

das Krankenhaus

8
2018

www.daskrankenhaus.de



**Pflegepersonal-
Stärkungs-Gesetz**

**BSG-Urteile
Stroke Unit/Geriatrie**

**Thema:
Speisenversorgung**

Make or buy: die Gretchenfrage des Caterings

Spätestens, wenn eine Sanierung der Klinikküche immer dringender wird, steht das Management vor der Frage: „make or buy?“ Auch, wenn die Patienten weiterhin durch die klinikeigenen Küche versorgt werden sollen: Ohne Prozessoptimierung funktioniert die Speisenversorgung in Eigenregie nicht.

Das Gros der Krankenhausküchen hat seine besten Tage lange hinter sich. Das Durchschnittsalter der Küchen liegt deutlich über 15 Jahren, so das Ergebnis einer Auswertung von 150 Curatis Catering-Projekten. Eine der Hauptursachen: Wegen der mangelnden Investitionsfinanzierung durch die Länder investieren die Kliniken heute seltener in die Modernisierung einer Küche. Längst fällige Investitionen werden nicht mehr getätigt, dadurch erhöht sich der Investitionsstau jährlich um etwa 15 %.

Hinzu kommt, dass Krankenhausküchen oft überdimensioniert sind. Während auf den Stationen Betten abgebaut wurden,

blieb unten an den Herden alles beim Alten. Oft sind die Küchen im Verhältnis zu den zu versorgenden Patienten und Mitarbeitern zu groß, die Technik veraltet, sodass zusätzliche Energie-, Reinigungs- und Instandhaltungskosten entstehen.

Auch die Anforderungen an die bedarfsorientierte Auswahl der Speisen sind gestiegen. Die Ernährung spielt bei Krankheit und Rekonvaleszenz inzwischen eine nicht unwesentliche Rolle. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) weist darauf hin, dass auch die Verpflegung entscheidend dazu beiträgt, die Lebensqualität zu erhalten oder wiederherzustellen. Immerhin jeder vierte Patient, der in ein Krankenhaus eingeliefert wird, sei mangelernährt, so DGE-Geschäftsführer **Dr. Helmut Oberitter**.

Zudem zwingen der demografische Wandel und zunehmender Fachkräftemangel Krankenhäuser dazu, die Orga-

nisation und Logistik der Essensverteilung zu überdenken. Pflegekräfte haben Wichtigeres zu tun, als die Speisewünsche der Patienten zu erfassen und die Teller auf den Stationen zu verteilen.

Die meisten Krankenhäuser kochen noch selbst

Nach wie vor betreiben die meisten Krankenhäuser ihre Küche in Eigenregie. Eine abnehmende Tendenz ist nicht erkennbar. Allerdings gründen immer mehr Krankenhäuser für ihre Speisenversorgung Servicegesellschaften. Die Fremdvergabe an einen externen Dienstleister ist deutlich rückläufig.

Die traditionelle Krankenhausküche ist den meisten Einrichtungen offenbar lieb und teuer. Vor einem kompletten Systemwechsel schrecken viele Häuser zurück. Zum einen, weil Veränderungen beim Personal intern, aber auch – und das ist nicht zu unterschätzen – in der Öffentlichkeit häufig auf erhebliche Widerstände stoßen. Zum anderen wird die Essensversorgung zunehmend als Marketinginstrument begriffen: Schmeckt den Patienten das Essen, sind sie in der Regel auch mit dem Krankenhaus zufrieden. Nicht umsonst werben viele Einrichtungen offensiv damit, dass sie das Essen in eigener Küche noch selbst vorbereiten und kochen. Die Wirtschaftlichkeit bleibt dabei allerdings häufig auf der Strecke.

Das Problem: zu viel alte, wartungsintensive Geräte, überholte Gar- und Verteiltechniken, kein bedarfsgerechter Wareneinkauf und damit verbundene Lebensmittelverschwendung, kaum optimierte Prozesse und schlicht zu viel Personal. Inzwischen liegen die durchschnittlichen Kosten für den Beköstigungstag bei knapp 15 €. Während es heute Küchenbrigaden in großen Hotels schaffen, mit nur einem Dutzend Mitarbeitern auszukommen, wird das Personal in Krankenhausküchen oftmals nicht



Das Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide hat sich für den weiteren Eigenbetrieb entschieden und investierte in eine moderne Klinikküche. Foto: Curatis

prozessoptimiert eingesetzt. Bei der Prozessoptimierung hinken die Kliniken deutlich hinterher: Nur in rund 200 von 1 600 selbst bewirtschafteten Krankenhausküchen wurde bislang investiert, um sie technik- und prozessoptimiert zu gestalten.

Mit Prozessoptimierung zum Profitcenter

Dabei ist es durchaus möglich, mit dem richtigen Konzept aus der Krankenhausküche ein „Profitcenter“ zu machen. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass Größe, Standort und zukünftige Ausrichtung des Krankenhauses es grundsätzlich erlauben, die Küche als Eigenleistung wirtschaftlich zu führen. Hierfür müssen die Abläufe über die gesamte Wertschöpfungskette hinweg konsequent und kontinuierlich verbessert werden. Belohnt werden die Küchenmanager dann mit spürbaren Kostenreduzierungen, die aber die Essensqualität nicht beeinflussen.

Eine einheitliche Blaupause für die Prozessoptimierung, die auf alle Einrichtungen angewendet werden kann, gibt es natürlich nicht. Wichtig ist, dass regelmäßig in neue, energieeffizientere Technik investiert wird. Vor allem aber gehört das in den Küchen immer noch am häufigsten angewandte Herstellungsverfahren „Cook & Serve“ auf den Prüfstand.

Nachjustiert werden müssen die Prozessabläufe zwischen den Stationen und der Küche sowie dem Entlassmanagement. So produzieren manche Kliniken zwischen 15 und 20 % aller Mahlzeiten für die Mülltonne. Gekocht wird beispielsweise für Patienten, die gerade im OP oder längst entlassen sind.

Krankenhäuser sollten sich überdies den Luxus leisten, die Aufsicht über die Küche einem Betriebswirt zu übertragen. Küchen mit 1 000 Essen täglich kommen – ohne Energie- und Sanierungskosten – schnell auf einen Umsatz von 5 Mio. € pro Jahr – vergleichbar einem kleinen mittelständischen Unternehmen.

Ist die Nachbesetzung von Fachpersonal nicht mehr möglich, könnte eine Fremdvergabe der Speisenversorgung in Be-

Einflussfaktoren – make or buy?

Philosophie des Krankenhauses

Ist die eigene Küche Teil der Marketingstrategie und wird sie beispielsweise zur Imagebildung oder als Differenzierungsmerkmal genutzt?

Verfügbarkeit von Investitionsmitteln

Ist die Anschaffung moderner Küchentechnik zu leisten? Und wenn ja, wie lässt sich diese so optimal einsetzen und auslasten, dass sich die Investition rechnet?

Personalsituation

Ist eigenes (Fach-) Personal vorhanden, mit dem sich die Küche effizient bewirtschaften lässt? Und können mit dem bestehenden Küchenteam neue Versorgungskonzepte umgesetzt werden?

Qualität

Wie steht es um die Patientenzufriedenheit im Punkt Speisenversorgung? Schmeckt das Essen? Kommt es heiß und nicht zerkoht ans Krankenbett? Erfüllt es die Ansprüche an eine bedarfsorientierte Patientenversorgung?

Wirtschaftlichkeit

Stehen die Betriebs- und Personalkosten der eigenen Küche in Relation zur Ertragsituation des Hauses? Lassen sich Kosten durch Optimierung der Eigenleistung oder durch Neuverhandlung von Lieferantenverträgen reduzieren?

tracht gezogen werden. Aufgrund des Mehrwertsteuernachteils sollte dann vorher aber unbedingt geprüft werden, ob nicht eine Teilsanierung der Küche oder eine Teilverlagerung bzw. Umstellung des Produktionsprozesses (Steigerung des Convenience-Anteils) oder der Speisenverteilung ausreicht. Dies stellt sich häufig als die optimale Variante heraus.

Keine Scheu vor Convenience-Produkten

Nicht jede Kartoffel muss selbst geschält und nicht jede Sauce eigenhändig vom Koch angesetzt werden. Qualität und Geschmack können auch durch einen ausgewogenen Mix von frischen Produkten mit Convenience-Produkten erreicht werden. Die Patienten scheuen Convenience-Produkte jedenfalls nicht: Laut der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) und der Bundesvereinigung der Deutschen Ernährungsindustrie wird nicht einmal mehr in jedem vierten Haushalt gekocht.

Jedes Haus mit seiner Speisenversorgung muss differenziert betrachtet wer-

den. Es gibt kein Patentrezept für alle Häuser gleichermaßen. Es gibt jedoch zentrale Faktoren, welche Strategie erfolgversprechend ist:

Wann Fortführung der Eigenleistung?

Wenn ausreichend Fachpersonal vorhanden ist und die wirtschaftlichen Ressourcen (Einkauf/Prozesse/Verschwendung) durch internes oder externes Management optimiert werden können, rechnet sich die Investition in neue Technik.

Wann 100 % Outsourcing?

Nur wenn es in den nächsten drei bis fünf Jahren nicht möglich ist, die Produktion durch Implementierung einer Verteilküche zu verschlanken – damit verbunden ist die Steigerung der Convenience-Produkte auf nahezu 100 % (Sous-vide) – und weder eigene Personalkapazitäten noch die verfügbaren Investitionsmittel zur Restrukturierung der Küche ausreichen.

Anschrift des Verfassers

Danny Groß-Schröder, Curatis GmbH,
danny.gross-schroeder@curatis.de ■