



Veröffentlichung in  
 KU Gesundheitsmanagement  
 Heft 6/2008

## Hand in Hand

*Im Gesundheitswesen ist inzwischen eine ganzheitliche Betrachtungsweise üblich; die Profis denken in Prozessen und Regelkreisen. Bei der klassischen Materialwirtschaft jedoch besteht Nachholbedarf. Die Funktionen Bedarfsermittlung, Bedarfssteuerung, Lagern, Verteilen, Ver- und Entsorgen werden noch häufig parallel von unterschiedlichen Berufsgruppen gemanagt. Nur wenn Anbieter, Anwender und Entscheider eine gemeinsame Sprache sprechen und über die gleichen Informationsmöglichkeiten verfügen, können das Optimum erzielt und vermeidbarer Güter- und Werteverzehr, welcher nicht der bestimmungsgemäßen Nutzung dient, vermieden werden. Die DRG-Abrechnung und die verhandelbaren Preise der Leistungen werden vermeidbare „Kosten“ nicht vergüten, sondern nur noch das erstatten, was zur optimalen Leistungserfüllung erforderlich ist.*

**B**ei der Nutzung von elektronischen Bestellungen, bei Pflege und Verwaltung der unterschiedlichen Datenstrukturen in den Gesundheitseinrichtungen und bei den Lieferanten entsteht noch immer ein zu hoher Aufwand. Was beim Großhandel und in der Industrie seit langem funktioniert, wird in unseren Kliniken erst eingeführt.

Barcode-Artikel-Nummerierung und IT-Standards sind noch in der Einführung. Das Controlling wird noch einige Zeit mit Excel-Tabellen dokumentieren und be-

### Strategisches Beschaffungsmanagement und Kooperatives Controlling

rechnen, welche Mengen und Werte welchen Prozessen zuzurechnen sind. Die Kostenzusammensetzung der einzelnen DRG-Ziffern ist erst dann wirklich vollständig, wenn ohne großen Aufwand feststellbar ist, welches Medizinprodukt bei welchen ärztlichen bzw. pflegerischen Leistungen verwandt wird und wie sich die Kosten verändern, wenn die Leistungsmenge sinkt oder die Verweildauer sich verändert. Die Kenntnis der teuren Medicalprodukte allein wird hier nicht ausreichen. Die Anzahl der Implantate pro Patient und Fall sind leicht feststellbar, die Werte und Mengen des ärztlichen und pflegerischen Verbrauchsmaterials ändert sich jedoch nicht nur durch die Schwere des Falls, sondern auch durch die Dauer des Klinikaufenthaltes.

#### Was kann besser gemacht werden?

Nachdem die Begeisterung für Logistikkonzepte nachgelassen hat und alle inzwischen festgestellt haben, dass nicht das Modulsystem und die Versorgungsassistenten die Kostensenkung

bringen, sondern die Standardisierung der Artikel, die Minimierung der Versorgungstransporte und die Vermeidung von Sonderanforderungen und Einzelbestellungen bei möglichst reduzierter Lieferantenzahl auf Dauer erfolgreicher sind, haben Controlling



Lothar Wienböcker, Betriebswirt, GF KKC-Foerdergesellschaft e.V.



Dr. med. Matthias Wahn M.A., Deutscher Verein für Krankenhaus-Controlling

und Einkauf hier erhebliche Verbesserungen schaffen können. Wenn diese Voraussetzungen genutzt werden, bringt ein

schnittstellenverträgliches, elektronisches Inhouse-Anforderungssystem wirklich Vorteile und liefert dem Controlling die dringend notwendigen Daten für Vor- und Nachkalkulation der Leistungspreise.

Eine Möglichkeit der Standardisierung sind hierbei klinische Behandlungspfade. Dabei wird zunächst der Ist-Zustand des Behandlungsprozesses erhoben. Dies sollte berufsgruppen-, hierarchie- und abteilungsübergreifend geschehen. Bereits in diesem Stadium sind Mitarbeiter aus dem Beschaffungsmanagement einzubeziehen. Schon durch diesen ersten Schritt des Prozessmanagements wird eine Transparenz der Leistungserbringung im Krankenhaus erreicht. Im Folgenden wird dann aus dem Ist-Zustand in gleichen Arbeitsgruppen der Sollzustand modelliert. An dieser Stelle kann aus Sicht des Beschaffungsmanagements eine Standardisierung erfolgen und durch Abstimmung der Leistungserbringer untereinander die Anzahl der Sonderbestellungen reduziert werden. Eine Prozesskostenrechnung sorgt für eine entsprechende Transparenz der Kosten und eine nachhaltige Erfolgssteuerung.

#### Erfolgreich Kosten gesenkt

In vielen Häusern wurden erfolgreich die Kosten für Wartungsverträge, Versicherungen und Energien gesenkt. In Zusammenarbeit zwischen Controlling, Einkauf und Fachabteilung wurde verhandelt, gebündelt und gekündigt. Der alte Grundsatz, wonach erst die Kosten ermittelt, dann vermeidbare Kosten eliminiert und erst dann anschließend die prozessbedingten Kosten optimal verhandelt werden, ist nicht immer beachtet worden. Es ist sicherlich ein Erfolg, wenn der Kostensatz des Servicetechnikers, der innerhalb von sechs Stunden am Einsatzort mit der Reparatur beginnt, künftig niedriger ist. Ob stets auch geprüft wurde, wie viel Stunden täglich dieses Diagnosegerät im Einsatz ist und ob bei Ausfall diese Leistung von einem anderen Gerät erbracht werden

Beschaffungsmanagement und Controlling sind nicht nur wesentliche Bestandteile einer Strategie, sondern erfordern eine berufsgruppenübergreifende Kommunikation und Kooperation der Beteiligten. Der Deutsche Verein für Krankenhaus-Controlling e.V. (DVKC) und die Gesellschaft zur Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit in den Einrichtungen des Gesundheitswesens e.V. (KKC) sind hier seit Jahren unterstützend tätig und arbeiten bei der Umsetzung praxisorientiert mit. Speziell für die Kolleginnen und Kollegen der Medizintechnik wird im Herbst dieses Jahres an der Controller-Akademie ein Studiengang durchgeführt, der dieses Wissen vermittelt. Informationen unter [www.kkc.info](http://www.kkc.info)

kann, welches ebenfalls nur zu 40 Prozent ausgelastet ist, sei dahingestellt.

Ferner ist immer noch zu beobachten, dass in den Kliniken zu wenig Energieerfassungsgeräte vorhanden sind. Wenn eine Einrichtung beschließt, ihre Speiserversorgung auszugliedern, ist es wichtig, nicht nur die Verbindungstüren aus der Zentralschleifanlage zu nehmen, sondern auch Zwischenzähler für Strom, Dampf, Gas, Wasser und Klima zu installieren. Den tatsächlichen Verbrauch hochzurechnen, nachdem man die Leistung an den Typenschildern der Kochgruppen und Dampfgarer abgelesen und mit der täglichen Betriebsdauer ins Verhältnis gesetzt hat, darf als suboptimal bezeichnet werden.

Auch Abgaben, Gebühren und Beiträge der Kommunen sind Kosten und müssen erfasst, gesteuert und minimiert werden. Ohne diese Kostengruppen wird auch das bestgemeinte Benchmarking zum Abenteuer. Wenn man einmal die Kosten der Speiserversorgung vergleicht, wird

man große Unterschiede feststellen. Der Kostenrechner, der die Kosten für die Entsorgung (Fettabscheider und Lebensmittelreste) oder Schmutzwasser (Gebührenbescheid der Kommune) nicht erfasst hat, kann somit stolz günstigere, aber falsche Zahlen präsentieren.

Immer mehr wird von den Beschaffungsverantwortlichen die Grundsatzfrage „make or buy“ gestellt, weil die Experten erkannt haben, dass es manchmal günstiger ist, für manche Leistungen per Stück oder Nutzung zu zahlen, weil aufgrund der eigenen Planung und angestrebten Spezialisierung mit sinkenden Leistungszahlen zu rechnen ist. Wie auch immer die künftige Krankenhausfinanzierung vom Gesetzgeber gestaltet wird und sich die Krankenhäuser einer Monistik nähern: die Kliniken werden stets die Abschreibungen nur dort erlösen, wo sie auch Rechnungen schreiben können. Wenn die Leistungszahl sinkt, wird die Abschreibung eigener Geräte rechnerisch teurer und kann aufgrund der Preisobergrenzen nicht mehr erwirtschaftet werden.

#### Die Zielplanung kommunizieren

Die Akzeptanz der erfolgsorientierten Zielplanungen der Geschäftsführung bedingt auch, dass die Anwender in den Kliniken und Stationen und vor allem die Beschaffungsverantwortlichen informiert und vorher befragt worden sind. Die Anbieterseite ist es gewohnt, sich auf veränderte Anforderungen der Kunden einzustellen. Schwierig wird es nur, wenn der Chefarzt von anderen Erfordernissen bei beispielsweise bildgebenden Verfahren ausgeht als die Geschäftsführung, die längst plant, radiologische Leistungen in ein MVZ zu verlagern. Jede modern geführte Klinik hat heute eine Zielplanung erstellt, aber nicht überall ist diese außer den Aufsichtsgremien auch den einzelnen Leistungserbringern und Kostenstellen bekannt. Eine erarbeitete Strategie ist nur so gut, wie sie allen Betei-

ligten in einem Betrieb bekannt ist. Bei der Kommunikation der Strategie ist ein besonderes Augenmerk auf eine zielgruppengerechte Aufarbeitung der Strategie zu legen, so dass die Strategie von allen Beteiligten verstanden und umgesetzt werden kann. Verantwortlich für diese interne Kommunikation werden zunehmend die Controllingabteilungen in den Krankenhäusern sein. Diese Kommunikation der Strategie darf dabei keine Einbahnstraße sein und in die stetige Anpassung der Strategie an die sich ändernden Marktbedingungen muss auch das Feedback der Mitarbeiter fließen. Hierbei hat das Controlling eine besondere Stellung im Sinne eines „integrierten Controllings“ zur Kommunikation zwischen den Berufsgruppen und Hierarchien im Krankenhaus.

#### Durchdacht statt billig

Das Hauptaugenmerk des Beschaffungsmanagements liegt künftig also weniger im Einkauf von „billigem“ Verbrauchsmaterial, sondern im konzeptionellen gemeinsamen Handeln aller Beteiligten bei der Auswahl der Apparate und Methoden, die eingesetzt werden.

Es wird nicht mehr das modernste Gerät mit einem möglichst großem Leistungsspektrum ausgewählt, sondern es wird konkret vor Ausschreibung des Kauf- oder Mietgegenstandes untersucht, in welcher Zeit und bei wie viel abrechenbaren Leistungen das Gerät wirtschaftlich betrieben und gegebenenfalls wieder beschafft werden kann. In diesem Zusammenhang ist besonders zu prüfen, ob die zu beschaffenden Geräte einzelnen Teilbereichen eines Krankenhauses zur alleinigen Nutzung überlassen werden oder ob sich ein Gerät erst dann amortisiert wenn es gepoolt für mehrere Leistungsbereiche zur Verfügung gestellt wird. ■

Lothar Wienböcker  
KKC-Foerderungsgesellschaft e.V.

Dr. med. Matthias Wahn M.A.  
Deutscher Verein für  
Krankenhaus-Controlling