



Die Grafik zeigt, welche Kostenpositionen bei der externen und internen Portionierung bezogener Speisen fix und welche flexibel sind und wie sie sich bei einer Auslagerung beeinflussen lassen.

Strategieentscheidung: Make or buy?

Grundsätzlich ist bei jeder Strategieentscheidung im Verpflegungsgeschäft immer daran zu denken, dass nur eine Mahlzeit, das Mittagessen, betroffen ist. Um so wichtiger ist es, die langfristigen Rahmenbedingungen der Kliniken und die strategischen Handlungsalternativen für Entscheider zu berücksichtigen. Ekkehart Lehmann, Geschäftsführer der K&P Consulting GmbH, nimmt die am Markt etablierten Systeme unter die fachliche Lupe.

radezu unkündbar ist. Während bei den Leistungen am Patienten gespart wird, liegen nach unserer Erfahrungen in den Verpflegungsbereichen noch ungenutzte Optimierungspotenziale.

Was die starren Entscheidungswege aber beschleunigen dürfte, sind der latente Kostendruck und das steigende Wettbewerbsdenken. Mit der Folge, dass nach dem GV-Barometer 2009 (Internorga) 46 Prozent der Care-Verantwortlichen sich für Personalabbau im Bereich Küche entschieden haben, darunter sind bei 12 Prozent ausgebildete Köche. Und 40 Prozent liefern bereits Essen aus.

In Deutschland werden immer noch 67 Prozent der Krankenhausküchen in Eigenregie betrieben, nur 12 Prozent wagten den Schritt in die eigene Service GmbH und nur rund 21 Prozent haben direkt einen Caterer eingebunden. Genauso tapfer hält sich das Cook- & Serve-System mit 86 Prozent als herkömmliches Produktionssystem gegenüber rund 10 Prozent, die sich für ein entkoppeltes Verfahren entschieden haben.

Doch welche Handlungsalternativen haben die Krankenhausleitungen? Welche grundsätzlichen strategischen Ansätze bieten sich den Entscheidern an?

Während die allgemeine Wirtschaftskrise derzeit in erster Linie die Betriebsgastronomie hart trifft, ist die Verpflegung von Patienten im Krankenhaus seit vielen Jahren einem dauernden Kostendruck ausgesetzt. Die Rahmenbedingungen, mit denen viele Häuser zu kämpfen haben:

- veraltete Technik und Bausubstanz (Deutschlands Krankenhausküchen sind 20 Jahre alt)
- geringe Investitionsbereitschaft
- überdimensionale Küchen
- sinkende Anzahl von Krankenhäuser
- Abbau von Betten
- immer kürzere Verweildauer der Patienten
- mehr Akutfälle (Tagespatienten) im Haus.

Die Situation ist so deutlich wie erdrückend: Seit Jahren und Jahrzehnten wird der Investitionsstau in den Klinikküchen immer größer. Die von K&P und dem Deutschen Krankenhaus Institut 2006 durchgeführte Repräsentativerhebung zeigte, dass sich der Investitionsstau der Krankenhausküchen auf mindestens 360,0 Mio. € beläuft.

Trotzdem verharren die Entscheidungsträger oftmals in Agonie, was die Entscheidungsfreudigkeit zu einem radikalen Wechsel des Produktions- oder Bewirtschaftungssystems angeht. So wird die Verpflegungsleistung im Krankenhaus immer noch als reiner Kostenfaktor betrachtet: Schließlich sind existierende Flächen nicht ungenutzbar ebenso wie Personal durch die Vertragsgestaltung ge-

Drei verschiedene Grundhaltungen lassen sich prinzipiell unterscheiden: Konstant, offensiv oder defensiv.

1. Konstant = Re-Investition in das bestehende System

Bei dem konstanten Ansatz bleibt man bei dem herkömmlichen System, meistens Cook & Serve. Der Investitionsstau der Küche wird aufgelöst, die Küchentechnik erneuert, an einigen Stellen werden neue, energiesparendere oder effizientere Systeme eingebracht. Jedoch werden in der Gesamtkostenstruktur der Verpflegung nur geringfügige Einsparungen realisiert, eine Amortisation der Investitionskosten ist nicht zu realisieren. Vor dieser Alternative schrecken heute die meisten zurück, das Investitionen, wenn überhaupt, meist nur mit einer entsprechenden Gegenfinanzierung zu realisieren sind.

2. Offensiv = Ausbau des Catering Segmentes

Diese Alternative folgt dem Motto: Wenn schon investieren, dann richtig. Die Investitionen in die Küche sollen sich durch die Belieferung externer Kunden so amortisieren, dass die Stückkosten der eigenen Verpflegung deutlich sinken. Dazu ist auch ein Wechsel des Produktionssystems meistens unumgänglich, das die Belieferung weiterer Abnehmer ermöglicht: Cook & Chill.

Die offensive Alternative bietet die Möglichkeit, das Klinikum breiter aufzustellen, das Image des Hauses zu stärken und seine Präsenz in der Region zu unterstreichen. Gleichzeitig bedeutet es auch einen hohen Aufwand. Neben der Investitionssumme müssen Partner gewonnen werden, die als feste Abnehmer langfristige Verträge eingehen, Know-how im Betrieb der Küche, der Logistik und im Vertrieb sind aufzubauen, ein komplexer Prozess. Und das wirtschaftliche Risiko des Randgeschäftes Catering steigt und hat schon zu mancher bösen Überraschung geführt, denn besonders im Schulcatering sind die Margen oft so dünn, dass sich der Aufwand nur schwer zu rechtfertigen lässt.

3. Defensiv = Aufgabe der eigenen Produktion teilweise oder komplett (Outsourcing oder Kauf von Convenienceprodukten)

Gibt man allerdings die eigene Produktion auf und bezieht die gesamte Verpfle-



Ekkehart Lehmann, gelernter Koch und Diplom-Öcötophologe, ist Geschäftsführer der K+P Consulting.

gung von externer Seite, kann man sich auf die Kernkompetenzen Medizin und Pflege konzentrieren. Und man hat durch den Einsatz von Fertigenüeinheiten wieder mehr Spielraum für die interne Vermarktung (siehe Uni-Klinik Mannheim/Universitäts-Klinikum Eppendorf (UKE) in diesem Heft). Gleichzeitig geht aber die eigene Gastronomie-Kompetenz für immer verloren. Da die Finanzierung von Kücheninvestitionen für viele Häuser unmöglich geworden ist, gewinnt diese dritte Variante zunehmend an Beliebtheit. Zwei grundsätzliche Modelle bieten sich dabei an:

- Bezug komplett portionierter Mahlzeiten in der Regel im Cook- & Chill, Cook- & Freeze- oder Sous Vide-Verfahren aus einer Zentralküche.

Diese Variante ermöglicht ein maximales Outsourcing, da meist kein eigenes Küchenpersonal mehr benötigt wird und die Küche geschlossen werden kann.

- Bezug der Warmkomponenten im Cook- & Chill, Cook- & Freeze- oder Sous Vide-Verfahren in Großgebinden. Hier wächst die Bedeutung nationaler Industrie-Anbieter im Sous Vide-Bereich.

In diesem Verfahren werden die Speisen weiterhin vor Ort angerichtet und das Geschirr gespült, so dass lediglich die Warmproduktion aus der Küchenleistung ausgegliedert wird. Der Personal- und Flächenbedarf wird zwar reduziert, jedoch bleibt der überwiegende Teil der Mitarbeiter in der Küche erhalten.

Denn während die externe Belieferung eine vollständige Ausgliederung des Personals ermöglicht, kann bei dem Komponentenbezug und Tablettierung vor Ort nur das Küchenpersonal eingespart werden, das die Warmkomponenten zubereitet. Die macht nur ein Viertel des Personalbedarfs einer Frischküche aus, dreiviertel des Personals bleiben für Kaltproduktion, Anrichten, Spülen etc. im

Haus gebunden.

Dementsprechend ist die Variabilisierung der Verpflegungskosten bei beiden Varianten sehr unterschiedlich, wie die Modellrechnung zeigt: Bei dem Bezug komplett tablettierter Speisen können die Kosten fast vollständig ausgelagert werden, bei Komponentenbezug verbleiben fast die Hälfte der Verpflegungskosten im eigenen Haus bestehen.

Dies bietet dann einen Vorteil, wenn Einsparungen realisiert werden sollen, aber weder für Investitionen noch für eine komplette Personalfreistellung Spielraum gegeben ist.

Alle Handlungsalternativen haben ihre strategische Berechtigung, wenn die Zielrichtung zu dem Unternehmensziel und den Möglichkeiten des Krankenhauses passt:

- Weiter selber frisch kochen!

Mit der eigenen Küche kann Verpflegung am überzeugendsten als Bestandteil der Therapie verstanden werden, denn der Einfluss bleibt am direktesten erhalten. Zudem bleiben alle Optionen weiterhin offen!

- Cook & Chill selber produzieren!

Der Bau einer Cook- & Chill-Küche ist eine Investition in die Zukunft und kann mit der externen Belieferung Wertschöpfung jenseits des DRG-Regiments bieten. Die feste Einbindung von Partnern ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor!

- Externer Bezug gesamt!

Mit einer klaren Reduzierung auf das Kerngeschäft und einer Vernetzung mit anderen Häusern werden die Kosten nachhaltig gesenkt. Qualitätsdefinition und -steuerung sind die verbleibenden Aufgaben!

- Nur Komponenten extern beziehen!

Ein pragmatischer Ansatz, da es die Alternative mit der geringsten internen Veränderung ist. Mit dem „halben Ausstieg“ aus der Verpflegung bleiben Einfluss und Flexibilität weitgehend erhalten.

Als Fazit lässt sich zusammenfassen: Pauschallösungen gibt es nicht, individuelle Lösungen sind gefragt. Aus der langjährigen Beratungspraxis der K&P Consulting zeigt sich immer wieder, dass für jedes Haus individuelle Lösungen zu entwickeln sind. Eine ganzheitliche Betrachtung aller Möglichkeiten und Faktoren ist im Vorfeld der Entscheidung von ausschlaggebender Bedeutung.