vorteilhaft bzw. nötig ist. Losgelöst von strategischen oder gar politischen Entscheidungen soll die folgende stark vereinfachte Beispielrechnung einen ersten Anhaltspunkt bei der Beantwortung dieser Frage geben. Heute gibt es in Deutschland noch ca. 370 Klinikapotheken, deren Anzahl in den letzten Jahren allerdings kontinuierlich sinkt. Wie auch im medizinischen Bereich herrscht im Apothekenbereich ein Mangel an Fachkräften, der in den nächsten Jahren noch weiter zunehmen wird.

Ökonomische Betrachtung der Mindestgröße von Klinikapotheken

Nachfolgend sind einige Kennzahlen für die aktuelle Mindestgröße von eigenen Klinikapotheken genannt.

- 2.000 Akutbetten ohne Psychiatrie- und Rehabetten (gilt nicht für Unikliniken)
- vier bis fünf Apotheker in Vollzeit
- über fünf Mio. Euro Umsatz mit Fertigarzneimitteln (ohne patientenindividuelle Sterilherstellung, i.V. Ernährung, großvolumige Lösungen, Blutprodukte, Röntgenkontrastmittel, Reagenzien)

Beispielrechnung der Kosten einer kleinen eigenen Klinikapotheke	
Personalkosten	Sachkosten
<ul style="list-style-type: none"> ■ 3 Apotheker x 60 T€ ■ 3 PTA x 40 T€ ■ 3 PKA x 30 T€ ■ 2 Sonstige x 30 T€ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Raumkosten/ Nebenkosten = 50 T€ ■ Schwund/Verfall = 25 T€ ■ Kapitalbindung Warenlager = 25 T€ ■ Sonstige Kosten = 50 T€
Gesamtkosten = 600 T€	

Abbildung 11: Beispielrechnung Kosten eigene Klinikapotheke

Gegen die entstehenden Kosten müssen eventuelle Einnahmen aus der Versorgung externer Kliniken gegengerechnet werden.

Als Richtwert für die Kosten Versorgung durch eine externe Klinik- oder klinikversorgende Apotheke kann ca. zehn Prozent des Umsatzes der Fertigarzneimittel gerechnet werden. Die Kosten der externen Versorgung sind aber stark von den regionalen Gegebenheiten sowie der Struktur und der nachgefragten Intensität der ökonomischen, organisatorischen und pharmazeutischen Dienstleistungen abhängig.

Externe Klinikapotheke des gleichen oder eines fremden Trägers

Ein weiterer Weg zur Sicherstellung der Apothekenversorgung ist, sich von einem benachbarten Haus mit eigener Klinikapotheke mit Arzneimitteln versorgen zu lassen. Gut funktioniert dies normalerweise in einem regionalen Verbund von Kliniken des gleichen Trägers, bei dem eine zentrale Apotheke vorgehalten wird. Durch die Bündelung der Arzneimittelvolumina kann ein wirtschaftlicher Apothekenbetrieb leichter gewährleistet werden. Ein aktueller Trend ist bei einigen regionalen Klinikverbänden, mehrere kleinere Klinikapotheken in einen gemeinsamen Apothekenneubau „auf der grünen Wiese“ zusammenzuführen.

Fehlt der regionale Verbund, kann die Apothekendienstleistung auch durch eine benachbarte Klinikapotheke eines fremden Trägers erbracht werden.

Externe öffentliche klinikversorgende Apotheke

In Deutschland gibt es innerhalb der ca. 20.000 öffentlichen Apotheken ca. 100 Apotheken, die sich in unterschiedlichem Ausmaß auf die Versorgung von Krankenhäusern spezialisiert haben. Einige dieser klinikversorgenden Apotheken bieten ebenfalls ein umfassendes Leistungsspektrum, welches sie zu einer möglichen Versorgungsalternative gegenüber einer eigenen oder externen Klinikapotheke macht. Besonders interessant sind öffentliche klinikversorgende Apotheken für Häuser, die zusätzlich ein Versorgungsangebot für ihre ambulanten Strukturen auf dem Klinikgelände wünschen. Diese Integration der Versorgung geht an einigen Standorten soweit, dass die versorgende Apotheke eine eigene öffentliche Apotheke als Filiale auf dem Klinikgelände mit allen damit verbundenen Vorteilen für Patienten und Klinikmitarbeiter betreibt. Der politisch gewollten engeren Verzahnung stationärer und ambulanter Leistungen (ASV, Entlassmanagement/Überleitungsmanagement, Facharztzentren auf Klinikgelände etc.) kommt eine derartige Konstellation entgegen.

Vor- und Nachteile der Versorgungsformen

Folgendes Schaubild fasst die Vor- und Nachteile der verschiedenen Versorgungsformen zusammen:

Versorgungsform	Vorteile	Nachteile
Hauseigene Klinikapotheke	<ul style="list-style-type: none"> – Kurze Wege und Reaktionszeiten – Kontrolle und stärkere Einflussnahme – Möglichkeit durch externe Versorgung Deckungsbeiträge zu erwirtschaften 	<ul style="list-style-type: none"> – Hohe Fixkosten für Personal und Räume – Innovations- und Investitionsdruck – Gelegentlich fehlende Dienstleistungsorientierung der eigenen Klinikapotheke
Externe Klinikapotheke des gleichen oder eines fremden Trägers	<ul style="list-style-type: none"> – Verteilen der Fixkosten über einen Verbund – Verbundapotheke kann ebenfalls im Sinne des Trägers beeinflusst werden – Flexibilität durch Ausschreibungsmöglichkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> – Teilweise deutlich erhöhte Wege und Reaktionszeiten – Gelegentlich fehlende Dienstleistungsorientierung der externen Klinikapotheke
Externe öffentliche klinikversorgende Apotheke	<ul style="list-style-type: none"> – Zusätzliche Belieferung von eingegliederten ambulanten Einrichtungen (MVZs, Hospize, Pflegeheime etc.) – Schnittstellenmanagement und Vernetzung stationärer und ambulanter Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> – Teilweise deutlich erhöhte Wege und Reaktionszeiten – Schwächere Einflussnahme auf Sortimente und Standardisierungen

Abbildung 12: Vor- und Nachteile der Versorgungsformen

Abschließend ist anzuführen, dass es auch im Bereich der Arzneimittelversorgung Einkaufsgemeinschaften gibt. Einige dieser Gemeinschaften sind spezielle Abteilungen/Untergruppen der Klinik-Einkaufsgemeinschaften für medizinischen Bedarf, andere sind spezielle Einkaufsgemeinschaften nur für den Bereich der Arzneimittelversorgung. So zum Beispiel:

Einkaufsgemeinschaften, die medizinischen Bedarf, Material und Arzneimittel abdecken:

- AGKAMED GmbH (www.agkamed.de)
- Asklepios Kliniken GmbH mit diversen Krankenhaus-Apotheken (www.asklepios.com)
- Clinicpartner eG (www.clinicpartner-eg.eu)
- Dienstleistungs- und Einkaufsgemeinschaft Kommunaler Krankenhäuser eG im Deutschen Städtetag (www.gdekk.de)
- Prospitalia GmbH (www.prospitalia.de)
- Sana Klinik Einkauf GmbH (www.sana-klinik-einkauf.de)
- EK-UNICO GmbH (www.ek-unico.de)
- etc.

Einkaufsgemeinschaften die nur Arzneimittel abdecken:

- ARGE Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen, Universität Rostock, Universität Leipzig, Zentralapotheke Klinikum Bremen-Mitte, Katharinen-Hospital Stuttgart, Klinikum der Südstadt Rostock
- Auriga Apotheken (www.auriga-apotheken.de)
- PBMG eG (info.pbm.org)
- KEMA-ApoContract (www.apo-contract.de)
- etc.

Die genannten Einkaufsgemeinschaften unterscheiden sich in ihrer Struktur zum Teil deutlich. Einige verhandeln nur Arzneimittelpreise und stellen diese Konditionen den Apotheken/Mitgliedern zur Verfügung. Andere arbeiten intensiv in diversen Fachgruppen und etablieren verbindliche Standards für alle Apotheken/Mitglieder. Häufig werden aber von den Kliniken auch unterschiedliche Einkaufsgemeinschaften für die Material- und Arzneimittelversorgung gewählt, selbst wenn einige von diesen Einkaufsgemeinschaften alle Leistungskategorien anbieten.

Zusammenfassung / Ausblick

Klinikträger sollten ihre speziellen Anforderungen an die Arzneimittelversorgung genau kennen und damit ihre jeweilige Versorgungssituation nach Art und Umfang bewerten können. So lassen sich mögliche Einsparpotenziale durch einen Wechsel der versorgenden Apotheke vergleichsweise einfach bestimmen.

Insbesondere die Personalsituation an Kliniken erzeugt zunehmend Nachfragen für komplexe Dienstleistungs-/Versorgungskonzepte. Hier können Apotheken wertvolle Partner sein, sofern sie über die nötige Flexibilität und Kompetenz verfügen.

Eine gemeinsame Versorgungsstrecke von Arzneimitteln und medizinischem Bedarf ab Rampe bis in die Stationsschranke entlastet das Pflegepersonal ebenso wie eine regelmäßige Präsenz von Apothekern auf den Stationen (z.B. bei der „Medikationsvisite“) den Medikationsprozess maßgeblich unterstützt und die Patientensicherheit erhöht.

Nur selten sind die Einzelkämpfer unter den Apotheken die geeigneten Partner für eine zukunfts-sichere Zusammenarbeit mit der Klinik. Diejenigen, die nicht nur in Einkaufskooperationen für ein marktgerechtes Sachkostenniveau sorgen, sondern in einem Netzwerk kontinuierlich ihre Prozesse verbessern, werden als leistungsfähige Begleiter der Klinik in einem sich stetig verändernden Umfeld wahrgenommen.

9 E-Procurement

Brauchen Krankenhäuser eine Industrie-4.0-Strategie?

Kostendruck und Forderungen nach Performancesteigerungen stellen den Einkauf im Krankenhaus zunehmend vor die Herausforderung, die einkaufsrelevanten Prozesse zu verschlanken, zu optimieren und zu beschleunigen. Dabei sollten die Abläufe konzernweit standardisiert werden. Durch den Einsatz innovativer digitaler Technik im Einkauf können durchgängig digitalisierte, automatisierte und medienbruchfreie Bestellprozesse installiert werden. Im Fokus stehen dabei elektronische Lösungen, mit denen sich Transparenz über Mengen, Preise, Qualität und Performance der Lieferanten medienbruchfrei erreichen lässt.

Die Digitalisierung durchdringt die Unternehmen mit rasantem Tempo. Industrie 4.0, Smart Factory und Big Data sind vielfältige Begriffe, die letztlich auf dasselbe abzielen: Die Prozesse im Geschäftsalltag sollen durch den Einsatz digitaler Innovationen effizienter über die Bühne gehen. Für den Einkauf heißt das: Er muss smarter und vernetzter werden. Doch von der vollständig digitalen Wirtschaft ist der Einkauf noch ein ganzes Stück entfernt. Organisation und Prozesse werden zwar zunehmend durch IT-Unterstützung optimiert. Aber es gibt noch viel zu tun, insbesondere was die Automatisierung der Bestellabwicklung betrifft. So bewerten Einkaufsleiter großer und mittelständischer Unternehmen in der jüngsten Lünendonk-Studie⁴ vor allem die digitale Integration der Lieferanten in die allgemeinen Abwicklungsprozesse und in die Belegflüsse für Bestellbestätigungen und Rechnungen als mangelhaft. Viele Unternehmen planen deshalb in den nächsten zwei Jahren, den Automatisierungsgrad ihrer Lieferantenanbindung intensiv zu verbessern, mit den Schwerpunkten automatische Erfassung, Prüfung und Verarbeitung von Belegen. Dafür brauchen sie – neben der Kooperation der Lieferanten – geeignete technische Lösungen sowie Beratungs- und IT-Dienstleistungen.⁵

Allerdings gehen die Meinungen über die Rolle des Einkaufs weit auseinander. Sie reichen von „aktiver Treiber“ bis „lediglich Unterstützer“. Deshalb muss sich der Einkauf stärker in die Diskussion um Industrie 4.0 einschalten. Als Innovationsscout und Experte für Technologie und Management findet er dann auch Gehör. Das sind zentrale Ergebnisse der Studie „Digitalisierung des Einkaufs – Einkauf 4.0“⁶, die das Fraunhofer-Institut für Materialfluss und Logistik IML und der Bundesverband Materialwirtschaft, Einkauf und Logistik e.V. (BME) im April 2016 veröffentlicht haben. Zwischen August 2015 und April 2016 waren insgesamt 25 Einkaufsleiter und CPOs namhafter Industrieunternehmen sowie Vertreter von zwei Hochschulen befragt worden.

Studie „Digitalisierung des Einkaufs – Industrie 4.0“

Zentrale Umfrageergebnisse

- Eine starke interne und externe Vernetzung ist das Maß aller Dinge, wenn Industrie 4.0 erfolgreich entwickelt werden soll. Während die Vernetzung im eigenen Unternehmen alle Abteilungen gleichermaßen betrifft, ist insbesondere der Einkauf bei der externen Vernetzung gefordert. Der Austausch von Know-how mit anderen Unternehmen und Organisationen macht es erst möglich, von den Vorteilen der Digitalisierung zu profitieren. Der Einkauf ist Treiber der externen Vernetzung und trägt hier die volle Verantwortung. Ihm kommt bei der Umsetzung von Industrie 4.0 eine entscheidende Rolle zu: Er muss die Innovationen und Technologien ins Unternehmen bringen, damit es die vierte industrielle Revolution erfolgreich meistern kann.

⁴ Lünendonk-Whitepaper: Mehr Effizienz im Einkauf von Krankenhäusern und Kliniken, E-Procurement-Lösungen für die Einbindung auch kleinerer Lieferanten, Lünendonk GmbH, 2015.

⁵ BIP eSolutions Report 2016, Bundesverband Materialwirtschaft, Einkauf und Logistik e.V.

⁶ Pellengahr, Karolin; Schulte, Dr. Axel T., Fraunhofer IML und Richard, Judith; Berg, Matthias, BME e.V.: Vorstudie Einkauf 4.0 – Digitalisierung des Einkaufs, 2016

- Der Einkauf muss künftig in Echtzeit reagieren können. Das geht nur, wenn er zuvor seine Prozesse weitestgehend digitalisiert hat. Der Einkauf muss ein zunehmend digitalisiertes Beschaffungsportfolio managen. Nicht nur die Prozesse des Einkaufs, sondern auch die zu beschaffenden Produkte unterliegen dem Wandel der Digitalisierung.
- Operative Einkaufsprozesse können nahezu komplett digitalisiert werden. Sie müssen nicht durch einen Mitarbeiter abgewickelt werden; das übernehmen neue Technologien und E-Lösungen. Der strategische Einkauf steuert und überwacht diese Prozesse dann nur noch. Damit ist der operative Einkäufer ein Auslaufmodell.
- Die Anforderungen und Erwartungen an den strategischen Einkauf wachsen und damit die Forderung nach einem erhöhten Wertbeitrag.
- Das Berufsbild des Einkäufers wandelt sich grundlegend. Seine traditionelle Rolle ist passé. Er wird zum digitalen Schnittstellenmanager nach innen und außen.
- Technologien schaffen viele neue Möglichkeiten für Unternehmen, ersetzen allerdings keine persönlichen Beziehungen. Besonders im Einkauf bleiben persönliche Kontakte zu Lieferanten und internen Kunden eine wichtige Basis.
- Der Einkauf trägt nicht die Gesamtverantwortung für die Umsetzung von Industrie 4.0 – dennoch spielt er dabei eine entscheidende Rolle.

Die aktuelle Studie ist Ausgangspunkt für weitergehende, detaillierte Untersuchungen zum Thema Einkauf 4.0. Dazu haben BME und Fraunhofer IML einen Think Tank als Erfahrungs- und Ideengeber gegründet. Aufgabe dieses Expertenkreises ist es, Erfahrungswerte aus der bisherigen Praxis zusammenzutragen sowie die mit der fortschreitenden Digitalisierung der Wirtschaft verbundenen Anforderungen an den Einkauf zu ermitteln.

Die komplette Studie „Digitalisierung des Einkaufs – Einkauf 4.0“ steht auf www.bme.de/pr für Sie zum Download bereit.

Mehr Effizienz im Einkauf: Wie Kliniken mit flexiblen Lösungen ihre Lieferanten besser anbinden

(von Reinald Schneller, Geschäftsführer Netfira GmbH)

Der Einkauf in Krankenhäusern und Kliniken verwaltet oft mehrere zehntausend Artikel und wickelt jährlich eine erhebliche Zahl von Transaktionen ab. Eine Vereinfachung der Bestellungen und Rechnungsabwicklung über E-Procurement-Anwendungen verspricht also beachtliche Effizienzgewinne – sowohl bei den Abläufen als auch beim finanziellen Ergebnis. Jedoch sind diese Prozesse in vielen Fällen noch weitgehend manuell, denn häufig fehlt die elektronische Anbindung der Lieferanten. Der Grund: Die meisten Tools sind teuer, unflexibel und technisch zu komplex. Gefragt sind schnell implementierbare Lösungen, welche die Lieferanten zum Mitmachen motivieren.

Nur ein Drittel der Krankenhäuser in Deutschland nutzt elektronische Beschaffungslösungen⁷. Und sogar nur jedes siebte Krankenhaus hat E-Procurement-Lösungen in ein eigenes Enterprise-Resource-Planning-System (ERP) integriert. Hält man sich vor Augen, wie viel Geld in den Einkaufsabteilungen deutscher Kliniken Jahr für Jahr bewegt wird – knapp 34 Milliarden Euro an Sachkosten waren es allein im Jahr 2013; die so oft in der Preisdiskussion stehenden Arzneimittel schlagen dagegen mit vergleichsweise mageren 3,7 Milliarden Euro zu Buche – wird deutlich, wie groß das Potenzial ist, das hier noch schlummert.

Typisch für die Struktur des Krankenhauseinkaufs sind – wie übrigens in vielen anderen Branchen auch – die oft hohe Zahl von großen wie auch kleineren Lieferanten sowie die Vielfalt der einzukau-

⁷ Lünendonk-Whitepaper: Mehr Effizienz im Einkauf von Krankenhäusern und Kliniken, E-Procurement-Lösungen für die Einbindung auch kleinerer Lieferanten, Lünendonk GmbH, 2015.

fenden Artikel und ihrer Varianten: Viele Artikel mit einem insgesamt nur geringen Anteil an Sachkosten umfassen die meisten Einzelartikel, verursachen aber den Großteil der Bestellvorgänge und werden von den anteilig meisten Lieferanten bezogen. Dies führt einerseits zu hohen Prozesskosten durch zahlreiche zeitraubende Bestellungen, andererseits entstehen Einkaufsnachteile, weil Rabattmöglichkeiten oder Rahmenverträge wegen einer mangelnden Übersicht und Bündelung der Bestellungen nicht optimal genutzt werden können.

Traditionelle Lieferantenanbindung statt automatisierter Lieferketten

In der Regel sind viele Lieferanten von Krankenhäusern nicht besonders gut in automatisierte Bestellvorgänge eingebunden. Durchgängige elektronische Beschaffungslösungen sind nach wie vor die Ausnahme. In der Folge gibt es immer noch viele manuelle Abläufe in Beschaffung, Einkauf und Rechnungswesen. Es kommt zu Medienbrüchen, zum Beispiel zwischen Papier (Fax) und elektronischer Datenverarbeitung der ERP-Systeme, welche die Beschaffung und Bestellabwicklung unnötig verteuern. Intransparenz und verlängerte Bearbeitungszeiten sind die Folge.

Die Gründe für die schleppende Automatisierung im Klinikeinkauf sind schnell aufgezählt: Die meisten „großen“ E-Procurement-Lösungen zur Lieferantenanbindung (EDI, Portale, Marktplätze oder strategische E-Procurement-Plattformen) sind in der Implementierung technisch zu aufwändig, die Funktionalitäten zu umfangreich beziehungsweise für die Lieferanten gar nicht relevant oder die Einführung erscheint schlicht als zu teuer. Umso nachvollziehbarer ist es, dass viele Lieferanten vor einer Anbindung zurückschrecken – nicht zuletzt, wenn sie darüber hinaus keine messbaren Vorteile für ihr Geschäft darin sehen.



Zukunftsorientiert, modular und leicht integrierbar

Gerade für die Zusammenarbeit mit Lieferanten und Supply-Chain-Partnern sehr unterschiedlicher Größe empfiehlt sich die Wahl eines flexiblen und modularen Automatisierungssystems, das leicht zu implementieren ist – sowohl für den Einkauf als auch für die Lieferanten. Dabei muss im Vorfeld abgeklärt werden, ob sich das System gut in die bestehende IT-Landschaft oder Cloud-basierten Lösungen integrieren lässt und etablierte Workflows ohne Anpassungszwang unterstützt. Die Integration sollte möglichst unkompliziert und schnell erfolgen, idealerweise wie beim Laden einer App. Sie sollte keine komplexen Schnittstellen erfordern und ohne größere Belastung der IT durchgeführt werden können. Im Idealfall verwaltet der Einkauf sie selbst.

Das wichtigste bei der Systemauswahl ist aber, dass das E-Procurement-System auch die Lieferanten einbezieht. Denn nur, wenn möglichst viele von ihnen mitmachen, kann das Automatisierungspotenzial voll ausgeschöpft werden. Lieferanten müssen mit dem Einkauf eines Kunden alle Transaktionen automatisieren können. Bestellungen, Bestellbestätigungen und -änderungen, Lieferpläne, Rechnungen und viele andere Vorgänge müssen unkompliziert und zuverlässig übertragen werden. Das Onboarding muss schnell gehen und darf den Lieferanten technisch und finanziell nicht überfordern.

Innovative E-Procurement-Lösungen – wie die Business-to-Business-Suite von Netfira – machen Lieferanten und Kunden zu echten Dialogpartnern und automatisieren über die Bestellabwicklung hinaus alle B2B-Abläufe bis hin zur Rechnungsübermittlung und -prüfung. Neben der Automatisierung der B2B-Transaktionen bietet sie mit der „Seller App“ und der „E-Mail-App“ ein schnelles und unkompliziertes Onboarding von Lieferanten und ermöglicht bei Bedarf sogar Echtzeit- und Dialogverbindungen zwischen den Systemen von Käufern und Verkäufern. Der Aufwand für Einführung und Betrieb ist überschaubar niedrig, der Nutzen für beide Seiten hingegen messbar groß.

Ansprechpartner:

Reinald Schneller, Geschäftsführer

Netfira GmbH

Altrottstraße 31, 69190 Walldorf, Tel.: +49 (0)6227 381 128, Mobil: +49 (0)171 833 7693

reinald.schneller@netfira.com, www.netfira.de

Benefit für das gesamte Gesundheitssystem

(von Sylvia Reingardt, GS1 Germany GmbH)

Das europäische Gesundheitssystem steht vor enormen Herausforderungen, denen auch die Krankenhäuser ausgesetzt sind. Zum einen sehen sie sich einem steigenden Kostendruck gegenüber, zum anderen werden ihre Patienten immer anspruchsvoller. Um unter diesen Voraussetzungen im Wettbewerb bestehen zu können, sind konsequent wirtschaftliches Handeln und ein Plus an Qualität das A und O eines erfolgreichen Krankenhausmanagements.

Tragfähige Lösungen sind gefragt, wie zum Beispiel eine durchgängige Prozessoptimierung entlang der Beschaffungskette von Medizinprodukten, Pharmazeutika und Verbrauchsmaterialien. Die Standardisierung aller Informationen und ihrer Verarbeitung in einem umfassenden E-Procurement, also einem elektronisch vernetzten Beschaffungswesen, ist eine solche Lösung. Sie ermöglicht finanzielle Entlastungen bei zunehmender medizinischer Qualität.

Die Standards von GS1 bieten die technischen Voraussetzungen, um den gesamten Beschaffungsprozess effizienter zu gestalten. Bis zu 75 Prozent der Prozesskosten können Krankenhäuser mit international gültigen Standards und einem umfassenden E-Procurement einsparen. (So das Ergebnis einer Studie der Ruhr-Universität Bochum im Auftrag von GS1 Germany.) Sie hat die Möglichkeiten der Prozessoptimierung in der deutschen Krankenhauslandschaft untersucht. Bereits durch das Umstellen in den Bereichen Artikelneuanlage, Artikeldatenänderung, Bestellung, Wareneingangsbearbeitung, Warenausgang und Rechnungsbearbeitung könne laut der Bochumer Studie erheblich Zeit eingespart werden. Für die Krankenhäuser bedeutet das eine finanzielle Entlastung. Bis zu 72 Millionen Euro, errechnet die Bochumer Studie.

Für Thomas Klein, Leiter Konzerneinkauf des Universitätsklinikums Düsseldorf und Vertreter der EK-UNICO, führt kein Weg daran vorbei, sich in der gesamten Krankenhauslandschaft auf einen einzigen durchgängigen Standard zu einigen. „Alle Marktteilnehmer, von den Herstellern bis hin zu den Krankenhäusern, müssen sich gemeinsam auf den Weg machen. Die international anerkannten und bewährten Standards von GS1 bieten dazu das richtige Instrumentarium. Konkrete Schritte sind gefragt“, erklärt Klein und fordert: „Die Henne-Ei-Diskussion, wer den ersten Schritt machen muss, ist obsolet – so erreichen wir kein Ziel. Man muss nicht nur drüber reden, sondern etwas unternehmen. Es muss Drive in den ganzen Prozess kommen!“

In vielen Krankenhäusern ist die Bestellung, Vereinnahmung und Berechnung von Waren ein sehr komplexer Prozess. Bis die Ware im Krankenhaus und schließlich beim Patienten ankommt, vergeht wertvolle Zeit.

- Aus den einzelnen **Abteilungen des Krankenhauses** kommen die Bedarfsmeldungen, meist in Papierform.

- Sie werden in der **Materialwirtschaft** entgegen genommen und dort manuell zu Bestellungen an verschiedene Lieferanten umformuliert.
- Der **Lieferant** wiederum muss die Bestellung prüfen, die bestellten Waren zusammenstellen und an einen Logistiker übergeben. Dazu werden Lieferscheine ausgefüllt und Frachtpapiere erstellt.
- Ist in der Lieferkette noch ein **Großhandel** oder eine **Großapotheke** zwischengeschaltet, werden dort die Waren noch einmal vereinnahmt, geprüft, eventuell neu zusammengestellt und mit neuen Papieren versehen.
- Damit aber nicht genug. Denn bei der **Warenannahme im Krankenhaus** schließlich geschieht das alles noch einmal. Lieferscheine werden geprüft, Stückzahlen kontrolliert, Paletteninhalte mit der abgegebenen Bestellung verglichen.
- Und die anschließende Rechnungslegung des Lieferanten löst am Ende eine erneute Prüfroutine in der **Buchhaltung** aus: Lieferscheine werden erneut geprüft und mit der Rechnung verglichen, der tatsächliche Wareneingang wird noch einmal hinterfragt und bestätigt und die vereinbarten Preise werden auch wieder kontrolliert und abgehakt.

Dieser Weg von der Bestellung bis zur Lieferung und Bezahlung der Ware ist lang und umständlich. Mehr noch: Er ist extrem fehleranfällig, denn bei jeder manuellen Übertragung der Bestell-, Liefer- und Rechnungsdaten auf ein neues Formular können Informationen verfälscht werden oder verloren gehen. Der Prozess des mehrfachen „Abschreibens“ von Informationen kostet alle Beteiligten daher wertvolle Zeit, bindet Kapazitäten und verschlingt letzten Endes Geld – unnötig viel Geld. Denn das Zeitalter der Zettelwirtschaft könnte in den Krankenhäusern eigentlich schnell beendet werden. Längst gibt es moderne Konzepte für die medizinische Lieferkette, die den Aufwand für die mehrfache manuelle Erfassung von Bestellungen, Lieferungen und Rechnungen um mehr als 90 Prozent reduzieren.

Elektronische Nachrichten: Moderne Kommunikation macht vieles leichter

„EDI“ heißt das Stichwort und steht für „Electronic Data Interchange“, also für den elektronischen Datenaustausch – zum Beispiel zwischen einem Krankenhaus und seinem Lieferanten. Mit EDI werden Bestellungen, Lieferavis und Rechnungen nicht mehr in Papierform, sondern in elektronischer Form verschickt. Die Transaktionen zwischen den Partnern können auf diese Weise schnell, sicher und transparent durchgeführt werden. Denn der elektronische Datenaustausch kommt ohne das komplizierte und fehleranfällige „Abschreiben“ von Lieferdaten und Produktlisten aus. Genutzt werden stattdessen standardisierte elektronische Nachrichten, die zwischen dem Versender und Empfänger einer Warensendung ausgetauscht werden. Solche standardisierten Nachrichtenformate werden von GS1 entwickelt und sorgen dafür, dass Sender und Empfänger – also zum Beispiel ein Krankenhaus und ein Hersteller von Medizinprodukten – ihre Daten in einem standardisierten Format austauschen und ohne weitere manuelle Eingriffe automatisch weiterverarbeiten können. Die Warenliste wird dabei nur einmal zusammengestellt, nämlich bei der Bestellung. Alle weiteren Schritte im Lieferungsprozess laufen automatisch ab.

Das hat Vorteile für alle Beteiligten. Durch eine elektronische Lieferavisierung beispielsweise kann der Lieferant dem Krankenhaus die Lieferdaten bereits mitteilen, wenn er die Lieferung auf den Weg bringt. Welche Waren sind aktuell verfügbar? Wann kommen sie an? Das Krankenhaus weiß alles das bereits vor Anlieferung der Ware und kann entsprechende Lagerkapazitäten schon im Voraus planen. DESADV, Despatch Advice, heißt das GS1-Nachrichtenformat, das diese Lieferavisierung ermöglicht. Es enthält eine Referenz auf die Bestellnummer und eine packstückbezogene Beschreibung der Sendung mit Auflistung aller enthaltenen Artikel. Und noch mehr. Denn neben der Artikelidentifikation (GTIN) sind auch noch zusätzliche Produktinformationen enthalten, die zum Zeitpunkt der Bestellung noch gar nicht bekannt waren, etwa Chargen und Verfallsdaten. Alle diese Informationen liegen dem Krankenhaus dank EDI schon vor, bevor die Ware physisch eintrifft.

Wenn Aufwand schnell in Nutzen umschlägt

Auch die Warenannahme vereinfacht sich durch EDI deutlich. Beim Eintreffen der Ware muss nicht mehr mühselig alles nachgezählt werden. Vielmehr ist der Abgleich zwischen Lieferung und

Bestellung jetzt automatisch möglich. Weil der Lieferant dem Krankenhaus bereits zuvor elektronisch mitgeteilt hat, welche Waren in der gelieferten Mischpalette enthalten sind, genügt bei der Warenannahme eine Sichtkontrolle.

Möglich wird dieses vereinfachte Verfahren durch die Nummer der Versandeinheit – den so genannten „Serial Shipping Container Code“, kurz: SSCC. Diese Nummer wird für jede Versandeinheit – also zum Beispiel für eine Palette mit Medizinprodukten – einmalig vergeben. Sie ermöglicht, das Packstück in jedem Stadium der Transportkette jederzeit eindeutig zu identifizieren.

Der SSCC bringt zwei Besonderheiten mit. Zum einen kann er mit den Artikeldaten der auf der Palette enthaltenen Waren verknüpft werden, so dass der Inhalt auch von Mischpaletten jederzeit eindeutig identifiziert werden kann – ohne manuelle Kontrolle. Zum anderen kann er mit einem Barcode verschlüsselt dargestellt und deshalb einfach eingescannt werden. Auf diese Weise können auch komplexe Warenlieferungen erkannt werden.

Durch den Verzicht auf händische Datenübertragung werden nicht nur Fehler vermieden und Zeit eingespart. Der Scanvorgang bei der Warenannahme löst zudem automatisch weitere Schritte aus. Der Lieferant bekommt automatisch eine Bestätigung, dass die Ware eingetroffen ist. Anschließend erhält das Krankenhaus die Rechnung des Lieferanten – ebenfalls automatisch und auf elektronischem Weg, so dass der Aufwand für die früheren manuellen Prozesse komplett entfällt. Und noch ein Vorteil: Im Warenwirtschaftssystem des Krankenhauses kann der Warenbestand für die angelieferten Artikel automatisch aktualisiert werden – sie sind somit im System sofort verfügbar und können für die medizinische Versorgung genutzt werden, ganz ohne zeitaufwändige manuelle Erfassung.

Krankenhausvertreter die diese Umstellung bereits durchgeführt haben sind der Meinung: „Die Einführung von EDI im Krankenhaus verspricht deutliche Vorteile, weil die Prozesskosten in der Warenwirtschaft deutlich gesenkt werden können“. Zahlreiche Pilotprojekte von GS1 in Kooperation mit den Anwendern zeigen, dass die Branche allein im Wareneingang und beim Rechnungsversand jährlich fünfstellige Summen einsparen kann. Auf der anderen Seite ist klar: Wer der Zettelwirtschaft im Krankenhaus ein Ende bereiten und auf elektronischen Datenaustausch umstellen will, muss dafür ebenfalls Ressourcen bereitstellen – organisatorisch und finanziell. Doch dieser Aufwand ist einmalig. Und er rentiert sich. Denn er wird anschließend jeden Tag durch Kostenersparnisse, Effizienzgewinne und durch ein Plus an Sicherheit und Transparenz belohnt.

Lesenswert: EDI-Anwendungsempfehlung für das Gesundheitswesen mit EANCOM® 2002

Empfehlung für den Austausch von Bestellungen, Bestellbestätigungen, Lieferavisen und Rechnungen und Gutschriften im Gesundheitswesen basierend auf EANCOM®2002

Sie umfasst die zentralen Nachrichtenarten Bestellung (ORDERS), Bestellbestätigung (ORDRSP), Lieferavis (DESADV) und Rechnung/Gutschrift (IN-VOIC) basierend auf EANCOM®2002. Ziel ist die Optimierung des Beschaffungsprozesses: Bestellungen lassen sich schneller austauschen, Waren schneller verfügbar machen. Lagerbestände werden reduziert. Die so frei werdenden finanziellen und personellen Ressourcen können zur Sicherung der Qualität in der Patientenversorgung genutzt werden.

Die vorliegende Anwendungsempfehlung steht in deutscher und englischer Sprache bereit und steht GS1 Lizenznehmern kostenfrei zur Verfügung. Abweichungen zu EANCOM® 1997 sind darin dokumentiert.

Ansprechpartnerin:

Sylvia Reingardt, Senior Branchenmanager Gesundheitswesen, Sales + Implementation

GS1 Germany GmbH

Maarweg 133, 50825 Köln, Tel.: +49 (0)221 94714 438, Mobil: +49 (0)175 1826895

E-Mail: reingardt@gs1-germany.de, www.gs1-germany.de

10 Lieferantenmanagement

Während der strategische Einkauf im Krankenhaus in den letzten Jahren substituierbare Produkte mit breiter Produktvarianz bei geringer Innovationstiefe mit den Standardinstrumenten Standardisierung, Bündelung, Aktivieren des Wettbewerbs über Verhandlungen erfolgreich bearbeitet hat, drängen nun verstärkt Lieferanten auf den Markt, die Nischen besetzen und als Quasi-Monopolisten für ein hochinnovatives Produkt oder eine sehr begrenzte Produktpalette auftreten. Diese gewinnen Anwender als Early Adopter und etablieren so starre Preismengenmodelle in den Krankenhäusern, die kaum oder überhaupt nicht mehr verhandelbar sind. Das hat mehrere nachteilige Effekte für die Organisation des Krankenhauses: zum einen verschlechtert sich das ökonomische Ergebnis, zum anderen kann überhaupt nicht sichergestellt werden, dass die Krankenhäuser über die Voraussetzungen für den Betrieb und die Anwendung der Medizinprodukte verfügen (z.B. bei der Aufbereitung, der Einbindung in IT-Netzwerke und der Instandhaltung). Unter Umständen sind teure Folgeinvestitionen und -kosten die Folge. Daraus resultiert die Notwendigkeit, ein effektives und nachhaltiges Lieferantenmanagement zu etablieren, das auf die Bearbeitung bestehender Lieferantenbeziehungen wie auch auf die Einbindung geeigneter Substitutionslieferanten abzielt.

Grundlagen des Lieferantenmanagements

Grundlage für die Etablierung eines Lieferantenmanagements im Unternehmen ist zunächst eine individuelle Definition des Begriffs sowie eine Festlegung der enthaltenen Aktivitäten. In der Praxis lassen sich hierbei Unterschiede feststellen. So ist in manchen Definitionen die Lieferantenauswahl enthalten, in anderen wiederum beginnt das Lieferantenmanagement erst nach Vertragsabschluss. Differenziert wird auch hinsichtlich der einzubeziehenden Lieferanten. So wird Lieferantenmanagement in manchen Unternehmen nur für strategisch wichtige Lieferanten oder nur für Lieferanten von direktem Material angewendet, in anderen ist die Steuerung und Entwicklung aller Lieferanten hierunter zu verstehen. Die folgenden beispielhaften Definitionen sollen die Komplexität des Begriffs deutlich machen:

„Lieferantenmanagement ist das Steuern und Entwickeln der Lieferanten nach Vertragsabschluss“

„Lieferantenmanagement ist das Steuern und Entwickeln der Lieferanten nach Lieferantenauswahlprozess“

„Lieferantenmanagement umfasst die Auswahl, Freigabe, Bewertung und Entwicklung von Lieferanten“

„Lieferantenmanagement umfasst alle Aktivitäten zum Umgang mit Lieferanten, mit dem Ziel, Unternehmens- und Warengruppenstrategie zu erreichen“

Der Einkauf sollte sich außerdem bei Einführung eines Lieferantenmanagements überlegen und festhalten, welche Ziele damit erreicht werden sollen. In der Praxis sind dies die gängigen Ziele:

Ziele Lieferantenmanagement
Objektive Vergleichbarkeit
Entwicklung von Lieferanten
Optimierung der Position des eigenen Unternehmens
Sicherstellung der (Qualitäts-)Anforderungen
Kontrolle und Minimierung von Risiken
Integration von Lieferanten in Prozesse
Erreichen der eigenen Beschaffungsziele

Abbildung 13: Ziele Lieferantenmanagement

Balanced Scorecard als Grundlage für das integrierte Lieferantenmanagement

Ein geeignetes Instrument, um die Erreichung dieser Ziele zu überprüfen und um die übergeordnete Lieferantenmanagement-Strategie abzubilden ist die sogenannte Balanced Scorecard (kurz: BSC), welche versucht, die Strategie herunter zu brechen. Zu diesem Zweck werden für unterschiedliche Perspektiven geeignete Kennzahlen und Unterziele definiert, die auch untereinander in einem kausalen Zusammenhang stehen können. In einer klassischen BSC werden Finanz-, Prozess-, Kunden- und Potenzialperspektive verwendet, die in einer Einkaufs-BCS um die Perspektiven Lieferanten und monetärer Ergebnisbeitrag ergänzt werden können.

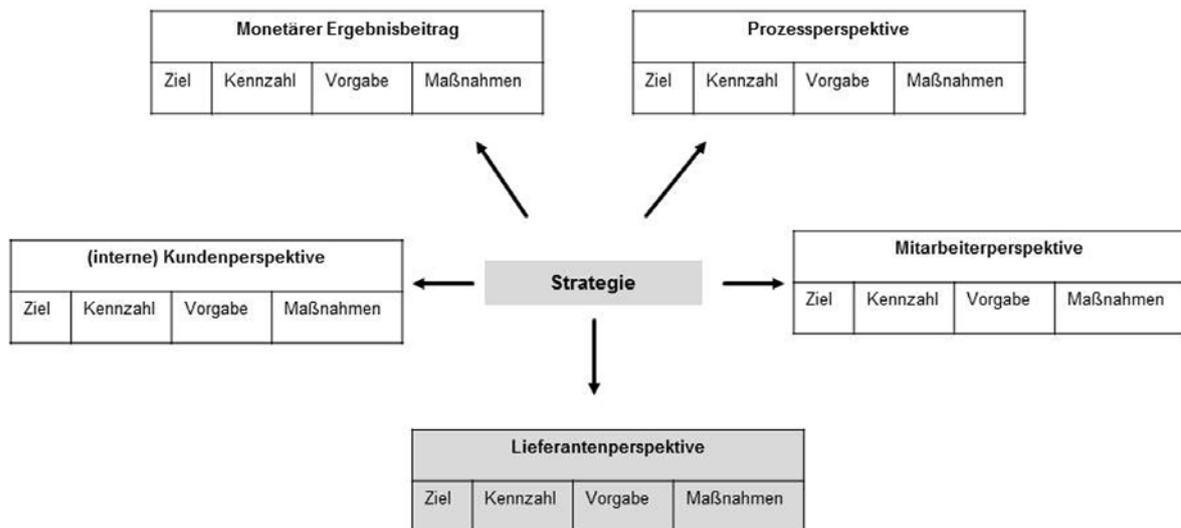


Abbildung 14: Einkaufs-Balanced-Scorecard⁸

Für eine multifaktorielle Betrachtung der Lieferantenbeziehung ist es sinnvoll, neben ökonomischen auch qualitative Kennzahlen zu erheben und in einer Gesamtschau zusammenzuführen, die einen möglichst vollständigen Überblick über den aktuellen Status der Lieferantenbeziehung bietet. So könnte als Kennzahl etwa die Häufigkeit von Produktrückrufen und Sicherheitshinweisen definiert werden, die eine bestimmte Anzahl innerhalb eines Zeitraums nicht überschreiten darf. Als erste Maßnahme könnte etwa ein Lieferantengespräch festgelegt sein, in dem mit dem Lieferanten die entstandenen Prozesskosten in der Organisation des Krankenhauses und deren Kompensation thematisiert wird. Als Datenbasis sollten in die Balanced Scorecard bewertete Lieferanteninteraktionen aus der täglichen operativen Arbeit einfließen, die ein möglichst verzerrungsfreies und realitätsgetreues Abbild der Lieferantenleistung liefern. Daneben sollten diese Informationen aber auch sehr schnell und unmittelbar zur Verfügung stehen, um die Argumentation bei konflikträchtigen Themen mit einem schnell generierbaren, objektiven Lieferantendossier untermauern zu können. Idealerweise stehen diese Informationen in den ERP-Systemen zur Verfügung, die ja bereits lieferantenbezogene Daten aggregieren.

⁸ eigene Darstellung, in Anlehnung an Beschaffung Aktuell „Balanced Scorecard für den Strategischen Einkauf“, 01. März 2010

Der Lieferantenmanagement-Kreislauf

Ein beispielhafter Lieferantenmanagement-Kreislauf sieht wie folgt aus:

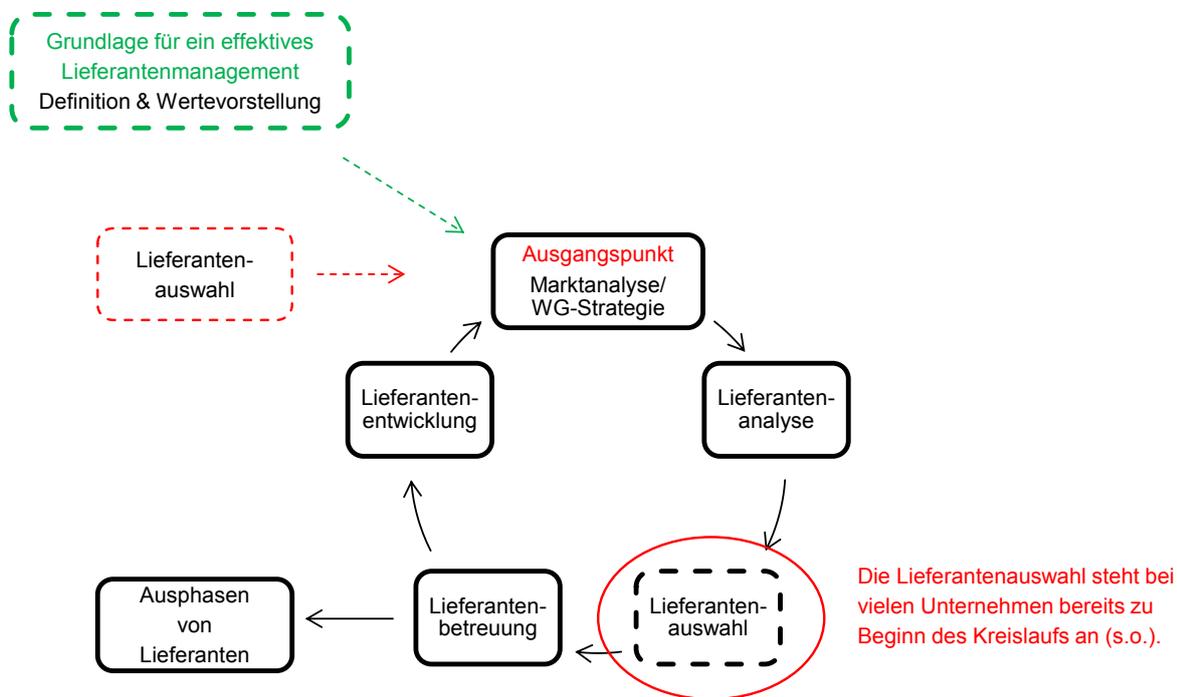


Abbildung 15: Lieferantenmanagement-Kreislauf

Vorgelagert zu diesem Kreislauf erfolgt die Festlegung und Kommunikation der Wertevorstellungen im Lieferantenmanagement. Sie bilden die Grundlage für die weitere Arbeit und definieren, welche Aspekte besondere Beachtung finden sollten.

Es ist jedoch nicht möglich, einen einheitlichen Kreislauf zu definieren, der in jedem Unternehmen genauso umgesetzt werden kann. Es macht aber dennoch Sinn, alle Aktivitäten zum Lieferantenmanagement in die folgenden vier Bereiche einzuteilen, sodass daraus eine Art Toolbox entsteht. Je nachdem, wie der Begriff Lieferantenmanagement definiert wird und wo Schwerpunkte gesetzt werden, kann sich der Einkauf aus diesen Aktivitäten bedienen.



Abbildung 16: Toolbox Lieferantenmanagement

Strategie

Häufig besteht eine Korrelation zwischen frühen, schwachen Signalen und späteren Eskalationen, die bis hin zum Abbruch der Lieferantenbeziehung führen können. Die Herausforderung für den strategischen Einkauf im Krankenhaus besteht darin, aus den scheinbar zufällig auftretenden Diskontinuitäten und plötzlichen Veränderungen der Lieferantenleistung sich andeutende grundsätzliche Strategiewechsel „herauszulesen“ und frühzeitig Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Ein Ad-Hoc-Wechsel von strategisch bedeutsamen Lieferanten kann die Leistungsfähigkeit der gesamten Organisation des Krankenhauses dauerhaft einschränken, zumal wenn kurzfristig keine erprobten Alternativen zur Verfügung stehen und ungünstige Erfahrungskurvenwerte in Kauf genommen werden müssen. Ein tief integriertes Lieferantenmanagement wird daher z.B. auch zeitlich noch nicht kritische Produkttestungen für eine erste Beurteilung der Lieferantenleistung nutzen. Diese Erfahrungen müssen gesammelt, strukturiert, bewertet und aktualisiert werden, um im Bedarfsfall darauf zurückgreifen zu können. Daneben ist die systematische Analyse bestehender Lieferantenbeziehungen eine Grundvoraussetzung für eine wirksame Arbeit des strategischen Einkaufs, die zukünftige Entwicklungen bei bestehenden Lieferanten antizipieren kann und die Organisation des Krankenhauses optimal darauf vorbereitet. Der strategische Einkauf leistet damit einen nicht zu unterschätzenden Beitrag zur Risikominimierung.

Die Auswahl geeigneter Lieferanten oder Substitutionslieferanten setzt eine strukturierte Beschaffungsmarktforschung voraus, die unter den Prämissen einer Warengruppenstrategie passende Lieferanten identifiziert, qualifiziert und in das Supplier-Netzwerk einbindet. Für die Herangehensweise sind Prozesse zu definieren, die die Möglichkeit einer Bewertung des Lieferanten schaffen, so dass dieser einer zutreffenden Kategorie zugeordnet werden kann. Häufig lässt sich auch eine Überschneidung des Produktportfolios von zwei bereits bekannten Lieferanten beobachten, die ebenfalls Zugang zu Substitutionsmöglichkeiten eröffnen. Ein Verfahren, um komplett unbekannte Lieferanten zu evaluieren, stellt dabei die Präqualifizierung dar. Neben den Daten, die in Präqualifizierungsdatenbanken hinterlegt sind und bereits im Rahmen der Beschaffungsmarktforschung aufgenommen werden sollten, müssen eigene Anforderungen und Kriterien definiert werden, die zukünftige Lieferanten erfüllen sollen. Dabei lässt sich auf die bereits vorhandenen, gewichteten Kennzahlen zurückgreifen, die für eine bestimmte Warengruppe ein Soll-Profil bilden, das mit dem Ist-Profil des betrachteten Lieferanten verglichen wird. Über bestimmte weitere Verfahrensrunden – z.B. Testlieferungen – kann sich der Lieferant qualifizieren und schließlich als geprüfter Lieferant geführt werden.

Für ein abgestimmtes Vorgehen und eine gemeinsame Positionierung gegenüber einem Lieferanten ist es erforderlich, dass alle Beteiligten am Meinungsbildungsprozess (v.a. auch die Anwender) über dieselben Informationen zum aktuellen Status der Lieferantenbeziehung und zu allen Faktoren verfügen, die die Bewertung eines Lieferanten beeinflussen könnten. In der Regel handelt es sich dabei um berufsgruppenübergreifende, crossfunktionale Teams, deren Interaktion vom strategischen Einkauf koordiniert und organisiert wird. Es bietet sich daher an, diese Informationen auf einer gemeinsamen Plattform zur Verfügung zu stellen. Der Lieferant sollte aktiv an der Verbesserung der Lieferantenbeziehung mitwirken können. Deswegen muss die Plattform auch für den Lieferanten von außen zugänglich sein. In einem regelmäßigen Austausch zu den gegenseitigen Erwartungshaltungen sollten die wesentlichen Eckpunkte der Lieferantenbeziehung (z.B. Umsatz, Qualitätskennzahlen, usw.) thematisiert und abgeglichen werden. Eine aussagekräftige Lieferantenbewertung erfordert, auf die Vollständigkeit und Objektivität der erhobenen Daten allergrößten Wert zu legen.

Klassischerweise werden im Rahmen der Lieferantenbewertung die Faktoren Kosten, Qualität, Zeit und Potenzial betrachtet. Unterschiede können sich dabei z.B. bei der Bewertung von Dienstleistungen und Produkten ergeben, da bei der Bewertung von Lieferanten im Dienstleistungsbereich die Definition geeigneter KPIs erschwert ist.

Die Ergebnisse der Lieferantenbewertung oder eines Audits sollten den Lieferanten in regelmäßigen Abständen kommuniziert werden – entweder als E-Mail-Versand oder in einem persönlichen Gespräch. Zum Teil beinhaltet diese Kommunikation auch den direkten Vergleich mit einer Referenzgruppe bzw. mit anderen Lieferanten.

Als Resultat der Lieferantenbewertung folgt die Lieferantenklassifizierung, bei der Lieferanten anhand ihrer Bewertungsergebnisse in unterschiedliche „Klassen“ eingeordnet werden. In einem Lieferantenportfolio beispielsweise, welches die komprimierten Bewertungsergebnisse vereint, werden die beiden Dimensionen Versorgungsrisiko sowie strategische Bedeutung des Lieferanten gegenüber gestellt.

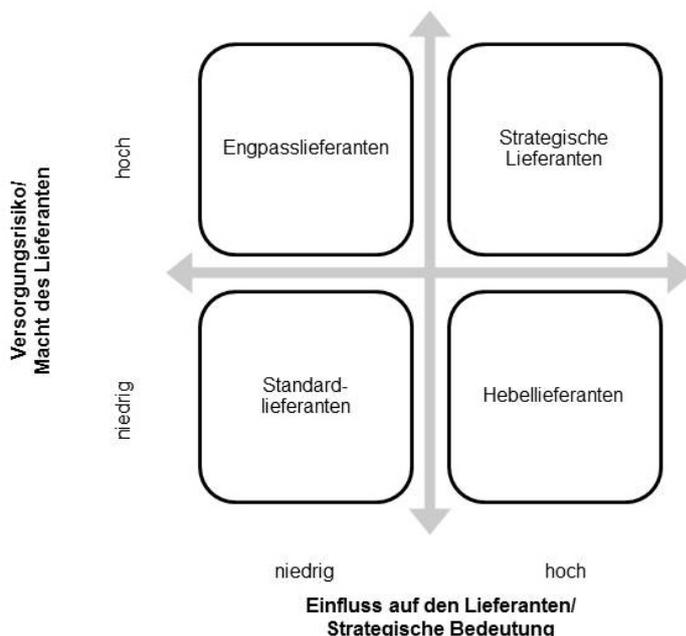


Abbildung 17: Lieferantenportfolio

Der Einkauf kann mit Hilfe der fertigen Portfolio-Analyse notwendige Strategien und Stoßrichtungen für die einzelnen Lieferanten-Klassen bestimmen und seine Grundeinstellung im Rahmen von Verhandlungen ableiten. Wurden strategische Lieferanten identifiziert, sollte eine partnerschaftliche Zusammenarbeit angestrebt werden, von der beide Seiten profitieren. Hier machen ebenso Aktivitäten zur Lieferantenentwicklung Sinn. Die Zusammenarbeit mit Standard-Lieferanten sollte, wie der Name bereits erahnen lässt, möglichst standardisiert werden, um Zeitaufwand und Prozesskosten zu reduzieren. Die Strategie für Engpass-Lieferanten lautet, diese möglichst aus dem Lieferantenportfolio zu eliminieren und durch unkritische Lieferanten zu ersetzen oder den Bedarf auf mehrere Lieferanten zu verteilen. Bei sog. Hebel-Lieferanten macht es Sinn, Alternativen zu prüfen und Substitut-Lieferanten auszuwählen.

Lieferantenmanagement und Vergaberecht

Das Vergaberecht ergänzt sich an vielen Punkten mit einem integrierten Lieferantenmanagement, und zwar in zwei Richtungen. Zum einen bricht die Novellierung des Vergaberechts mit dem bisherigen Vorrang des offenen Verfahrens, zum anderen kann das Lieferantenmanagement durch Vorhalten eines Lieferanten- und Informationspools das Risiko senken, auf einen Lieferanten zu treffen, der im Vergabeverfahren zwar ein scheinbar zuschlagsfähiges Angebot abgibt, über den aber ansonsten relativ wenig bekannt ist. Noch dazu unterstützt das Lieferantenmanagement mit Anforderungsprofilen die Festlegung von Eignungskriterien oder die Erstellung von Leistungsbeschreibungen. Einem Lieferanten mit Schlechtleistung kann zudem aufgegeben werden, eine kontinuierliche Verbesserung in den Punkten nachzuweisen, die zu seiner Schlechtleistung geführt haben. Wenn das wettbewerbsneutral und ohne Bevorzugung oder Schlechterstellung anderer Lieferanten geschieht, ist auch dieses Vorgehen vergaberechtlich nicht zu beanstanden.

Krankenhauslogistik

Die Logistik im Krankenhaus ist ein komplexes Zusammenspiel verschiedenster Arbeitsabläufe, Funktionsbereiche, Materialflüsse und Personaleinsätze. Die medizinischen Bereiche wie die Fachkliniken, Stationen, OPs und die Notaufnahme sind auf die perfekte Zuarbeit der Zentralbereiche wie Apotheke, Belegungsmanagement, Krankenhaushygiene und Lager angewiesen. Die Steuerung, Überwachung und Abwicklung der begleitenden Verwaltungsprozesse erfolgt über die Geschäftsbereiche Einkauf, Finanzen, Personal, Recht, Patientenaufnahme und Abrechnung. Die Krankenhauslogistik ist dann effektiv organisiert, wenn die medizinische Versorgungskette reibungslos funktioniert und die Beteiligten gut „ihren Job“ machen können, ohne sich um Schnittstellenprobleme und Prozessstörungen kümmern zu müssen.

Was ist Krankenhauslogistik?

„Krankenhauslogistik ist die an den Kundenbedürfnissen ausgerichtete aktive Gestaltung (Organisation, Planung) und laufende Mobilisierung (Ausführung, Überwachung, Anpassung) der Personen-, Güter-, Informations- und Geldflüsse eines Krankenhausbetriebes mit dem Ziel, sämtliche Bedarfs- und Leistungsstellen bereichsübergreifend unter Beachtung aller rechtlicher, medizinischer, hygienischer, qualitativer, zeitlicher und wirtschaftlicher Aspekte optimal zu ver- und entsorgen und damit die langfristige Anpassungs- und Überlebensfähigkeit des Krankenhauses zu sichern.“⁹

Der Trend geht immer mehr in Richtung Ausgliederung der Krankenhauslogistik in eine selbständige Tochtergesellschaft, die als Logistik- und Einkaufspartner auch externe Kunden bedient. Die Vorteile hierfür liegen klar auf der Hand, denn mit mehr externen Nachfragern steigen die Deckungsbeiträge und die Erfahrungskurve.

Steuerungsinstrumente in der Krankenhauslogistik

Zentrallager

Bevor ein Zentrallager als Eigenbetrieb eingerichtet wird, sollten alle Materialströme im Klinikverbund analysiert und bewertet werden. Hierfür wird ein Holdinglogistikplan mit einem Streckennetz der Entfernungen, Fahrtzeiten und voraussichtlichen Transportkosten zu den einzelnen Klinikstandorten ermittelt. Über die Definition der Lagerleistungskennzahlen wird die wirtschaftlichste Lagerlösung ermittelt. Aus einem verbundweiten Zentrallager kann die Versorgung über gemischte Touren und Umschlagpunkte sichergestellt werden mit dem Ziel, Kosten für Einzelfahrten zu sparen. In der Tourenplanung ist der wöchentliche Versorgungsrythmus mit Lagerartikeln festgelegt. Die auf Kundenanforderung bestellten Durchläufer- und Streckenartikel werden individuell ergänzt. Hinzu kommt der Hol- und Bringdienst für Artikel der Grundversorgung wie Speisen, Getränke, Abfall-/Wertstoffentsorgung, Sterilgüter und Apothekenverteilung sowie Zusatzleistungen u.a. Post, Wäscheentsorgung und Bettentransport.

Anforderungsarten Materialversorgung

Modulbezogene Schrankfachversorgung

Die Versorgung mit regelmäßig verbrauchten Artikeln unmittelbar am Einsatzort erfolgt über Modulschränke/-körbe mit definiertem Artikel- und Mengeninhalte, welche durch Versorgungsassistenten des Logistikers bewirtschaftet werden. Zu den Aufgaben in der Modulversorgung zählen der Artikelscan in den Versorgungsmodulen, die Warenannahme und der Wareneingang, die Bestückung der Versorgungsmodule, Auslieferung von Streckenartikeln, Verfallskontrollen und Datenpflege des Modulsystems.

Bildschirmbestellung

Über ein elektronisches Anforderungssystem (z.B. Web-Shop) der Klinik oder des Logistikers werden Produkte mit geringem Umschlag geordert, die nicht über das Modulsystem bewirtschaftet werden können. Im Idealfall überschneidet sich die Artikelauswahl zwischen Modulsystem und Bildschirmbestellung nicht.

⁹ Walther, Dr. Markus: Auf der Suche nach operativer Exzellenz im Krankenhaus – Logistik als Rationalisierungsinstrument und strategischer Wettbewerbsfaktor in einem dynamischen Marktumfeld, Dissertation, Stuttgart, 2005, S. 204

Krankenhauskonsignation

Implantate und andere hochwertige Artikel müssen aufgrund der Notwendigkeit eines jederzeitigen Zugriffs vor Ort lagerhaltig bewirtschaftet werden. Die Artikel verbleiben bis zum Verbrauch im Eigentum des Lieferanten. Die Konsignationsauffüllung erfolgt in der Regel durch die Entnahmemeldung. Die Versorgung und elektronische Dokumentation des Einsatzes erfolgt fallbezogen und transparent mit automatisierten Verbrauchs- und Auffüllmeldungen an die Industrie.

Barcodierungen und Artikel-Scanning

In der Regel werden in den Zentrallägern und Schrankfächern selbst entwickelte Barcodierungen verwendet, die den Lagerplatz und nicht das Produkt kennzeichnen. Das Implantate-Handling erfolgt seitens OP-Pflege bisher oftmals noch analog mit Aufklebern und Formularen, die an die Lieferanten gefaxt werden. Die eigentliche Dokumentation findet erst in einem zweiten Schritt statt. Zum 1. Oktober 2015 wurden die Dokumentationspflichten seitens des Gesetzgebers bei implantierbaren Medizinprodukten verschärft, siehe §10 MPBetreibV.

Im Idealfall werden die Streckenartikel mit den individuellen Barcodes und dem Mindesthaltbarkeitsdatum vom Wareneingang mittels Scanning bis zum Verbrauch elektronisch verfolgt und mit den Patientenfall-Barcodes verknüpft. Die OP-Pflege scannt unmittelbar während bzw. nach der OP den Barcode ein. Die Verbrauchs- und Chargendokumentationen können direkt an das Krankenhausinformationssystem und somit in die elektronische Patientenakte rückübermittelt werden. Die verursachungsgerechte Zuordnung der angefallenen Ist-Kosten ist somit ohne Medienbrüche sicher gestellt.

Die Herausforderungen sind vielfältig. Bei den Stammdaten ist zu beachten, ob beispielsweise aufgrund verschiedener Produktionsstandorte mehrere Barcodes für einen Artikel existieren. Für die Weiterverarbeitung von nicht scannfähigen Artikeln sollte eine nutzerfreundliche Lösung gefunden werden. Die Erkennbarkeit unterschiedlicher Barcodes, wie Strichcodes, Datamatrix, GS1, HIBC, ein- und mehrzeilig, lieferantenspezifisch abweichend vom Standard, muss sichergestellt werden. Die Barcodeinformationen in den Stammdaten werden über den Datenprovider oder Lieferanten angereichert. Für den reibungslosen Datentransfer ist die Netzverfügbarkeit vor Ort unabdingbar.

Lieferantenübergreifend einheitliche Barcodierungen

Das Thema der einheitlichen Barcodes muss vom Einkauf konkret bei den Lieferanten eingefordert werden, damit ein einheitliches Vorgehen und eine gemeinsame Datenbasis nicht mehr Utopie bleiben. Daher empfiehlt das Kompetenzzentrum innovative Beschaffung (KOINNO) – eine Initiative im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie – den Einkäufern in Krankenhäusern, alle betreffenden Lieferanten auf folgende Richtlinie zu verpflichten.

Mindestanforderung an Hersteller und Lieferanten zur optimalen Codierung von Barcodes auf Materialverpackungen:

- Jeder Verbrauchseinheit des betreffenden Artikels auf Patientenebene einen eindeutigen Barcode zuordnen und sichtbar auftragen.
- Alle gemeinsam definierten Informationen, wie zum Beispiel die Artikelnummer, Chargen-/Seriennummer oder das Verfallsdatum, sollen in ein und demselben Barcode hinterlegt sein.
- Der Hersteller hat ein ISO-basiertes und international anerkanntes Standardisierungssystem zu verwenden. Individuelle Barcodesysteme werden nicht unterstützt.
- Alle Barcodes und die hinterlegten Informationen sind dem Krankenhaus in elektronischer Form per Katalog-/Barcodeliste als Datei zur Verfügung zu stellen. Hier kann auch die Branchenempfehlung des Bundesverbandes Medizintechnologie e.V. (BVMed) herangezogen werden, wonach der Datenaustausch in standardisierter Form über ein definiertes XML-Format vorgenommen wird.

Vorteile eines einheitlichen Barcodesystems

- Exaktere Abrechnungen
- Steigerung der Patientensicherheit
- Mehrfachdokumentation und Scanning-Fehler reduzieren
- Exaktere Budgetierung bis auf Patientenebene
- Elektronischer Austausch von Daten als Grundlage für eine automatisierte Erfassung und Bearbeitung in allen Prozessschritten

Siehe auch: BVMed-Branchenpapiere zu E-Standards und Logistikprozessen:

<https://www.bvmed.de/de/versorgung/e-commerce/branchenpapiere-estandards>

Scannen im Krankenhaus: Transparenz von der Warenannahme bis zur Abrechnung mit der Krankenkasse

(von Sylvia Reingardt, GS1 Germany GmbH)

Moderne Technologien und Kennzeichnungsstandards erlauben heute eine weitestgehend automatisierte Verfolgung der Warenbewegungen im Krankenhaus. Dabei kommen Scanner zum Einsatz, wie man sie im Einzelhandel an jeder Ladenkasse findet. Mit diesen Lesegeräten können Medizinprodukte eindeutig identifiziert und ihr Weg durch das Krankenhaus verfolgt werden – vom Wareneingang über die medizinische Station bis hin zum Patienten. Voraussetzung dafür ist die richtige Kennzeichnung. Dazu dienen die Barcodes von GS1, wie etwa der Strichcode GS1-128 oder der zweidimensionale Code GS1 DataMatrix, der sich besonders für die Kennzeichnung von Kleinstprodukten und Direktmarkierung eignet. Diese Identifikations-Codes garantieren nicht nur eine überschneidungsfreie Kennzeichnung der Produkte, sondern enthalten auch viele weitere Produktinformationen: die Serien- und Chargennummer ebenso wie das individuelle Verfallsdatum für das Produkt.

Der Vorteil: Viele Hersteller von Medizinprodukten nutzen die GS1-Codes bereits heute, um ihre Produkte zu kennzeichnen. Die Krankenhäuser können sich auf dieses Codierungssystem verlassen, denn es garantiert die weltweit überschneidungsfreie Kennzeichnung von Produkten. Die Zeiten, in denen jedes einzelne Krankenhaus ein aufwändiges eigenes Barcode-System entwickeln musste, wenn es seine Warenwirtschaft optimieren wollte, sind damit vorbei.

Wer Barcodes und Scanner nutzt, kann in der Warenwirtschaft hohe Optimierungspotenziale erschließen. Beispiel Warenannahme: Dort, wo früher die Vereinnahmung von Waren manuell anhand von Listen erfolgte, erfasst das Personal per Scanner heute die Ware schneller und vor allem fehlerfrei. Durch das Einscannen der Original-Lieferantenbarcodes werden Datenbrüche vermieden und damit Fehlerquellen reduziert. Ein „Umschreiben“ auf Listen oder hauseigene Codierungssysteme ist nicht mehr notwendig. Zugleich beschleunigt und verbessert sich der gesamte anschließende Prozess. Wird im Wareneingang automatisch erfasst, sind die angelieferten Waren sofort im Warenwirtschaftssystem sichtbar und entsprechend schneller verfügbar für die medizinische Versorgung der Patienten.

Der Einsatz von Scanner und Barcode ermöglicht noch mehr. Er erlaubt ein Warenmonitoring annähernd in Echtzeit, denn nicht nur die Zulieferung von Waren kann mit dem Scanner dokumentiert werden, sondern auch ihre Weitergabe an die medizinischen Stationen und ihre dortige Entnahme. Indem die Warenverbräuche auf den Stationen ebenfalls per Scanner dokumentiert werden, lässt sich der Weg selbst einzelner Medizinprodukte lückenlos verfolgen. Das neue Maß an Transparenz, das dadurch erreicht wird, ermöglicht nicht nur eine eindeutige Zuordnung von Kosten, sondern leitet auch zum verantwortungsvollen Umgang mit den Materialien an.

1a-dokumentierter Materialverbrauch für eine vollständige DRG-Abrechnung und mehr Patientensicherheit

Der letzte Schritt auf dem Weg zu einer effizienten Kostenträgerrechnung ist die Dokumentation des Materialverbrauchs am Patienten. Hier wird die eigentliche Zweckbindung des Verbrauchs hergestellt und damit die fallbezogene Abrechnung möglich gemacht. Der Scanner vereinfacht auch hier das

Verfahren: Der Materialverbrauch wird dem Patienten automatisch zugeordnet, ohne dass es zu Verwechslungen kommen kann. Gleichzeitig wird das verbrauchte Material automatisch aus dem Warenbestand entfernt, so dass das Krankenhaus durch Nachbestellung beim Lieferanten viel schneller als früher auf schwindende Vorräte reagieren kann. Mit geringem personellem Aufwand kann auf diese Weise eine permanente Verfügbarkeit aller Materialien erreicht werden.

Die Vorteile überwiegen in jedem Fall. Denn letztlich ist die automatisierte Erfassung via Scanner und Barcode vor allem ein Gewinn für die Sicherheit der Patienten. Das gilt nicht nur wegen der optimierten Materialverfügbarkeit und der fehlerfreien Dokumentation über die verabreichten Medikamente und eingesetzten Materialien. Im Bedarfsfall kann darüber hinaus auch eine lückenlose Rückverfolgbarkeit der Medizinprodukte gewährleistet werden, etwa wenn ein Hersteller eine bestimmte Charge seiner Produkte zurückruft. Wer in einem solchen Fall in der Lage ist, die Materialien aus der gefährdeten Charge schnell und einwandfrei zu identifizieren, kann nicht nur Kosten sparen, sondern womöglich auch Leben retten.

Exkurs UDI (Unique Device Identification):

UDI ist eine internationale Regulierung, die von der FDA (US-amerikanische Bundesbehörde zur Überwachung von Nahrungs- und Arzneimitteln), der Europäischen Kommission und weiteren Behörden initiiert wurde. Diese Behörden haben sich die Sicherheit und lückenlose Rückverfolgbarkeit von Medizinprodukten als strategisches Ziel gesetzt.

Mit UDI wird eine lückenlose Rückverfolgbarkeit von Medizinprodukten durch eine eindeutige und international gültige Identifikation sichergestellt. Zudem wird die Identifikation der Medizinprodukte während des gesamten Lebenszyklus gewährleistet; Rückrufe sowie Meldungen im Rahmen unerwünschter Ereignisse können effizienter gehandhabt werden.

Warum UDI?

UDI trägt zur Reduzierung von Behandlungsfehlern bei und erhöht damit die Patientensicherheit. Außerdem fördert sie die Interoperabilität sämtlicher im Behandlungsprozess beteiligten Systeme. Die Überwachung und Rückverfolgbarkeit von Medizinprodukten wird erleichtert, unabhängig von Herstellungs- oder Verwendungsort.

Ein durchgängiges internationales Identifikationssystem ist die Basis, um UDI weltweit bei den Marktteilnehmern effizient umzusetzen und eine lückenlose Rückverfolgbarkeit sicherzustellen. Wer ist von UDI betroffen?

UDI bildet die Basis für effiziente Geschäftsprozesse und für eine weltweit einheitliche Identifikation und Rückverfolgbarkeit von Medizinprodukten. Darum betrifft UDI die gesamte Lieferkette – von der Produktion bis zum Einsatz auf der Pflegestation.

Ansprechpartnerin:

Sylvia Reingardt, Senior Branchenmanager Gesundheitswesen, Sales + Implementation

GS1 Germany GmbH, Maarweg 133, 50825 Köln

Tel.: +49 (0)221 94714 438, Mobil: +49 (0)175 1826895

E-Mail: reingardt@gs1-germany.de, www.gs1-germany.de



Case Study: GHX und die Kath. St.-Johannes Gesellschaft Dortmund gGmbH: Eine erfolgreiche Kooperation

(von Dr. Christoph Luz, GHX Deutschland GmbH)

Der Konzern unterhält Einrichtungen des Gesundheitswesens an zwei Standorten in Dortmund und Hamm. Die Dortmunder Gesellschaft erwirtschaftete im Jahr 2013 mit etwa 2.600 Beschäftigten einen Umsatz in Höhe von 183,74 Mio. Euro. Es wurden 35.500 Fallzahlen mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 5,2 Tagen betreut und 5008 ambulante Operationen durchgeführt.

Die Wirtschaftsabteilung in Dortmund ist für acht Gesundheitseinrichtungen zuständig. Als Unternehmen mit christlichem Auftrag hat sich der Konzern einem verantwortungsvollen wirtschaftlichen und strategischen Handeln verschrieben.

Zwischen GHX, der führenden E-Business-Plattform im Gesundheitswesen, und der Kath. St.-Johannes Gesellschaft Dortmund besteht seit 2001 eine enge Zusammenarbeit auf dem Gebiet des elektronischen Bestellwesens. Mittlerweile werden mehr als 95 Prozent aller Bestellungen über die GHX-Schnittstelle getätigt.

Michael Bremshey, seit 20 Jahren stellvertretender Wirtschaftsleiter der Dortmunder Gesellschaft, hat diese Entwicklung vor 15 Jahren initiiert; die Einführung neuer, innovativer Systeme betreut und arbeitet nun an der konsequenten Erweiterung und Weiterentwicklung elektronischer Systeme in der Versorgungskette. Der wirtschaftliche Erfolg gibt ihm recht.

Kostendruck treibt Innovationen voran

„Der Kostendruck ist überall zu spüren. Die Erlöse werden uns in Form von Festbeträgen für bestimmte Leistungen von den Krankenkassen vorgegeben. Da wir aber steigende Kosten z.B. im Bereich Personal und Energie ausgleichen müssen und die Einkaufspreise für Medizinprodukte nicht weiter ausgereizt werden können, müssen wir andere Wege gehen. Wir sehen Potenzial in der Optimierung logistischer Prozesse, z.B. durch die Einführung neuer technischer Lösungen zur Verbesserung materialwirtschaftlicher Abläufe.“ (M. Bremshey)

Einsparpotenzial durch Einkaufsgemeinschaften und Fusionen

Die Kath. St.-Johannes Gesellschaft Dortmund ist der Einkaufsgemeinschaft prospitalia angeschlossen. „Durch den Einkauf über die EG profitieren wir vom Mengenrabatt und Bonussystem und ersparen uns die Vertragsverhandlungen“, erläutert Bremshey die Vorteile. In der Gesellschaft machen Medikalprodukte einen Anteil von etwa 80 Prozent des Einkaufswertes aus, aber auch Büromaterial, technische Gase und Energie werden über die EG bezogen.

Auch durch Zusammenschlüsse von Einrichtungen des Gesundheitswesens ergeben sich vielfältige Möglichkeiten der Kooperation und somit Synergieeffekte. Herr Bremshey nennt dafür konkrete Beispiele: „Durch den Zusammenschluss mit dem St.-Marien Hospital Hamm gGmbH konnten wir große Synergieeffekte erzielen. So hat sich das St.-Marien Hospital Hamm z.B. für eine Rohrpost entschieden, mit der wir uns in Dortmund bereits auskennen. Die Entscheidungsphase und der Einkauf wurden damit deutlich verkürzt. Auf der anderen Seite haben wir uns für das Insourcing des SAP-Servers entschieden, da im St.-Marien Hospital Hamm einfach das Know-how und Personal vorhanden ist.“

Auswirkungen auf die Personalsituation

Die Kath. St.-Johannes Gesellschaft Dortmund beabsichtigt keinen Personalabbau. Trotz steigender Fallzahlen und Operationen konnte man die Personalzahl über die Jahre stabil halten. Durch den höheren Stellenwert logistischer Abläufe und den Einsatz elektronischer Systeme gibt es sogar Bedarf an

Ausbildung eigener logistischer Fachkräfte. Für die Abteilung Einkauf beschreibt Bremshey die Entwicklung: „Die Zeit, die durch Verbesserung logistischer Abläufe frei wurde, ist für uns immens wichtig, da sich unser Arbeitsgebiet längst nicht mehr nur auf die kaufmännischen Tätigkeiten im Einkauf beschränkt. Zunehmend sind wir als kompetente Ansprechpartner mit Produkt- und Branchenkenntnis sowie als Berater für die medizinischen Fachabteilungen gefragt.“

Prozessoptimierungen und die Rolle von GHX

Was im privaten Umfeld schon längst möglich war, nämlich die papierlose Bestellung von Waren über das Internet, wollte die Kath. St.-Johannes Gesellschaft Dortmund auch für ihr Unternehmen nutzen können. Bis dahin war die Versorgungskette im Krankenhaus geprägt von vielen manuellen Schritten und dementsprechend zeitintensiv und fehleranfällig. Mit GHX fand man 2001 einen innovativen Partner, der das elektronische Bestellwesen möglich machte. Durch die Einführung einer SAP-/GHX-Schnittstelle werden mittlerweile über 95 Prozent aller Bestellungen elektronisch über GHX versendet.

„Besonders hervorzuheben ist hier der Service von GHX“, so Bremshey. „Selbst wenn sich die Lieferanten-Artikeldaten geändert haben, geht die Bestellung problemlos durch. Denn GHX prüft und klärt die Daten, und falls ein 'mismatch' vorliegt, erhalten wir eine elektronische Rückmeldung über den Bestellerfolg. Das gibt uns eine hohe Liefersicherheit, und die korrigierten Artikeldaten stehen uns wieder aktualisiert zur Verfügung. Sie können auf Knopfdruck im SAP-System korrigiert werden. Wir haben somit mit GHX nicht nur ein elektronisches Bestellsystem, sondern gleichzeitig ein ergonomisches System zur kontinuierlichen Pflege unserer SAP-Materialstammdaten – eine Grundvoraussetzung zur Optimierung unserer logistischen Prozesse!“

Auch im Rechnungswesen wurden Prozesse vereinfacht: Rechnungen werden digitalisiert bzw. vom Lieferanten in elektronischer Form geschickt. Im Control Center der GHX-Tools kann dann die Rechnung dunkel durchgebucht werden, wenn die Daten zur Bestellung passen. Da GHX über das Clearing Center auch Konditionen, Preislisten und Datensätze der Einkaufsgemeinschaften einstellt, wird die Pflege der Stammdaten weiter erleichtert: sie werden einfach vom angeschlossenen Krankenhaus übernommen. Die größten Impulse zur Optimierung logistischer Prozesse ergeben sich aus dem Einsatz von Scannern und (V)MI. In der Kath. St.-Johannes Gesellschaft Dortmund sind seit 2013 Scanner im Einsatz, um den Materialfluss der Medizinprodukte vom Lieferanten bis zum Patienten zu dokumentieren und die Lagerverwaltung zu vereinfachen.

Diese Technik verlangt laut Bremshey viel Disziplin: „Das Personal muss verinnerlichen, bei Entnahmen immer zu scannen. Ohne Scan würde keine Entnahme gemeldet, keine Bestellung ausgelöst und kein Produkt nachgeliefert. Dieser Lernprozess ist sehr wichtig. Aber die einfache Handhabung und Arbeitserleichterung im Alltag sorgen für eine sehr hohe Akzeptanz. Durch die Investition in ein scannergestütztes (V)MI-System erzielen wir eine nachhaltige Aufwandsminimierung und dauerhaft optimierte Prozesse.“

Mit GHX als Technologiepartner in die Zukunft

Die Weichen für eine effizientere Versorgungskette sind gestellt, aber die Kath. St.-Johannes Gesellschaft Dortmund hat noch einiges vor. In der Radiologie, Endoskopie, HNO, Chirurgie sowie Gynäkologie wird (V)MI bereits erfolgreich eingesetzt. Die Herz- und Gefäßchirurgie, Augenklinik sowie Kardiologie werden in Kürze ausgestattet. „Gern würden wir auch den elektronischen Lieferschein einführen, aber die Materialwirtschaft vieler Lieferanten unterstützt dies noch nicht. Da gibt es im Markt noch Nachholbedarf“, so Bremshey.

Beim Thema Klassifikationen sieht Bremshey Zukunftspotenzial: „Die Klassifikation erlaubt die Vergleichbarkeit von Produkten, wenn es um Werte geht. Wir können daran erkennen, welche Erlöse wir damit erzielt haben und ob wirtschaftlich gearbeitet wurde.“

Standards werden dementsprechend immer wichtiger. Standardisierte Artikeldaten sind Grundvoraussetzung für eine reibungslose elektronische Supply Chain ohne Redundanzen. Inzwischen bevorzugt die

Kath. St.-Johannes Gesellschaft Dortmund aufgrund guter Erfahrungen bei der Auswahl neuer Lieferanten diejenigen, die den GS1-Barcode verwenden.

Der Einsatz einer digitalisierten Versorgungskette erleichtert auch die Einhaltung neuer gesetzlicher Vorgaben. Die neue Medizinprodukteverordnung sieht vor, dass seit 1. Oktober 2015 ein Implantate-Register geführt werden muss, das die eindeutige Zuordnung verwendeter Medizinprodukte zum Patienten ermöglicht. „Die Daten dafür ziehen wir aus unserem Krankenhausinformationssystem (KIS). Die aus dem Barcode gescannten Daten werden über die GHX-Schnittstelle ins KIS eingespeist und stehen in Verbindung mit anonymisierten Patientendaten zur Verfügung. Aus dem KIS können wir somit z.B. einen Implantate-Pass für den Patienten erstellen, bei Verlust auch noch Jahre später“, beschreibt Bremshey die Vorteile.

Sein Fazit:

„Gemeinsam mit GHX haben wir schon viel geschafft und viel getan, um unsere Logistikprozesse zu optimieren. Wir befinden uns auf der Zielgeraden. Aber wir müssen am Ball bleiben, um zukünftige Herausforderungen zu meistern. Unsere Partnerschaft mit GHX ist also eine strategische und lohnende Investition.“

Über GHX

GHX ist die führende E-Business-Plattform im europäischen und nordamerikanischen Gesundheitswesen. Durch eine Automatisierung bestehender Prozesse ermöglicht GHX medizinischen Einrichtungen und Lieferanten signifikante Einsparungen. GHX-Produkte und -Dienstleistungen umfassen neben der elektronischen Bestellabwicklung die Bereiche Stammdaten- und Vertragsmanagement, Datenvalidierung und -synchronisierung, Vertriebsautomatisierung und Business Intelligence.

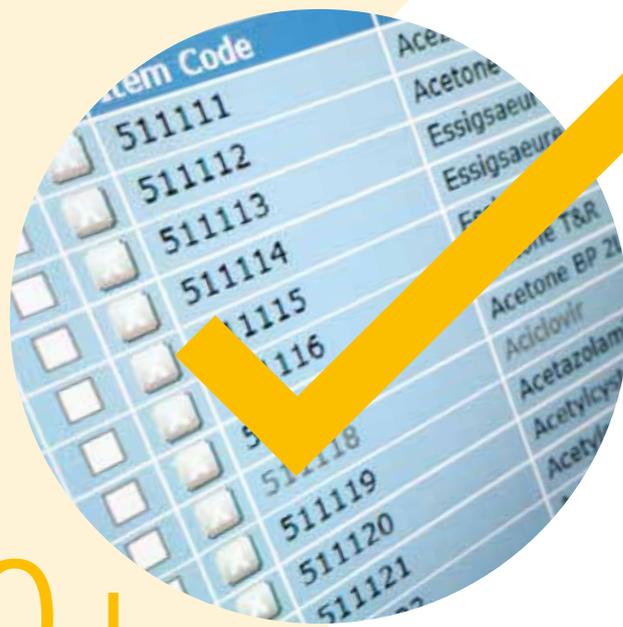
Ansprechpartner:

Dr. Christoph Luz, Geschäftsführer, GHX Deutschland GmbH

GHX Deutschland GmbH, Kaiserswerther Str. 115, 40880 Ratingen/Germany

Tel.: +49 (0)211 301 88.510, Telefax +49 (0)211 301 88.88 510, Mobile +49 (0)172 20 96 245

E-Mail: christoph.luz@ghxeurope.com, www.ghxeurope.com



12.000.000+ saubere, korrekte Datensätze

Bereinigte, klassifizierte Daten sind der Schlüssel zu einer optimierten Versorgungskette und einer verbesserten Patientenversorgung.

GHX bietet verschiedene Services rund um das Aufbereiten von Daten entsprechend der neuesten Standards, wie zum Beispiel eCI@ss und GS1 XML.

Nutzen Sie dieses Potenzial, um Ihre Geschäfte schneller, einfacher und kostengünstiger abzuwickeln. Wir sind gerne für Sie da.

12.000.000+ Gründe, auf GHX zu vertrauen.



Besuchen Sie uns an unserem Stand! www.ghxeurope.com

Über die Wertschöpfungstiefe der Krankenhauslogistik und den Mut, Potenziale nutzbar zu machen

(von Dennis Müller, kd-hospital, Fachspedition Karl Dischinger GmbH)

Praxisbericht – Zusammenarbeit Krankenhaus und externer Dienstleister

„20 Prozent der Arbeitszeit verbringt das pflegerische Personal mit logistischen Tätigkeiten“. Diese Kernaussage einer Studie¹⁰ aus dem Jahr 2010 geistert seit langem durch die Krankenhauswelt und wird dabei als realistisch empfunden, selbst wenn die wenigsten Krankenhäuser diesen Anteil für ihr Haus tatsächlich mit Kennzahlen belegen können. Dieselbe Studie besagt auch, dass die Mehrheit der Befragten unter dem Begriff „Krankenhauslogistik“ die Organisation der Warenströme und in seltenen Fällen den Einkauf versteht.

Doch die Bereitschaft die hauseigene Krankenhauslogistik zu analysieren und zu optimieren steigt, nicht zuletzt durch die Einführung der Fallpauschalen und dem dadurch erhöhten Konkurrenz- und Kostendruck. Die Erkenntnis, die in der Industrie schon lange bekannt ist, hält stetig Einzug in den Krankenhausalltag: Die Logistik beginnt nicht an der Rampe und endet nicht beim Verteilen der Ware. Gerade die Logistik in Krankenhäusern mit der Vielzahl an unterschiedlichen Leistungserbringern, den verschiedensten Fachdisziplinen und individuellen Prozessen spielt eine überaus wichtige und sogar verbindende Rolle zwischen allen Beteiligten.

Genau diese verbindende Eigenschaft der Krankenhauslogistik ist sowohl die Quelle für Optimierungspotenziale, als auch das Risiko bei Prozessoptimierungen. Es ist bekannt, dass viele interne Abläufe verbessert werden könnten, aber wo beginnt man bei einem Prozess, der keinen erkennbaren Anfang und Ende hat und multidimensional in allen Bereichen des Krankenhauses gleichzeitig stattfindet? Häufig ist eine einfache Erkenntnis bzw. ein Bauchgefühl die Initialzündung zur Analyse der internen Prozesse durch einen externen Berater: „Die Stationsmitarbeiter haben zu wenig Zeit für ihre Patienten.“

Eine ähnliche Erkenntnis führte Frank Faller und Dennis Müller, die Verantwortlichen von kd-hospital, einem auf Krankenhauslogistik spezialisierten Fachbereich der karldischinger-Gruppe, in ein Kundenprojekt. Dieses war zunächst nur auf die Analyse der Logistikprozesse innerhalb der Stationen fokussiert. „Im ersten Schritt ging es um die Feststellung, welche logistischen Tätigkeiten auf den Stationen stattfinden“, erinnert sich Müller an den Projektbeginn. Da es keine vorhandene Datenbasis zu den Prozessen gab, mussten diese erst erfasst und danach in geeigneter Form bewertet werden. kd-hospital führte dazu eine stationsindividuelle Prozessaufnahme durch und brachte die Erkenntnisse in einer sogenannten Wegematrix mit vorhandenen Daten zu Patiententransporten aus dem Krankenhausinformationssystem zusammen. Ergebnis war eine realistische stationsindividuelle Einschätzung der verschiedenen logistiknahen Tätigkeiten und deren Anteil an der Gesamtarbeitszeit.

Das Ergebnis dieser Prozessanalyse führte bei allen Beteiligten zu weiteren Optimierungsgedanken. Die Analyse führte zu einer weiteren, engeren Zusammenarbeit mit dem Ziel, die logistiknahen Prozesse als Service für alle Stationen und Funktionsbereiche zentral und IT-gestützt verfügbar zu machen. Die Koordination der Patiententransporte und logistiknahen Services, wie z.B. der Speiseversorgung, der Materialversorgung oder Tätigkeiten des Hol- und Bringdienstes bergen dabei sowohl ein enormes Kostensenkungspotenzial als auch die Möglichkeit, die Qualität nachhaltig zu verbessern.

¹⁰ Offermanns, Dr. Matthias; Bergmann, Prof. Dr. Karl Otto, Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen, Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), 2010

Kostensenkungspotenziale

- Verringerung der Durchlaufzeiten
- Vermeidung von Leertransporten
- Optimierter Mitarbeitereinsatz

Qualitätsverbesserung

- Verringerung der Wartezeiten
- Steigerung der Patientenzufriedenheit
- gleichmäßigere Auslastung der Mitarbeiter
- geringeres Stresslevel bei den Mitarbeitern
- Konzentration auf Kernkompetenz

So sinnvoll eine gute Koordination dieser Tätigkeiten auch sein mag, stoßen die dazu notwendigen Veränderungsprozesse häufig auf Widerstände innerhalb der Organisation. „Erfahrungsgemäß hat man als externer Berater im Krankenhaus einen schweren Stand, da jede Optimierung sofort mit Stellenabbau verbunden wird. Unsere Ansätze sollen immer Vorteile für alle Beteiligten mit sich bringen, das ist unsere Wertevorstellung einer guten Beratung“, so Müller.

Eine weitere Herausforderung bei Projekten dieser Art ist das Zusammenwirken der verschiedenen Teilnehmer. Die Krankenhausleitung verfolgt klare Ziele und Zeitpläne, die Konflikte innerhalb des Projektteams auslösen können, das seinerseits aus IT-Fachkräften, Einkäufern, Anwendern aus dem Pflegebereich, Mitarbeitern des Softwareanbieters und externen Dienstleistern bestehen kann. Der Einsatz von fachlich kompetenten Beratern ist besonders bei komplexen Sachverhalten, die sich von IT-Lösung zu IT-Lösung unterscheiden, zu empfehlen. Sie können den Projektleiter und Einkäufer vor Ort beim Beschaffungs- und Implementierungsprozess unterstützen. Oftmals werden teure Systeme komplett geliefert und installiert, um dann festzustellen, dass die Rahmenbedingungen nicht so sind, wie vereinbart und teure Nacharbeiten notwendig sind. Aus diesem Grund begrüßt auch die Industrie die Beratungsunterstützung auf Krankenseite, denn je besser ein Projekt vorbereitet und lösungsbezogen spezifiziert wurde, desto effizienter lässt sich die ausgewählte Lösung implementieren und nutzen.



Partnerschaftliche Kommunikation ist die Basis für Projekterfolge

Krankenhaus auf die nachhaltige und eigenverantwortliche Einhaltung der Prozesse vor. Es gibt also eine praktikable Zone zwischen In- und Outsourcing, die gerade für kleinere Häuser eine attraktive Variante darstellt“, so Faller.

Gerade kleinere Krankenhäuser mit geringer Bettenzahl unterschätzen die Bedeutung der Logistikprozesse für ihre Gesamtperformance. „Unser Haus ist zu klein, um externe Prozessanalysen in Anspruch zu nehmen“, sind sich viele Krankenhausverantwortliche schnell einig. Doch gerade in kleineren Kranken-

kd-hospital sieht sich dabei nicht nur als Berater, sondern auch als Sparringspartner bei der Umsetzung von Optimierungsmaßnahmen, sofern der Kunde dies wünscht. Durch die Fachexpertise der karldischinger-Gruppe ist es möglich, in unterschiedlichen Fachbereichen zu unterstützen. „Das Projekt ist das Paradebeispiel dafür, wie wir als Dienstleistungsunternehmen innerhalb einer Make-or-Buy-Entscheidung eingesetzt werden können. Wir ermitteln die Potenziale, begleiten den Umsetzungsprozess und bereiten das

häusern schlummern Verbesserungspotenziale, die in den meisten Fällen durch nur kleine organisatorische Anpassungen in kurzer Zeit realisiert werden können. Der Ansatz ist hier analog der Industrie, nicht durch komplexe, zeitaufwändige Maßnahmen Verbesserungen herbei zu führen, sondern schnelle und praktikable „Quick Wins“ zu generieren. Mithilfe der selbstentwickelten „Smart Logistik Checks“ ist es den Mitarbeitern von kd-hospital möglich, in einem kurzen Zeitraum vor Ort Impulse zur Optimierung vorzustellen. „Ob sich daraus dann eine komplexe IT-Software-Einführung entwickelt oder nur eine kleinere Prozessanpassung durchgeführt wird, entscheidet allein der Kunde. Es handelt sich aber um ein praktikables Tool, um das eigene Bauchgefühl mit der Brille von außen gegebenenfalls zu untermauern“, so Müller von kd-hospital.

Durch die Erfahrung aus der praktischen Projektarbeit und unterschiedlichen Szenarien kann kd-hospital den Krankenhäusern hilfreiche Hinweise auf Organisationspotenziale geben und der Geschäftsführung helfen, notwendige Reorganisationen umzusetzen. Die Herausforderungen sind dabei bei vielen Kunden ähnlich, die Rahmenbedingungen unterscheiden sich aber extrem, weshalb jede neue Zusammenarbeit auch für den Berater ein Lernprozess darstellt und Wissen erzeugt, das in anderen Projekten nutzenbringend angewendet werden kann.

Wie sich das genannte Projekt von kd-hospital weiterentwickelt wird nach der erfolgreichen Einführung konkretisiert. Potenziale und Ideen gibt es aufgrund der Praxiserfahrung aus der karldischinger-Gruppe mehr als genug. Vorstellbar sind zum Beispiel die Bestückung der Schrankfächer auf den Stationen von einem externen Zentrallager aus, ein Verfallsdatumsmonitoring der im Umlauf befindlichen Medikamente, die Just-in-Sequence-Bereitstellung von OP-Materialien oder Dienstleistungen, wie sie im Pharmabereich bekannt sind hinsichtlich des Supply Chain Financing. Dabei werden kapitalintensive Produkte von karldischinger gekauft und als Sicherheitsbestand vorgehalten. Erst bei Abruf werden die Kosten für die Klinik fällig. „Das ist auch für den Krankenhausmarkt eine spannende Option, um Kapitalbindung zu vermeiden und somit das Umlaufvermögen zu senken“, so Faller.

Auch Apotheken oder Einkaufsverbände müssen sich auf ihre Logistikdienstleister mehr denn je verlassen können. Wenn ab 2019 die Fälschungsrichtlinie 2011/62/EU in Umsetzung kommt, müssen Apotheken überprüfen, ob es sich bei den Medikamenten um Originale oder Fälschungen handelt. Der vollständige Stammbaum jedes Produkts muss rückverfolgbar sein, weshalb der Logistiker als Verbindungsglied zwischen Hersteller, Handel und Verbraucher infolgedessen an Bedeutung gewinnt. „Die Patientensicherheit wird deutlich erhöht durch den End-to-End-Gedanken. Das setzt natürlich eine optimale Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten voraus“, ist sich Faller sicher. Die Konvergenz von Medizin- und Informationstechnik und die Krankenhauslogistik in ihrer Eigenschaft als Querschnittsfunktion bleiben daher als strategisches Zukunftsthema bestehen, mit dem die Geschäftsprozesse verbessert und die Prozesskosten gesenkt werden können.

Ansprechpartner:

Frank Faller, Geschäftsbereichsleitung kd-healthcare / kd-hospital

Fachspedition Karl Dischinger GmbH, Karl-Dischinger-Straße 100, 79238 Ehrenkirchen

Tel.: +49 (0)7633 800 88 110

E-Mail: FrankFaller@karldischinger.de, www.karldischinger.de, www.kd-healthcare.de

kd-hospital – ein Produkt der karldischinger-Gruppe

kd-hospital ist Teil des Geschäftsbereich kd-healthcare und somit eines der zukunftsweisenden Geschäftsfelder der Fachspedition Karl Dischinger GmbH mit Sitz in 79238 Ehrenkirchen/Kirchhofen. Als Teil der mittelständischen, inhabergeführten karldischinger-Gruppe mit europaweit ca. 800 Beschäftigten an neun Standorten kann kd-hospital auf die Leistungsportfolios aller diversifizierten Einheiten der gesamten Gruppe zugreifen. Neben den klassischen Transport-, Umschlags- und Lagertätigkeiten (TUL) bieten die Unternehmen der karldischinger-Gruppe komplexe Logistikberatungen und operative Lösungen entlang der gesamten Supply Chain sowie „inhouse“ direkt beim Auftraggeber an. Kunden der Gesundheitsbranche profitieren somit von der Bündelung des spezifischen Know-hows und der über Jahrzehnte hinweg gesammelten Logistikkompetenz.

Die Maxime der Krankenhauslogistik durch kd-hospital spiegelt sich in einer klar kommunizierten Vision wieder, die besagt, dass kd-hospital die Kunden nicht nur zufriedenstellt, sondern begeistert. Basis für dieses hochgesteckte Ziel sind die qualifizierten, motivierten und kreativen Mitarbeiter des Bereiches. Die Kompetenz im Bereich Healthcare beweist karldischer Tag für Tag im Rahmen seiner Tätigkeiten in der Pharmalogistik, zu denen z.B. der Musterzug, die Kommissionierung und die Konfektionierung unter Reinraumbedingungen gehören. Dort, wo der Mensch und dessen Gesundheit im Mittelpunkt stehen, sind nachhaltige, sichere und stark regulierte Prozesse gewährleistet. Hierfür hat karldischer nach einer Inspektion des Regierungspräsidiums die Herstellungserlaubnis nach §13 AMG mit Beschränkung auf Umpacken, Austauschen und Qualitätskontrollen auf Sekundärverpackungsebene erhalten.

Der steigende Kostendruck und die veränderten politischen Rahmenbedingungen fordern seit Jahren Anpassungen im Gesundheitswesen. Besonders Krankenhäuser sind dazu gezwungen über Kostensenkungen und Prozessoptimierungen nachzudenken. Die hausinterne Logistik in ihrer Eigenschaft als Verbindungsglied zwischen allen Stationen, Funktionsbereichen und Abteilungen ist extrem vielfältig und bringt enorme Optimierungspotenziale mit sich.

Nicht nur aufgrund von Kostensenkungsmöglichkeiten wird die Krankenhauslogistik in den nächsten Jahren an Bedeutung gewinnen, sondern viel mehr als Wettbewerbsvorteil auf qualitativer Ebene. In Zeiten, in denen der Patient zunehmend selbst für die Wahl des Krankenhauses verantwortlich ist, sind qualitative Aspekte im Wettbewerbsvergleich wichtiger als jemals zuvor. Dabei ist die Behandlungsqualität zunächst das wichtigste Leistungs-, und Qualitätskriterium für Patienten, direkt gefolgt von geringen Wartezeiten im Behandlungsprozess, der Qualität der Speiseversorgung, der Freundlichkeit der Mitarbeiter, der Hygiene und sonstigen zusätzlichen Servicedienstleistungen. Genau diese tertiären und patientennahen logistischen Unterstützungsprozesse sind Basis der partnerschaftlichen Optimierungen mit kd-hospital.

Dienstleistungseinkauf

Der Bereich der Dienstleistungen bietet dem Einkauf ein breites, wenn auch nicht immer einfach erschließbares Optimierungspotenzial. Bereits die Umstellung bzw. Anpassung alter Verträge kann zu erheblichen Einsparungen führen. Darüber hinaus sollte der strategische Einkauf kritisch sämtliche Prozesse und Abläufe im Klinikum in Bezug auf die Bedeutung für das Haus und den einhergehenden Kostenblock prüfen, um abschließend Bereiche zu eruieren, deren Erstellung eventuell extern vergeben werden kann, um Kosten und Ressourcen einzusparen.¹¹

Make-or-Buy

Eine Make-or-Buy-Entscheidung ist eine strategische Entscheidung darüber, ob eine Dienstleistung selbst geleistet wird (Make) oder von einem Dienstleister bezogen wird (Buy). Fremdvergabe in extremster Ausprägung ist die komplette Auslagerung (Outsourcing) der Fähigkeit der Dienstleistungserbringung.

Für eine Buy-Entscheidung können Gründe sprechen, wie

- fehlende Kompetenz im eigenen Hause
- fehlende Personalressourcen
- fehlende Ressourcen zum Aufbau eigener Kompetenz und/oder
- verstärkte Konzentration des Klinikums auf seine Kernkompetenzen.

Sollen bestimmte Dienstleistungen extern beschafft oder die Leistungskompetenz komplett ausgelagert werden, müssen folgende Risiken bedacht und Fehler vermieden werden:

- Kurzfristige Überlegungen sollten nicht im Vordergrund der Entscheidung stehen.
- Es müssen alle relevanten Kosten verglichen werden, eine ausschließliche Fokussierung auf die Erstellungskosten reicht nicht aus. Insbesondere die Qualität sollte genau geprüft werden, da diese nach dem Outsourcing nur noch indirekt beeinflusst werden kann.
- Durch die Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern kann einerseits spezifisches Know-how nicht immer ausreichend geschützt werden. Andererseits geht durch eine Auslagerung internes Know-how verloren. Dies erschwert eine eventuelle Wiedereingliederung.
- Es sollten keine Kernkompetenzen ausgegliedert werden. Dem Haus fehlt dann eventuell ein Alleinstellungsmerkmal bzw. auch ein Umsatzfaktor (z.B. Laborleistungen). Zudem steigt die Abhängigkeit vom Lieferanten oder Dienstleister.

Die gängigsten Make-or-Buy-Varianten im Krankenhaus finden sich in den folgenden Bereichen:

- Laborleistungen
- Wäscheservice
- Facility Management
- Food & Beverage
- Apothekenleistungen

Einkauf von Beratungsleistungen: Ein Überblick

Das Augenmerk dieses Beitrages ist auf die Bedarfsspezifizierung, einem möglichen Beschaffungsprozess für den Einkauf von Dienstleistungen und auf Maverick Buying gelegt. Ziel ist es, aufzuzeigen, wie der Einkauf sich aktiv bei der Beschaffung von Beratungsleistungen beteiligen kann.

¹¹ Knauer, Carsten: Leitfaden „Einkauf von Veranstaltungen“, Bundesverband Materialwirtschaft, Einkauf und Logistik e.V. (BME), 2010

Bedarfsspezifizierung

Der Bedarfsträger spezifiziert seinen Bedarf und macht gegebenenfalls Vorschläge, welche Beratungshäuser er unbedingt in der Longlist sehen möchte. Der Einkauf ist frühzeitig einzuschalten und vom Fachbereich bzgl. der Beratungsprojektziele zu unterrichten. Er bringt ergänzende Vorschläge ein und führt die Verhandlungen. Häufig erfolgt die Bedarfsplanung noch immer nur über die Festlegung eines Budgets. Besser ist es, wenn der Bedarf in Manntagen oder -monaten – je Qualifikationsstufe – quantifiziert wird. Statt einen bestimmten Fachberater zu verlangen, sollte die geforderte Expertise explizit genannt werden.

Die Projektspezifikation sollte durch eine Aufgabenteilung zwischen Fachbereich und Einkauf erfolgen: Der Fachbereich ist verantwortlich für die inhaltliche Spezifikation der Beratungsaufgabe, der Einkauf ist verantwortlich für die kaufmännische Spezifikation sowie Vertragsinhalte. Einheitliche Begriffe bezüglich der Qualifikationsstufen, der Projektabschnitte und der Tätigkeitsfelder sind einzuführen und zu nutzen, z.B. bei der gemeinsamen Definition und Gewichtung von Anforderungs- und Bewertungskriterien.

Die letzte Entscheidung über die Auswahl des Lieferanten liegt meist beim Bedarfsträger. Sie sollte jedoch auf der Grundlage des Bewertungskataloges gemeinsam getroffen werden. Bei größeren Projekten bzw. solchen, die für ein Unternehmen in vielen Beziehungen unvertraut sind, kann es sich als hilfreich erweisen, vor Projektbeginn ein Vorprojekt durchzuführen, das das Hauptprojekt umreißt und ein besseres Ermessen von Umfang und Inhalten ermöglicht.

Nutzung interner Ressourcen

Der Einkauf muss vor der Vergabe sicherstellen, ob die Verfügbarkeit interner Ressourcen vor der Entscheidung für eine externe Vergabe geprüft wurde. Es ist nicht zielführend, interne Ressourcen ungenutzt zu lassen und gleichzeitig Kosten für externe Dienstleistungen zu verursachen. Falls der Bedarfsträger explizit externe Kompetenz wünscht, ist es möglich, die Gesamtprojektkosten durch unternehmensübergreifende Teams aus internen und externen Experten zu reduzieren. Allerdings müssen in diesem Fall die steigenden Prozesskosten analysiert werden. Eine solche Option verbessert zudem die Verhandlungsposition gegenüber dem Beratungshaus. Sie kann neben der bestehenden externen Konkurrenz zusätzlichen Wettbewerb für den Dienstleister mit den internen Ressourcen schaffen.

Fokussierung der Einkaufsaktivitäten

Vor allem bei IT-, aber auch bei Beratungsprojekten wird häufig eine große Anzahl von (Teil-) Projekten gleichzeitig benötigt. Diese müssen so beschafft werden, dass der Einkauf seine knappen Ressourcen auf diejenigen konzentrieren kann, welche die höchsten Einsparpotenziale versprechen. Hierbei gilt es, in der Vor-Projekt-Phase die Höhe der möglichen Einsparung mit der Wahrscheinlichkeit, dass das Projekt auch wirklich durchgeführt wird, zu gewichten.

Mögliches Vorgehen beim Einkauf von Beratungsleistungen

Projektschritte:

- Briefing des Einkaufs durch den Fachbereich
- Positionierung des Gegenstandes (Commodity vs. strategisch relevant)
- Abstimmung der Vorgehensweise mit dem Fachbereich
- Vorbereitung RfI (Request for Information)/RfP (Request for Proposal)
 - Methode/Modalitäten/Zeitplan/Verantwortlichkeit
- Festlegung der Beurteilungskriterien durch Fachbereich und Einkauf
- Vorauswahl der in Frage kommenden Partner
- Verbale und schriftliche Information an die Partner (Briefing zu Projektinhalten und RfI/RfP-Modalität)
- Entgegennahme von Angeboten
- Individuelle Bewertung der Angebote
- Zusammenstellung der individuellen Bewertungen zu einer Gesamtbewertung
- Ermittlung der Shortlist-Partner (Einschränkung des Bieterkreises)

- Detailgespräch mit den Shortlist-Partnern (Einzelpräsentationen)
- Gemeinsame Bewertung/Auswahl durch Fachbereich und Einkauf
- Detaillierte kommerzielle Verhandlung und Vertragserstellung
- Beauftragung

Die Rollen und Kompetenzen der Bedarfsträger, des Einkaufs und der Fachabteilungen sind vor Ausschreibung und Vergabe von Beratungsprojekten festzulegen. Dies sorgt für klare Strukturen und vereinfacht den Projektablauf.

Der Einkauf ist frühzeitig einzuschalten, damit er bereits zu Beginn des Projektes ergänzende Vorschläge einbringen und die weiteren Verhandlungen führen kann. Er unterstützt den Bedarfsträger als kritischer Partner, der neue Ansätze einbringt und fachliche Überlegungen aus betriebswirtschaftlicher Perspektive hinterfragt. Er prüft die Annahmen der Bedarfsträger und stellt Expertenwissen über den Beratermarkt bereit. Zusätzlich begleitet die Rechtsabteilung den Prozess. Im Falle von Unklarheiten oder anderen Unstimmigkeiten sollte bereits im Vorfeld ein neutraler Vermittler bestimmt werden. Dies kann beispielsweise die Controlling- oder Revisionsabteilung sein. Der Vermittler sollte nur in ausgesuchten und klar definierten Fällen hinzugezogen werden.

Herausforderungen

Die größte Herausforderung bei der Rollendefinition ist es, Einkauf und Rechtsabteilung früher als bisher in den Beschaffungsprozess einzubeziehen. Es ist zu gewährleisten, dass alle relevanten Phasen des Einkaufs von Beratungsleistungen gemeinsam mit der Fachabteilung abgewickelt werden. Das frühe Einbeziehen des Einkaufs schafft Transparenz und reduziert Kosten. Um die Akzeptanz des Einkaufs zu erhöhen, muss dieser spezifisches Fachwissen aufbauen und sich als kompetenter Partner etablieren (→ internes Marketing).

Maverick Buying

Meist fehlt beim Einkauf von Beratungsleistungen ein klar definierter Sourcing-Prozess. Die Anbieter können sich z.B. aufgrund persönlicher Kontakte (Stichwort: „Golfplatzvergabe“¹²) der Konkurrenz und dem Vergleich mit Alternativen entziehen. Eine wichtige Aufgabe des Einkaufs ist es, dem entgegenzuwirken.

Auch für den Einkauf von Beratungsleistungen sollte daher eine verbindliche Richtlinie etabliert werden, die durchsetzbare und tatsächlich angewendete Sanktionen enthält. Ohne die Unterstützung der Klinikleitung und deren Commitment bleibt eine solche Richtlinie ein wirkungsloses Instrument. Die Erfahrung zeigt, dass in immer mehr Krankenhäusern dieses Commitment zu eindeutigen Strukturen beim und im Einkauf von Dienstleistungen vorhanden ist.

Maverick Buying bei Beratungsleistungen lässt sich nur dann verhindern, wenn die Entscheidungsträger im Unternehmen für klare Regeln und Prozesse im Beratungs- und Dienstleistungseinkauf gewonnen werden können. Sobald diese die Idee mittragen, kann der Einkauf auch in den nicht traditionellen Einkaufsfeldern professionelles Spend Management erfolgreich umsetzen.

¹² Knauer, Carsten: Leitfaden „Einkauf von Veranstaltungen“, Bundesverband Materialwirtschaft, Einkauf und Logistik e.V. (BME), 2010

Best Practice: Von der Analyse bis zur Umsetzung

Nachstehende Abbildung zeigt beispielhaft einen Optimierungsprozess. Daran soll aufgezeigt werden, wie eine Verbesserung im Dienstleistungseinkauf (z.B. Veranstaltungsmanagement) umgesetzt werden kann.



Abbildung 18: Optimierungsprozess Dienstleistungseinkauf

Im Folgenden werden die einzelnen Prozessschritte näher erläutert. Außerdem wird auf den konkreten Fall des Dienstleistungseinkaufs eingegangen.

Schritt 1: IST-Analyse

Bevor Konzepte überlegt und Initiativen ergriffen werden muss die IST-Situation gründlich analysiert werden.

Folgende Punkte sind zu prüfen:

- Was funktioniert gut? Was schlecht?
- Wer sind die Entscheidungsträger?
- Wer sind die Bedarfsträger?
- Welche Kosten fallen wofür an?
- Sind die Prozesse dokumentiert?
→ falls nein: Wie erfolgt bis dato die Dienstleistungserstellung? Wie läuft im Einkauf die Durchführung ab? Welche Datenquellen stehen für diverse Analysen zur Verfügung?
- Gibt es Rahmenverträge mit Dienstleistern?
- Gibt es Preferred Supplier und wie sind diese definiert?
- Gibt es vorhandene Richtlinien?
- Gibt es externe Vorschriften und Codices, z.B. Pharmakodex?

Ziel: Transparenz schaffen

Schritt 2: (Konzept-)Alternativen

Aufbauend auf den Erkenntnissen der IST-Analyse sollten Alternativen recherchiert werden. Hierzu zählen z.B.:

- Make-or-Buy in verschiedenen Spielarten
- Rahmenverträge oder Projektausschreibungen
- zentraler oder dezentraler Einkauf

Als Quellen können Prozessbenchmarks, Institutionen und Verbände dienen. Eine erste Bewertung der Alternativen führt zu einer Priorisierung der möglichen Lösungen.

Ziel: (Markt-)Übersicht gewinnen

Schritt 3: Business Case

Die ermittelten Alternativen müssen als Entscheidungsgrundlage in einem Business Case (Kosten-Nutzen-Analyse) finanziell bewertet werden. Die Analyse sollte auf einer klaren Definition der Thematik und Zielsetzung aufbauen. Weiter sollte sie die genutzte Methodik, die getroffenen Annahmen, betriebswirtschaftliche Auswirkungen unter verschiedenen Szenarien (Sensitivitätsanalyse) und Risiken beinhalten. Die Ergebnisse der Analyse sind in einem Fazit zusammenzufassen.

Ziel: Aussagekräftige Zahlen und Daten als Basis für die zu treffende Entscheidung. Grundlage für Steuerung (Controlling).

Schritt 4: Initiativenplan

Aufbauend auf den Ergebnissen des Business Case erfolgt die Festlegung der Aktivitäten zur Umsetzung der Entscheidungen. Dazu gehört auch die Aufstellung eines Arbeitsplanes. Der Plan sollte die zeitliche Abfolge und die Dauer des Projektes/der Projektabschnitte, Inhalte sowie Verantwortlichkeiten beinhalten. Ebenso müssen die zur Verfügung stehenden Ressourcen, z.B. Budget und Personalstärke, berücksichtigt werden.

Ziel: Plan zur Umsetzung der Entscheidung

Schritt 5: Umsetzung

Im abschließenden Schritt folgt die Umsetzung der Entscheidung. Wichtige Punkte bei der Umsetzung sind:

- Sicherstellung der Kommunikation der relevanten Informationen und abgestimmte Umsetzung
- Change Management¹³
- Prüfung der implementierten Prozesse (z.B. Testlauf)
- Fortlaufendes Prozesscontrolling zur Steuerung

Ziel: Entscheidungsumsetzung und erfolgreiches Change Management

Hinweis: Es ist zu beachten, dass die Prüfung und das Controlling der Prozesse nach ihrer Implementierung nicht abgeschlossen sind. Die Prozesse sind permanent zu prüfen und mit Hilfe geeigneter Controllingmaßnahmen zu steuern.

Ziele beim Einkauf von Dienst- und Beratungsleistungen:

- Schaffen von klaren, einheitlichen und standardisierten Prozessen und Abläufen
- Aufbau von Sach- und Fachkompetenz im Einkauf
- Dadurch: Aufbau des Einkaufs als respektierter Partner für die Fachabteilungen

¹³ Change Management bezeichnet die Planung, Steuerung und Koordinierung aller Tätigkeiten die zur Umsetzung neuer (veränderter) Strategien oder Prozesse nötig sind.

13 Investitionsgüterbeschaffung

Investitionseinkauf

Der Investitionseinkauf lässt sich häufig in Investitionen in den medizintechnischen Bedarf und Investitionen im Einrichtungs- und Ausstattungsbereich bzw. im technischen Bereich (so z.B. Haushaltsgeräte, Wartung, Anlagentechnik, etc.) untergliedern. Investitionen in Einrichtungen und Ausstattungen laufen meist als Komplettausstattung im Zuge von Neu- und Umbauten oder werden als Ergänzungsbeschaffungen, passend zum vorhandenen Mobiliar, beschafft. Nahezu identisch ist die Vorgehensweise im technischen Bereich. Vereinfachend (insbesondere bei Ersatzbeschaffungen) ist hierbei, dass die Zahl der eingebundenen Fachbereiche und die Mittelbereitstellung meist transparent sind. Schwierig ist lediglich die einhergehende zeitliche Brisanz, wodurch häufig Ad-hoc-Entscheidungen ohne genügend Markttransparenz und Wettbewerb getroffen werden. Die Komplexität steigt bei umfassenden Neubauten und Sanierungen, doch sind derartige Projekte im Regelfall mit längerem Vorlauf und umfassendem Projektmanagement versehen, so dass die Einbindung des Einkaufs unkritisch ist. Die größere Intransparenz und damit eine höhere Maverick-Buying-Quote schlummert bei den medizintechnischen Investitionen und ist daher Hauptaugenmerk in diesem Kapitel.

Medizintechnik

Im Bereich der medizintechnischen Investitionen gab es in den letzten Jahren den vielleicht größten Paradigmenwechsel innerhalb der durchzuführenden Beschaffungsmaßnahmen. In der Vergangenheit war der Einkauf lediglich Erfüllungsgehilfe und bemühte sich, die Wünsche der Chefarzte umzusetzen. Alternativangebote wurden höchstens pro forma eingeholt. Bei nicht mehr reparablen Geräten wurde das ausgesonderte Gerät eins zu eins wiederbeschafft – es sei denn, der Chefarzt hatte einen anderen Wunsch. Dann wurde dieser selbstverständlich erfüllt. Ein Paradies für Fachbereiche und Anbieter, aber „Worst Case“ aus Beschaffersicht, da diesem lediglich die Rolle des Abwicklers (Anlegen der Bestellung und Rechnungsprüfung) blieb.

Durch Absenken der zur Verfügung gestellten Investitionsmittel und die Entwicklung der Rolle des Einkaufs vom „Wunscherfüller“ hin zum internen strategischen Partner, hat sich der Beschaffungsprozess bei medizintechnischen Geräten stark verändert. Wurde in der Vergangenheit ein vom medizinischen Bereich präferierter Gerätetyp beschafft, wird heute vom Einkauf hinterfragt, für welches Anwendungsgebiet das Gerät benötigt wird und welche Funktionen es erfüllen muss. Dies ist Basis funktionaler und anbieterneutraler Leistungsverzeichnisse, womit echter Wettbewerb erst möglich ist und der Einkauf erster Ansprechpartner für die Anbieter wird. Auf dieser Grundlage können realistische Vergleichsangebote eingeholt und eine wirtschaftliche Beschaffung durchgeführt werden.

Es gibt mehrere Varianten, wie Beschaffungen von Medizintechnik in den Krankenhäusern durchgeführt werden:

- Das Krankenhaus führt die Beschaffung, ggf. unter zur Hilfenahme von Dienstleistern zur Erstellung eines Leistungsverzeichnisses, sowie die Bewirtschaftung durch. Dies beinhaltet auch die Wartung und Instandhaltung der Medizintechnik durch eigenes Personal.
- Das Krankenhaus führt die Beschaffung der Medizintechnik selbst durch, vergibt aber die Bewirtschaftung des medizintechnischen Gerätebestandes an einen Dienstleister oder direkt an den Anbieter.
- Das Krankenhaus entscheidet sich, weder Beschaffungen noch die Bewirtschaftung der Medizintechnik selbst durchzuführen. Hier werden die Leistungen – z.B. im Rahmen eines Managed-Equipment-Service-Vertrages – vollständig an einen Dienstleister vergeben. Dieser Vertrag beinhaltet neben der Wartung und Instandhaltung der Medizintechnik auch die Erneuerung und Ausstattung mit Medizintechnik durch diesen Dienstleister.

Ob prinzipiell eine Bündelung der medizintechnischen Bedarfe möglich ist, hängt meist von der Budgetsituation des jeweiligen Krankenhauses ab. Wenn definierte Jahresbudgets zur Verfügung stehen, ist eine Jahresinvestitionsplanung zur Definition des benötigten Ersatzbedarfs, einschließlich

eines Havariebudgets für unvorhergesehene irreparable Geräteausfälle, erst möglich und gleichzeitig unabdingbar. Ziel der Beschaffung sollte eine längerfristige Planung sein, um ein strategisches Agieren zu ermöglichen und nicht durch das Tagesgeschäft getrieben zu werden. Zudem sichert dies durch den umfassenderen Kommunikationsbedarf in der Planungsphase die möglichst frühzeitige Einbindung des Einkaufs.

Ersatzbeschaffung

In der Vergangenheit wurden Geräte in den meisten Fällen erst ersatzbeschafft, wenn diese irreparabel sind. Im Sinne einer strategischen Planung sollte versucht werden, der Havarie durch eine kontinuierliche Ersatzbeschaffungsplanung vorzubeugen. Grundlage dazu ist eine Bestandsführung der medizintechnischen Geräte, welche neben dem Anschaffungsjahr und den Beschaffungskosten auch die laufenden Reparaturkosten und den End-of-Service-Zeitpunkt für die Geräte dokumentiert.

Unter Zugrundelegung der Analyse der dokumentierten Parameter kann eine detaillierte Ersatzbeschaffungsplanung durchgeführt werden. Diese wiederum ermöglicht die Bedarfsbündelung und dadurch eine wirtschaftliche Wiederbeschaffung von medizintechnischen Geräten.

Bei der Planung der Budgets müssen die Auswirkungen eines veränderten Geräteparks auf die laufenden Wartungs- und Instandhaltungskosten unbedingt berücksichtigt werden.

Mögliches Vorgehen bei der Beschaffung von Investitionen

- Bedarfsplanung (sowohl Ersatzgeräte als auch Zusatzwünsche)
- Bündelung innerhalb der einzelnen Gerätearten (Beatmung, Narkose, Ultraschall etc.) innerhalb des gesamten Krankenhauses, nicht nur innerhalb einer Fachabteilung
- Eruierung der Einsatzgebiete innerhalb der Gerätearten, z.B.
 - Narkose: Einsatz im OP-Saal, Einsatz im Einleitungsraum
 - Beatmung: Kurzzeit-, Notfallbeatmung, Langzeitbeatmung, Beatmung mit NIV-Beatmungsmöglichkeit zur Entwöhnung
 - Ultraschall: Notfalldiagnostik, Routinediagnostik, Spezialdiagnostik
- Funktionsbeschreibung für die einzelnen Anwendungsgebiete, damit gewährleistet wird, dass alle mit dem Gerät durchgeführten Anwendungen funktionell abgedeckt werden können
- Festlegung der notwendigen Leistungsparameter der Geräte für die einzelnen Anwendungsgebiete
- Definition der Mindestbedingungen/-vorgaben, welche die Geräte in den einzelnen Anwendungsgebieten erfüllen müssen
- Angebotseinholung/Ausschreibung, ggf. in einzelnen Losen, entsprechend der Anwendungsgebiete
- Abfrage der Folgekosten (Verbrauchsmaterial, Wartungs-, Instandhaltungskosten, Ersatzteilkosten etc.)
- Angebotsauswertung in mehreren Schritten
 - Preisvergleich
 - Vergleich der Folgekosten
 - Vergleich der Leistungsparameter unter Beachtung der Mindestvorgaben
 - vergleichende Teststellungen
 - Auswertung der dokumentierten Testergebnisse
 - Festlegung des Krankenhausstandards
 - Vergabe der Leistung/Vertragsabschluss
 - Beauftragung

Investitionen für sofortigen Ertrag

(von Marco van der Meer, geschäftsführender Gesellschafter van der Meer Gruppe – VDMG)

Um die Finanzen der meisten Krankenhäuser ist es nicht gut bestellt: Steigende Kosten sowie stagnierende Erlöse führen zu defizitären Ergebnissen und als Resultat oftmals zu einem gewaltigen Investitionsstau. Die van der Meer Gruppe (VDMG) durchbricht diesen Teufelskreis und zeigt Möglichkeiten auf, Investitionen in Krankenhäusern ohne sofortigen Liquiditätsabfluss zu tätigen und mit diesen Investitionen bereits ab dem ersten Tag Erträge zu generieren.

Laut „Krankenhaus Rating Report 2016“ kommen die Bundesländer in Zeiten stark angespannter öffentlicher Haushalte ihren Investitionsverpflichtungen im Rahmen der dualen Finanzierung nur unzureichend nach. Infolgedessen müssten Krankenhäuser notwendige Investitionen vermehrt aus Eigenmitteln bestreiten. Jedoch seien knapp 50 Prozent aller Häuser nicht zur ausreichenden Investitionstätigkeit in der Lage, so die gemeinsam vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), dem Institute for Health Care Business GmbH und der Philips GmbH durchgeführten Studie. Der daraus resultierende Investitionsstau belaufe sich bundesweit auf mittlerweile knapp 28 Mrd. Euro.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die von Roland Berger veröffentlichte „Krankenhausstudie 2016“: So glauben mehr als 70 Prozent der Befragten, dass sich die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in den kommenden Jahren weiter eintrüben werden, was den vorhandenen Investitionsstau weiter verschärfen dürfte.

„Eine Vielzahl von Krankenhäusern schiebt notwendige Investitionen und lebt buchstäblich von der Substanz“, so Marco van der Meer, dessen gleichnamige Unternehmensgruppe (VDMG) mehrere Krankenhäuser zu seinen Kunden zählt. „Unsere Untersuchungen zeigen, dass bei einer Capex-Abschreibungs-Ratio kleiner Null ein tendenzieller Investitionsstau sehr wahrscheinlich ist“, sagt van der Meer. Das Haus kompensiere demnach nicht mindestens die Wertminderungen der planmäßigen Abschreibungen durch Neuinvestitionen in gleichem Maße. Dies sei bei Krankenhäusern – insbesondere im öffentlichen Bereich – häufig zu beobachten, führt van der Meer aus.

Seit 2004 beschäftigt sich die van der Meer Gruppe (VDMG) mit der Steigerung der Innenfinanzierungskraft ihrer Kunden. Eine eigens entwickelte hochleistungsfähige Software unterstützt die Kunden bei der digitalen Abbildung eines effizienten Source-to-Pay-Prozesses. Zudem beschäftigt das Unternehmen eigene Mitarbeiter im Bereich strategischen Einkaufs- und Supply-Chain-Management-Beratung. Jüngstes Mitglied der Unternehmensgruppe ist die VDMG Trading, die durch den Einsatz alternativer Finanzierungsmodelle die Investitionstätigkeit für Krankenhäuser trotz schwieriger Rahmenbedingungen ermöglicht und mittels dieser sofortige Erträge für ihre Kunden realisieren kann.

„Neben der oftmals angespannten finanziellen Situation stellen Investitionsvorhaben im nicht strategischen Bereich für Krankenhäuser immer wieder erneut eine Herausforderung dar“, stellt van der Meer fest. Investitionsvorhaben in diesem Bereich zeichneten sich vor allem durch ihre geringe „Wiederholbarkeit“ aus, d.h. die Krankenhäuser verfügten in der Regel kaum über Fach- bzw. Beschaffungs-Expertise in den jeweiligen Warengruppen. „Genau hier setzen wir an“, fährt van der Meer fort. Gemeinsam mit in ihrem Segment erfolgreich tätigen Industriepartnern entwickelt die VDMG Trading vielfach bewährte Best-Practice-Ansätze als Plug-&-Play-Lösung, die unter Berücksichtigung und Anwendung sämtlicher warengruppenindividuellen Besonderheiten in Krankenhäusern ressourcenschonend und zuverlässig zum Einsatz kommen können. „Dies führt zu einer erheblichen Komplexitätsreduktion und zu einer Entlastung der Krankenhausinternen Organisation, da wir auf im Markt vielfach bewährte Standardlösungen zurückgreifen und mit unseren Industriepartnern absolute Fachexperten zu Beginn des Investitionsprozesses mit an Bord haben“, resümiert van der Meer.

Realisiert werden die Investitionsvorhaben im Rahmen eines Mietmodells. Die VDMG Trading tritt als Käufer auf und erwirbt das Investitionsobjekt von dem Industriepartner samt Aufwand für Konzeption und Installation. Im Anschluss daran erfolgt die Vermietung an den jeweiligen Bedarfsträger – das Krankenhaus – über eine definierte Vertragslaufzeit. Durch die Bedarfsbündelung auf Ebene der VDMG Trading kann zudem noch eine konditionelle Optimierung gegenüber der Industrie erzielt werden, die separat für jedes einzelne Haus nicht realisierbar wäre. Ferner sind sämtliche Aufwendungen für Wartung über die Vertragslaufzeit hinweg bereits in der monatlichen Mietrate inkludiert. „Das Krankenhaus erwirbt sozusagen ein „Rundum-Sorglos-Paket“, so van der Meer weiter. Planbare monatliche Mietraten erhöhten ferner die Budget-Sicherheit über die Vertragslaufzeit. Nach Ablauf der Vertragslaufzeit (in Abhängigkeit des Investitionsobjektes zwischen 36 und 60 Monaten) geht das Investitionsobjekt unkompliziert in das Eigentum des Mieters über. Die Finanzierung in einem Mietmodell schont zudem die Liquidität des Krankenhauses; diese wird nicht durch einen sofortigen Abfluss belastet. Darüber hinaus bleiben Bilanzstruktur und Rating erhalten; das Krankenhaus kann aufgrund des Mietmodells auf eine Bilanzierung im eigenen Anlagevermögen (Folge-Effekt: Bilanzverlängerung) verzichten. Mögliche unter Druck stehende Financial Covenants und Kennzahlen werden nicht weiter strapaziert.

Generell zielt das Geschäftsmodell der VDMG Trading auf sogenannte generische Warengruppen ab, die in regelmäßigem Rhythmus wiederkehrend sind und bei einer Vielzahl von Kunden zum Einsatz kommen. Exemplarisch seien hier Großküchentechnik (Geschirrspüler, Konvektomaten etc.), Möblierung (Krankenhausbetten, -möbel) oder auch IT-Hardware (PC, Laptops, Tablets etc.) und LED-Beleuchtungstechnik zu nennen. Der Phantasie für weitere Warengruppen sei hier jedoch keine Grenzen gesetzt. „Wir verfügen bereits heute über ein sehr enges Netzwerk leistungsfähiger Industriepartner und entwickeln neue Warengruppen gern gemeinsam mit unseren Kunden weiter. Aktuell sind wir mit der Warengruppe LED-Beleuchtungstechnik sehr erfolgreich im Markt tätig“, sagt van der Meer.

Diese Warengruppe biete die Besonderheit, dass sich nach Installation eine sofortige Ertragssteigerung ergebe. Mit dem Einsatz hochmoderner LED-Leuchtmittel (integriert in ein zeitgemäßes Gesamt-Beleuchtungskonzept) gehe eine sofortige Einsparung von Strom-Energiekosten einher, die im Einzelfall bis zu 70 Prozent des bisherigen Energiebedarfs betragen kann. In aller Regel lägen die monatlichen Mietraten stets unterhalb der Energiekosteneinsparung. „Damit lohnt sich die Investition in moderne LED-Beleuchtungstechnik bereits ab dem ersten Tag“, fasst van der Meer zusammen. Nach Ablauf der Vertragslaufzeit wird das Krankenhaus die erzielte Energiekosteneinsparung dann komplett für sich vereinnahmen können; je nach täglicher Beleuchtungsdauer sind bei derartigen LED-Lampen Gesamt-(Lebens-) und Nutzungsdauern von acht bis zu 15 Jahren realistisch. Ein Zeitraum, der deutlich über die Vertragslaufzeit des Mietmodells von 60 Monaten hinausgeht.

„Unter ROI-Gesichtspunkten eine absolute Ideal-Investition. Es gibt keinen Grund, diese Investition nicht zu tätigen. Wir bringen das Geld quasi mit“, so van der Meer weiter. Aus aktuellen Projekten seines Hauses weiß er zu berichten, dass auch qualitative Aspekte nicht zu unterschätzen sind. So wirke der Einsatz der neuen Lichttechnik positiv auf das gesamte Arbeitsklima sowie Mitarbeiter- und Patientenwohl und könne im Extremfall gar Bestandteil des therapeutischen Konzeptes werden. Ferner stünde eine reduzierte CO²-Emission vermehrt im Fokus aktueller Diskussionen.

Fazit

Krankenhausmanager können ihre wirtschaftliche Situation auf unterschiedlichen Wegen verbessern: Neben klassischen Kostensenkungsprogrammen und Prozessoptimierungen zur Ertragssteigerung wird es in den kommenden Jahren im Wesentlichen auf die Auflösung des vorhandenen Investitionsstaus ankommen, um das eigene Haus im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern erfolgreich zu positionieren. Dass ein Entkommen des Teufelskreises aus niedrigem Ertrag und vorhandenem Investitionsstau durchaus möglich ist, zeigt der Dienstleistungsansatz der VDMG Trading. Liquiditätsschonende Mietmodelle stellen eine echte Finanzierungsalternative zum klassischen Investitions-Kauf dar und erwirtschaften im Falle einzelner Warengruppen bereits ab dem

ersten Tag Erträge. Aufgrund der thematischen Komplexität und oftmals begrenzten personellen sowie finanziellen Ressourcen innerhalb eines Krankenhauses kann eine externe Begleitung und Durchführung des Investitionsvorhabens durch die Experten der VDMG-Gruppe mit ihrem speziellen Know-how sehr wertvoll sein.

Portrait Marco van der Meer:

Marco van der Meer ist geschäftsführender Gesellschafter der van der Meer Gruppe (VDMG) mit Sitz in Oberhausen. Mit ihren interdisziplinär agierenden Tochtergesellschaften VDMG Trading (Investitionsgüterfinanzierung), VDMG Finance (Working Capital Management/Finanzierung), VDMG Consult (Strategische Beratung im Bereich Einkauf/Supply Chain), VDMG Connect (Transaktionsplattform entlang des gesamten Source-to-Pay-Prozesses) sowie VDMG Cost Engineering (Kostenstruktur-Analyse) unterstützt die VDMG Gruppe ihre Kunden bei der Stärkung der Innenfinanzierungskraft.

Firmenportrait VDMG

Steigende Kosten, stagnierende Erlöse und als Konsequenz oftmals ein signifikanter Investitionsstau: **Krankenhäuser stehen aktuell vor gewaltigen Herausforderungen.** Glaubt man aktuellen Umfragen, dürfte sich diese Situation in der Zukunft weiter zuspitzen. Wer sich im verschärften Wettbewerb erfolgreich positionieren und bestehen will, muss vorhandene Ertragspotenziale konsequent heben und seine Kapitalstruktur nachhaltig optimieren. Die van der Meer Gruppe (VDMG) zählt eine Vielzahl von Krankenhäusern zu ihren Kunden und bietet mit ihren fünf Tochtergesellschaften individuelle und maßgeschneiderte Lösungen zur Stärkung der Innenfinanzierungskraft.

VDMG trading

VDMG trading unterstützt bei der Strukturierung und Durchführung komplexer Investitionsvorhaben. Gemeinsam mit erfolgreich am Markt tätigen Industriepartnern werden bewährte Plug-&-Play-Lösungen in liquiditätsschonende Mietmodelle überführt. Der Kunde erwirbt ein „Rundum-Sorglos-Paket“ und ist trotz wirtschaftlich oftmals angespannter Rahmenbedingungen zur zukunftsgerichteten – teilweise ertragsbringenden – Investitionstätigkeit in der Lage.

VDMG connect

VDMG connect bildet als Transaktionsplattform für Non-Medical-Bedarf den gesamten Source-to-Pay-Prozess automatisiert und in digitaler Form ab. Prozess- sowie dauerhafte Ressourcenoptimierung durch Entfall von Artikelstammdatenpflege. Elektronische Disposition sowie mögliche Integration von Lieferscheinen und Rechnungen bis in das ERP-System des Kunden. Das Management-Information-System (MIS) bietet vielfältige Auswertungsmöglichkeiten für das Management und Entscheider im Einkauf.

VDMG finance

VDMG finance erhöht die finanziellen Handlungsspielräume ihrer Kunden. Eine ganzheitliche Working-Capital-Management- und Treasury-Strategie unter Anwendung vielfach bewährter Financial-Engineering-Methoden führt zu einer Freisetzung gebundener Liquidität im Krankenhaus, die mit einer Optimierung von Bilanzstruktur, Financial Covenants und Rating einhergeht.

VDMG consult

VDMG consult unterstützt Kunden im Bereich der strategischen Einkaufs- und Supply-Chain-Beratung. Ganzheitliche Organisations- und Kostensenkungs-Initiativen werden unter Berücksichtigung der kundenspezifischen Rahmenbedingungen konzipiert und nachhaltig umgesetzt.

VDMG cost engineering

VDMG cost engineering bietet mit einer eigens entwickelten Software- und Datenbank-Applikation für Produkt- und Dienstleistungskalkulationen die perfekte Unterstützung als faktenbasierte Grundlage für Entscheider.

Die einzigartige Kombination aus Finanz- und Einkaufskompetenz bietet innovative und sich ergänzende Lösungsansätze macht die VDMG Gruppe für ihre Kunden zur einem gefragten Ansprechpartner im Bereich Health Care.

Marco van der Meer
Geschäftsführender Gesellschafter

marco.vdmeer@vandermeergruppe.de
Tel. +49 (0)171 - 647 55 11



14 Materialcontrolling / Benchmarking

Praxisbeispiel von Theresa Ludewig, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Materialcontrolling kann als Controlling der Verbräuche einzelner Kostenverursacher verstanden werden. Die Kostenverursacher können hierbei je nach Organisationsstruktur einzelne klinische Fachbereiche sein. Es haben sich Kostenstellen-Cluster bewährt, bspw. der Bereich Gynäkologie inkl. aller Funktionsbereiche wie insbesondere OP, stationärer und ambulanter Kostenstellen. Der strategische Einkauf wertet die Daten aus dem Controlling aus. Teilnehmer der vierteljährlich stattfindenden Gesprächsrunden sind der Einkauf, Chef- und Oberärzte, Kaufleute aus dem Fachbereich sowie Vertreter des Controllings selbst. Ziel ist es einerseits, das Kostenbewusstsein der Bereiche zu stärken und andererseits Maßnahmen für den Einkauf abzuleiten. Des Weiteren können teilweise auftretende Fehlverhalten oder optimierungsbedürftige Prozesse anhand der Verbräuche des Materials identifiziert sowie auch hierfür Änderungsmaßnahmen für den Fachbereich abgeleitet werden. Die Runden selbst bieten einen direkten Austausch mit den Vertretern der Fachbereiche.

Die Darstellung der Verbräuche erfolgt anhand der tatsächlich entstandenen Bruttokosten im Bereich. Der Verbrauch des aktuellen Betrachtungszeitraums wird linear auf das Jahr hochgerechnet und im Vergleich zum Vorjahresverbrauch dargestellt. Somit wird ermöglicht, Auffälligkeiten wie Anstieg oder Verbrauchsrückgang gemeinsam mit den Teilnehmern der Fachbereiche zu hinterfragen; auch hinsichtlich der Plausibilität und des möglichen Fortbestehens der Entwicklungen. Hieraus entstehen die Maßnahmenableitungen für den Einkauf.

Die Datenanalyse erfolgt hierbei anhand der eClass-Warengruppenstruktur. Diese Struktur bietet sich an, da eine Gruppierung vom Groben zum Feinen bis auf Materialebene möglich und teilweise sinnvoll wird.

Fallzahlentwicklungen werden ebenfalls zur Erklärung einzelner Entwicklungen hinterfragt. Es wird somit ein retrospektiver Benchmark ermöglicht, der pro Fachbereich die Zeitkomponente als Vergleichskriterium ansetzt, also Vorjahr versus laufendes Jahr.

Es handelt sich hierbei um eine reine Kostenbetrachtung, die letztlich den o. g. Zielen dieser Kontrollmaßnahme geschuldet ist – der Fokus soll auf den Verbräuchen und den Einkaufsthemen liegen. Bestrebungen, die Erlössituation in diese Art des Controllings einfließen zu lassen, haben sich bislang als nicht tragbar erwiesen. Dies liegt einerseits an der zeitlichen Verzögerung einzelner Fallabrechnungen und andererseits an den Rahmenbedingungen der Termine selbst. Eine direkte Gegenüberstellung von bereits generierten Kosten und bis dato generierten Erlösen kann vor allem bei kostenintensiven Materialien zu großen Abweichungen führen. Oftmals fühlt sich der Fachanwender bei Auftreten großer Differenzen „angeklagt“ und kann hierdurch die Gespräche als negativ empfinden, sodass die Ziele dieses Controllings unerreicht blieben. Unter den Rahmenbedingungen wird unter anderem die zeitliche Begrenztheit der Ärzteschaft verstanden. Durch eine Integration der Diskussion zu Erlösen käme es an dieser Stelle zu einer zeitlichen Ausweitung, die im klinischen Alltag nur schwer zu erreichen ist.

Relevant ist neben der offenen Kommunikation und der Fokussierung auf die o. g. Ziele eine hohe Datenqualität sowie Plausibilität der Daten. Hierdurch gewinnt der „zahlenaverse“ Fachanwender Vertrauen und somit Offenheit für das gewollte Kostenbewusstsein. Des Weiteren ist der Teilnehmerkreis wichtig. Es sollten sich entscheidungsbefugte Fachvertreter wie Chefärzte oder geschäftsführende Oberärzte in den Runden einfinden, um das Besprochene aus hierarchisch übergeordneter Position in die Kliniken tragen zu können.

Benchmarking – Einkauf wird effizienter

(von Volker Haßmann, BME e.V.)

Es ist ein kleines Jubiläum: Seit zehn Jahren erhebt der BME die TOP-Kennzahlen des Einkaufs in deutschen Unternehmen. Ein Blick auf die Historie des europaweit größten Einkaufs-Benchmarks zeigt, dass sich die wichtigsten Werte positiv entwickelt haben.

Als die Benchmark-Abteilung des BME im Jahr 2007 ihre Erhebung begann, waren es gerade einmal zehn Kennzahlen und 50 Umfrageteilnehmer. Für die zehnte Ausgabe der TOP-Kennzahlen, die der BME in diesem Jahr in einer Jubiläumsausgabe veröffentlicht hat, stellten rund 250 Unternehmen ihre internen Daten zu insgesamt 25 Kennzahlen zur Verfügung. Über die Jahre ist so ein einheitlicher und anerkannter Standard zur Messung der Effizienz der Prozesse und Organisation im Einkauf entstanden. Die Teilnehmer nutzen heute die Kennzahlen und Definitionen aus den BME-TOP-Kennzahlen als Standard für das interne Reporting und für externe Vergleiche.

Viele Beschaffungsabteilungen konnten durch die Analysen Transparenz über ihre Kostenstrukturen und Prozesse gewinnen – mit dem Ergebnis, dass sich die wichtigsten Kennzahlen positiv entwickelt haben. „Der Einkauf ist in den vergangenen zehn Jahren professioneller geworden“, fasst Volkmar Klein, Leiter der BME-Benchmark-Services, die von ihm ermittelten Ergebnisse zusammen. Er verweist in diesem Zusammenhang auf die Kosten je Bestellvorgang, die über den gesamten Zeitraum einen kontinuierlichen Abwärtstrend aufweisen und verglichen mit 2007 um mehr als 30 Prozent gesunken sind. Gleichzeitig zeigt sich, dass ein Mitarbeiter heute deutlich mehr Bestellungen abwickelt als vor zehn Jahren. Ausgehend vom Tief aus dem Jahre 2008 arbeitet das Personal der Einkaufsabteilung mittlerweile ein Viertel mehr Bestellungen ab.

Einige zentrale Kennzahlen

Einkaufskosten in Prozent vom Einkaufsvolumen

Diese Kennzahl spiegelt sehr stark die Effizienz der Prozesse im Einkauf und die damit verbundenen Kosten wider. Die Einkaufskosten im Verhältnis zum Einkaufsvolumen haben sich gegenüber dem Vorjahr moderat verbessert, sie liegen im Durchschnitt aller Teilnehmer bei 1,56 Prozent. Über mehrere Perioden betrachtet, haben hier viele Unternehmen ihre Hausaufgaben gemacht: der Wert sank seit Beginn der Erhebung um zirka 15 Prozent.

Einkaufsvolumen in Prozent vom Umsatz

Diese Kennzahl gibt einen Überblick über strukturelle Unterschiede einzelner Branchen hinsichtlich der eigenen Wertschöpfung. Seit 2007 ist diese Kennzahl um zirka zehn Prozent zurückgegangen und liegt aktuell im Durchschnitt aller Teilnehmer bei zirka 40 Prozent, wobei dieser Wert je nach Branche sehr unterschiedlich ausfällt.



Abbildung 19: Einkaufskosten in Prozent vom Einkaufsvolumen

Einkaufsvolumen je Mitarbeiter im Einkauf

Hierbei handelt es sich um eine sehr wichtige Strukturkennzahl, was die Effektivität der Prozesse im Einkauf angeht. Beim Vergleich sind hier unbedingt die Branche und die Unternehmensgröße zu berücksichtigen. Im Durchschnitt verantwortet ein Einkäufer (FTE) zirka 8,76 Millionen Euro Einkaufsvolumen im Jahr. Dieser Wert hat sich in den vergangenen zehn Jahren leicht verringert, was einerseits damit zusammenhängt, dass viele Einkaufsabteilungen Personal aufgestockt haben (Projekteinkauf, Controlling, Governance usw.). Andererseits sind die Einkaufspreise moderat zurückgegangen.

Kosten je Bestellvorgang und Anzahl Bestellungen je Einkäufer

Die Kennzahl „Kosten je Bestellvorgang“ findet sich in den Kennzahlensystemen vieler Unternehmen wieder. Auf der operativen Ebene ist dies ein wichtiger Richtwert, was die Gestaltung der Beschaffungsprozesse angeht. Über mehrere Perioden betrachtet, ist er ein wertvoller Indikator zur Beurteilung der eingeführten Bestellprozesse (Automatisierung). Im Vergleich zum Vorjahr sind die Kosten je Bestellvorgang moderat zurückgegangen und liegen aktuell unter 90 Euro und damit rund 30 Prozent unter dem Niveau von 2008. Hauptgrund ist jedoch keine direkte Kostensenkung, sondern die Tatsache, dass die Bestellungen im Zuge der Automatisierung häufiger ausgelöst werden. 2015 hat ein Einkäufer im Durchschnitt 92 Bestellungen mehr generiert als im Jahr davor. Auf der operativen Ebene konnte der Einkauf in vergangenen Jahren somit verbessern.



Abbildung 20: Kosten je Bestellvorgang in Euro

Durch den Einkauf verantwortetes Einkaufsvolumen

Diese Kennzahl bewegt sich seit zehn Jahren sehr stabil zwischen 85 und 90 Prozent. Kleine und mittelständische Unternehmen liegen mit über 90 Prozent auf einer Augenhöhe mit Großunternehmen. Dies scheint aktuell die Obergrenze für die Einkaufsaktivitäten zu sein. Die Maverick-Buying-Quote von zehn Prozent bedeutet, dass bei einem Gesamtbeschaffungsvolumen von 100 Millionen Euro rund zehn Millionen Euro vergeben werden, ohne dass der Einkauf eingebunden ist. Hier kann das Einkaufsmanagement der Geschäftsführung aufzeigen, wo noch Einsparpotenziale liegen.

Nichttraditionelle Beschaffungsfelder

Der steigende Wettbewerbsdruck lässt den Einkauf verstärkt nach Möglichkeiten suchen, zusätzliche Einsparpotenziale zu erschließen. Während im Bereich Produktionsmaterial viele Einkaufsabteilungen ihre Hausaufgaben schon gemacht haben, besteht bei indirekten Materialien und Dienstleistungen noch viel Handlungsbedarf. Unter den sogenannten nichttraditionellen Beschaffungsfeldern sind Instandhaltung, FCM, IT und Fuhrpark mit rund 60 Prozent die Bereiche, in denen der Einkauf mittlerweile aktiv mitwirken darf. Schlusslichter bleiben Marketing-, Beratungs- und Prüfungsleistungen sowie Versicherungen, deren Beschaffung bei rund drei Viertel der Befragten nach wie vor von Fachabteilungen ausgeführt wird.

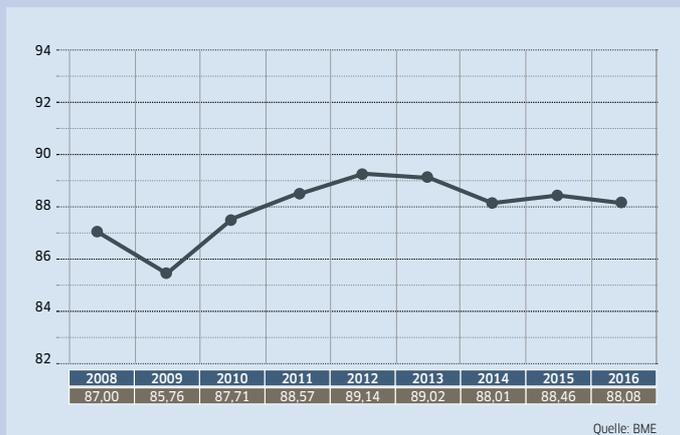


Abbildung 21: Einkaufsvolumen in der Verantwortung des Einkaufs in Prozent

Fazit: Noch Luft beim strategischen Einkauf

Trotz aller erfreulichen Tendenzen fordert Volkmar Klein die Unternehmen dazu auf, sich auf dem Erreichten nicht auszuruhen. „Bei der Einkaufsstrategie herrscht noch viel Nachholbedarf“, betont er mit Blick auf stagnierende Kennzahlen zur Lieferantenperformance, zur Automatisierung oder zur Früheinbindung des Einkaufs. Ein Großteil der Verbesserungen sei auf operativer Ebene, etwa durch die Automatisierung von Bestellvorgängen, erzielt worden. Klein fordert deshalb, das freigewordene Potenzial verstärkt für strategische Zwecke zu nutzen. In der Praxis sei dies aber selten der Fall. Unverändert sei mehr als die Hälfte der Einkäufer ausschließlich im operativen Geschäft tätig.

Weitere Luft nach oben erkennt Klein außerdem bei Vergleichen mit den Klassenbesten, die bei den Kennzahlen stets um 30 bis 50 Prozent besser abschneiden als der Durchschnitt: „Das zeigt, dass viele von den Kostenführern noch einiges lernen können.“

Hier liegen Best in Class-Unternehmen vorne

Einkauf als Wertschöpfungsmanager

Hohe hierarchische Eingliederung des Einkaufs sowie aktives internes Einkaufsmarketing haben dazu geführt, dass der Einkauf Verantwortung für mehr als 90 Prozent des Gesamtbeschaffungsvolumens übernommen hat. Auch in den sogenannten nichttraditionellen Beschaffungsfeldern wie Reise-, Beratungs- oder Marketingleistungen arbeitet der Einkauf eng mit den Bedarfsträgern zusammen.

Einkaufsorganisation

Die hybride Organisationsform in Verbindung mit Projekteinkauf und Warengruppenmanagement ist dominierend. Best in Class-Unternehmen setzen nur noch ein Drittel ihrer Personalressourcen für das operative Tagesgeschäft ein.

Hohe Prozesseffektivität und Effizienz

Die Automatisierung des Bestell- und Abrechnungsprozesses in Verbindung mit der Standardisierung der Bedarfe schreitet weiter voran. Die Klassenbesten schreiben nicht nur mehr Bestellungen, sie managen ein um 30 bis 50 Prozent höheres Einkaufsvolumen je FTE p.a. Auch die Anzahl der Artikel und Lieferanten ist bei den Best in Class-Unternehmen nur halb so hoch wie beim Durchschnitt. Kostensenkung in den vergangenen Jahren: 30 bis 50 Prozent.

Lieferantenmanagement

Fast alle Best in Class-Unternehmen führen regelmäßig Lieferantenbewertungen durch und messen konsequent die Liefertermintreue und Reklamationsquote. In vergangenen Jahren konnte dadurch eine Optimierung des Lieferantenstammes erreicht werden.

Regelmäßiges Controlling / externes Benchmarking

Gut zwei Drittel der Best in Class-Unternehmen nehmen regelmäßig an der BME-Erhebung teil. Die Schere zwischen den Best in Class und dem Durchschnitt ist in den vergangenen Jahren deutlich auseinandergegangen.



BME-TOP-Kennzahlen 2016

Rund 250 Unternehmen stellten 2016 ihre internen Daten zur Verfügung, um sich an einer der europaweit größten Benchmarking-Analysen von Prozessen und Kosten im Einkauf zu beteiligen. Kontakt und Bezug: volkmar.klein@bme.de



BME-Umfrage Top-Kennzahlen im Einkauf 2016

Die Effizienz der Einkaufsabteilungen nimmt direkten Einfluss auf den Wertschöpfungsbeitrag des Unternehmens. Aus diesem Grund hat der BME zum 10. Mal 25 Top-Kennzahlen bei rund 250 groß- und mittelständischen Unternehmen abgefragt.



Die Kennzahlen des BME erlauben einen Vergleich mit dem Durchschnitt oder den Best-in-Class-Unternehmen und ermöglichen damit Rückschlüsse auf die Qualität Ihrer Einkaufsorganisation.

Ziel der Umfrage:

Etablierung eines einheitlichen anerkannten Standards zur Messung der Effizienz der Prozesse und Organisation im Einkauf

Ihr Nutzen:

- Quantitative und qualitative Bewertung der eigenen Einkaufsorganisation durch neutrale Kennzahlen
- Anonymer Vergleich mit Unternehmen der gleichen Branchengruppe und Größe
- Schnelles Erkennen von Verbesserungspotenzialen



BME-Umfrage Top-Kennzahlen im Einkauf 2016 im Überblick:

- 25 Kennzahlen zu Qualität, Struktur, Prozessen/Kosten etc.
- rund 250 Teilnehmer
- 5 Branchen / 5 Umsatzklassen
- Durchschnitts- und Best-in-Class-Werte
- Ausführliches Glossar mit Definitionen und Berechnungsformeln
- Kommentare und Fachbeiträge der BME-Einkaufsexperten.



NEU! Die Umfrageergebnisse sind auch in Englisch erhältlich!

Erscheinungsweise: jährlich

Erscheinungstermin: 1. Juni 2016

Preis: 1.480,- € zzgl. 19 % MwSt.

Ihr Ansprechpartner:

Volkmar Klein
Bereichsleiter BME-Benchmark-Services
Tel.: 069 30838-301
E-Mail: volkmar.klein@bme.de



Ja, ich interessiere mich für die BME-Umfrage Top-Kennzahlen im Einkauf 2016

Bitte schicken Sie mir

- eine unverbindliche Leseprobe
- ein Exemplar der BME-Umfrage Top-Kennzahlen im Einkauf zum Preis von 1.480,- € zzgl. 19 % MwSt.

Name, Vorname

Funktion, Stellung

Firma, Institution

PLZ, Ort

Telefon, Fax

E-Mail

Bitte ausfüllen und per **Fax an 069 30838-199**
oder per **Post an: BME e.V., Volkmar Klein,**
Bolongarostr. 82, 65929 Frankfurt/Main

Weitere Informationen unter: www.bme.de

15 Glossar und Abkürzungsverzeichnis

BANF

Bestellanforderung

DRG-System

Diagnosis Related Groups bezeichnet das gültige ökonomisch-medizinische Klassifikationssystem, mit dem Leistungen an Patienten anhand der Haupt- und Nebendiagnosen für den einzelnen Behandlungsfall und der fallbezogen durchgeführten Behandlungen in Fallgruppen klassifiziert werden und auf Basis dessen die Abrechnung bei den Krankenkassen erfolgt.

ERP-Lösungen

Enterprise-Resource-Planning bzw. Unternehmensressourcenplanung: vorhandene Ressourcen (Kapital, Betriebsmittel oder Personal) sollen möglichst effizient für den betrieblichen Ablauf eingesetzt werden.

FiBu

Finanzbuchhaltung

InEK

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

KHG

Krankenhausfinanzierungsgesetz

NUB-Anträge

Anträge auf Anerkennung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

PKA

Pharmazeutisch-kaufmännische/r Angestellte/r

PTA

Pharmazeutisch-technische/r Assistent/in

VOL

Verdingungsordnung für Leistungen

16 Über uns

BME e.V.

Der Bundesverband Materialwirtschaft, Einkauf und Logistik e.V. (BME) hat sich in den über 60 Jahren seines Bestehens als der Fachverband für Einkauf, Supply Chain Management und Logistik in Deutschland etabliert. Ziel ist es, die Wissenschaft, die Aus- und Weiterbildung sowie den Erfahrungsaustausch auf allen Gebieten der Materialwirtschaft, des Einkaufs und der Logistik zu fördern. Der BME setzt sich für die Qualifikation seiner Mitglieder ein, um ihre Leistungsfähigkeit zu heben. Der Verband ist Dienstleister für mehr als 9.200 Einzel- und Firmenmitglieder. Er ist offen für alle Branchen (Industrie, Handel, öffentliche Auftraggeber, Banken/Versicherungen etc.) und Unternehmensformen.

Der Verband repräsentiert alleine über seine Firmenmitglieder ein Beschaffungsvolumen von 1,25 Billionen Euro (Quelle: infratest, 2010).

BME Akademie GmbH

Im Bereich Aus- und Weiterbildung bietet die BME Akademie GmbH mit über 900 Veranstaltungen im Jahr ein breites Spektrum von Seminaren, Managementforen, internationalen Inhouse-Trainings und Zertifizierungslehrgängen rund um Einkauf und Logistik an.

Die Angebote sind gekennzeichnet durch:

- Aktualität
- Praxiserfahrung
- ein umfangreiches Themenportfolio
- Networking und Benchmarking

Mehr als 150.000 zufriedene Teilnehmer sprechen für sich!

BMEnet GmbH

Die BMEnet GmbH unterstützt mit ihren Informationstools und kundenspezifischen Analyseprogrammen den Einkauf:

- Die **BME-TOP-Kennzahlen** im Einkauf bilden die Grundlage zur Messung der Effizienz der Prozesse und Organisation des Einkaufs.
- **BME-Preisspiegel** enthalten Preisanalysen und Prognosen für ausgewählte Produktgruppen sowie konkrete Empfehlungen für die Auswahl einer geeigneten Beschaffungsstrategie.
- **BME-Preisbenchmarks** bieten eine Plattform zur Überprüfung ihrer Einkaufspreise auf Basis echter Einkaufspreise vergleichbarer Unternehmen.
- Der Benchmark **Secure Supply Chain** ist das erste unabhängige Online-Assessment zur Überprüfung der Robustheit Ihrer Lieferkette.
- In den **BMEnet Guides**, der Marktübersicht Beschaffung sowie den Fach- und Beschaffungsnews stehen die relevanten Informationen zur Auswahl des passenden Dienstleisters bereit.

Sektion Beschaffungskategorien

Fachgruppenkonzept

Um den Erfahrungsaustausch zu fördern und unseren Mitgliedern einkaufsspezifisches Know-how zur Verfügung zu stellen, hat der BME e.V. in den vergangenen Jahren zahlreiche Fachgruppen initiiert. In diesen BME-Fachgruppen tauschen erfahrene Einkäufer ihr Wissen aus und bündeln dieses in Form von Veröffentlichungen. So erhalten BME-Mitglieder Informationen zu aktuellen Marktentwicklungen und Best Practice, zu den verschiedensten Themenkomplexen.

Aktuell aktive Fachgruppen sind u.a.:

- Wertbeitrag des Einkaufs
- Prozesse und Tools im Einkauf
- Lieferantenmanagement
- Personal im Einkauf
- Einkauf bei Finanzdienstleistern
- Energieeinkauf
- Einkauf von Facility-Management-Dienstleistungen
- Fuhrparkmanagement
- Projekteinkauf
- Einkauf von Marketingdienstleistungen
- Projekteinkauf im Anlagenbau und bei Investitionsgütern
- Einkauf von IT- und Telekommunikationsleistungen

Darüber hinaus liegen Fachpublikationen u.a. zu folgenden Themen vor:

- Einkauf von Fuhrparkdienstleistungen
- Einkauf von Reisedienstleistungen
- Einkauf von Veranstaltungsleistungen
- Personal im Einkauf
- Strategischer Energieeinkauf
- Profil des öffentlichen Einkaufs



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Organisatorische Eingliederung	12
Abbildung 2: Zentrale Einkaufsstruktur	12
Abbildung 3: Kundenorientierte operative Beschaffung	14
Abbildung 4: Warengruppenorientierte operative Beschaffung	15
Abbildung 5: Die neue Struktur des Vergaberechts	20
Abbildung 6: Darstellung der Einkaufsleistung	29
Abbildung 7: Ökonomische Apothekendienstleistung	36
Abbildung 8: Organisatorische Apothekendienstleistung	36
Abbildung 9: Pharmazeutische Apothekendienstleistung	37
Abbildung 10: Drei Grundtypen von Versorgungsformen	37
Abbildung 11: Beispielrechnung Kosten eigene Klinikapotheke	38
Abbildung 12: Vor- und Nachteile der Versorgungsformen	39
Abbildung 13: Ziele Lieferantenmanagement	47
Abbildung 14: Einkaufs-Balanced-Scorecard	48
Abbildung 15: Lieferantenmanagement-Kreislauf	49
Abbildung 16: Toolbox Lieferantenmanagement	49
Abbildung 17: Lieferantenportfolio	51
Abbildung 18: Optimierungsprozess Dienstleistungseinkauf	67
Abbildung 19: Einkaufskosten vom Einkaufsvolumen in Prozent	76
Abbildung 20: Kosten je Bestellvorgang in Prozent	77
Abbildung 21: Einkaufsvolumen in der Verantwortung des Einkaufs in Prozent	78

18 Impressum

Titel

„Strategischer Einkauf im Krankenhaus“
2. Auflage, September 2016

Herausgeber

Bundesverband Materialwirtschaft, Einkauf und Logistik e.V. (BME)
Bolongarostraße 82
65929 Frankfurt
Telefon: 069 / 30838 - 0
E-Mail: info@bme.de

Ansprechpartner und Autoren

Matthias Berg

Leiter Sektionen/Fachgruppen
Telefon: 069/308 38 - 128
E-Mail: matthias.berg@bme.de

Susanne Kurz

Referentin Sektionen/Fachgruppen
Telefon: 069/308 38 - 127
E-Mail: susanne.kurz@bme.de

Gestaltung / Layout / Druck

C. Adelman GmbH
Eschersheimer Landstraße 28
60322 Frankfurt am Main

BME e.V.

Bolongarostraße 82
65929 Frankfurt am Main
Telefon: 069 / 30838 - 0
Telefax: 069 / 30838 - 199
info@bme.de
www.bme.de



Einkauf 4.0 für Kliniken und Krankenhäuser - Starten Sie jetzt!

Was Sie für die ersten Schritte brauchen:

Anbindung aller Lieferanten mit Netfira - so einfach wie eine App!

Durchgängig digitale Belegflüsse mit ALLEN Lieferanten!

Fit für den Einkauf der Zukunft - schnell, zuverlässig und mit minimalem Aufwand!

- ✓ Einfache Anbindung sämtlicher Lieferanten - unabhängig von Größe und Volumen - mit der neuartigen Netfira „Lieferanten-App“
- ✓ Nahezu vollständige Automatisierung aller operativen Abläufe
- ✓ Ideal als Ergänzung oder Alternative zu bestehenden Transaktionsplattformen
- ✓ Der Einkauf kann sich auf seine Kernaufgaben konzentrieren
- ✓ Volle Integration in Ihre bestehenden Abläufe und ERP-Systeme
- ✓ Keine bzw. nur minimale technische Anforderungen an Lieferanten
- ✓ Informationen und Reaktionen in Echtzeit
- ✓ Revisionssicher dank Übertragung der Originaldokumente
- ✓ Hohe Zufriedenheit und Akzeptanz bei Ihren Lieferanten und Anwendern



Überzeugen Sie sich selbst!

