

Dr. Karl Blum/Ekkehart Lehmann

# Trends in der Krankenhausküche

Die genaue Kenntnis der eigenen Verpflegungsleistungen und Verpflegungskosten gewinnt angesichts des zunehmenden Kostendrucks im Krankensektor immer mehr an Bedeutung. Auch für das Image und die Patientenzufriedenheit ist die Krankenhausküche äußerst relevant. Vor diesem Hintergrund haben das Deutsche Krankenhausinstitut und die K&P Consulting GmbH im Jahr 2013, wie schon in den Jahren 2006 und 2009, eine Studie zu den Verpflegungsleistungen im Krankenhaus durchgeführt, um wichtige und längerfristige Trends in der Krankenhausküche aufzuzeigen. Nachfolgend werden ausgewählte Befragungsergebnisse zusammengefasst und diskutiert.

Die Studie erfolgte in Form einer standardisierten schriftlichen Krankenhausbefragung, an der sich bundesweit rund 300 Allgemeinkrankenhäuser ab 80 Betten beteiligten. Themenschwerpunkte der Befragung waren das Leistungsangebot der Krankenhausküchen, Organisations- und Produktionsformen der Verpflegung, Personaleinsatz und Kosten sowie die einschlägigen Zukunftsplanungen. Die Befragung wurde von Mai bis Juli 2013 in zwei Tranchen durchgeführt (Ersterhebung und Nachfassaktion). Finanziell wurde die Studie von apetito und OrgaCard Siemantel & Alt GmbH unterstützt.

Die Befragung liefert belastbare Kennzahlen zur Verpflegung in deutschen Krankenhäusern und zeigt die maßgeblichen Entwicklungen im Markt auf, um die Entscheider der Health-Care-Branche bei ihrer Zukunftsplanung zu unterstützen. Dank der vorhergegangenen Erhebungen in den Jahren 2006 und 2009 können mit der aktuellen Studie Zeitreihen abgebildet und die Entwicklung des Marktes fortgeschrieben werden.

## Leistungen und Kosten

Neben der Patientenverpflegung (auf den Stationen) halten viele Krankenhäuser auch andere Verpflegungsbereiche vor. So haben 57 Prozent der Häuser eine separate Mitarbeitercafe-

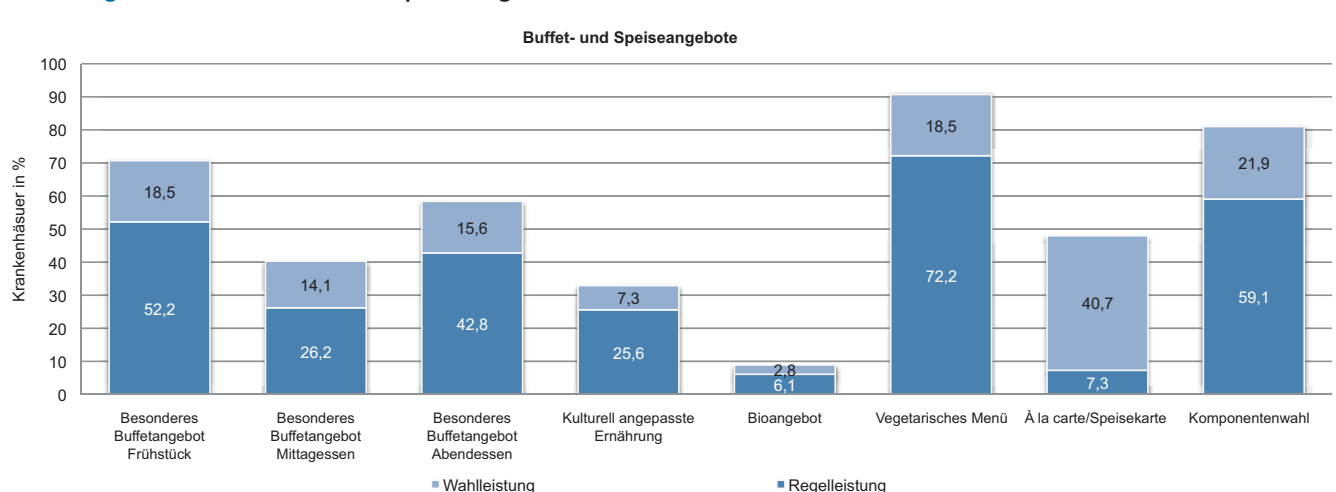
teria oder -kantine und 86 Prozent der Einrichtungen eine allgemein zugängliche Cafeteria. Zwei Drittel der Krankenhäuser stellen überdies Kalt-/Heißgetränkeautomaten auf.

Das Speiseangebot in der Patientenverpflegung ist insgesamt vielfältig. Die Häufigkeit besonderer Buffet- und Speiseangebote, differenziert nach Regel- und Wahlleistungen, kann im Einzelnen der **Abbildung 1** entnommen werden. So offerieren zwischen 40 Prozent (Mittagessen) und 71 Prozent (Frühstück) der Krankenhäuser besondere Buffetangebote, mehrheitlich als Regelleistung. Darüber hinaus gehören insbesondere vegetarische Menüs und die Komponentenwahl zu den Standardangeboten in den Krankenhausküchen. Noch weniger verbreitet sind eine kulturell angepasste Ernährung (zum Beispiel halal/koscher) und Bio-Angebote.

Im Mittel (Median) werden in den deutschen Krankenhäusern vier verschiedene Menüs oder Kostformen als Mittagessen standardmäßig als Regelleistung angeboten.

Zusehends versorgen die Krankenhäuser auch weitere Einrichtungen, wie Kindergärten (45 Prozent der Krankenhausküchen), Altenheime (37 Prozent), Schulen (28 Prozent) oder andere Krankenhäuser (19 Prozent). Im Mittel lagen die Erlöse aus dieser Mitversorgung Dritter im Jahr 2012 bei 217 400 € pro entsprechenden Krankenhaus.

Abbildung 1: Besondere Buffet- und Speisenangebote



Im Jahr 2012 hatten die Krankenhäuser im Mittel (Median) 276 Beköstigungstage pro Tag. Aus naheliegenden Gründen steigt die Anzahl der Beköstigungstage mit steigender Krankenhausgröße nahezu linear an.

Die durchschnittlichen Kosten je Beköstigungstag lagen 2012 bei 13,60 €. Davon entfallen 6,53 € (48 Prozent) auf die Personalkosten und 4,78 € (35 Prozent) auf die Lebensmittelkosten (Abbildung 2). Der Rest entfällt auf sonstige Kosten (zum Beispiel Gemeinkosten, Abschreibungen, Reparaturen etc.). Im Vergleich zum Jahr 2006 mit durchschnittlich 12,83 € je Beköstigungstag – angesichts der Länge des Betrachtungszeitraums – nur moderat gestiegen (+6 Prozent).

Auch deswegen reichen die Erlöse aus den Beköstigungstagen bei Weitem nicht mehr aus, um erforderliche Investitionen in die Kücheninfrastruktur vorzunehmen. Wie im Krankenhaussektor im Allgemeinen gibt es auch in der Krankenhausküche im Besonderen einen erheblichen Investitionsstau bzw. Investitionsbedarf. So sind die Krankenhausküchen im Mittel (Median) 24 Jahre alt. Die letzte Grundsanierung liegt im Mittel (Median) 13 Jahre zurück.

## Bewirtschaftungsformen der Küche

Grundsätzlich ist zwischen (verschiedenen Formen der) Eigen- oder Fremdbewirtschaftung von Krankenhausküchen zu unterscheiden. Die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Bewirtschaftungsform ist dabei vielfach krankenhausesindividuell vor allem von finanziellen, personellen und qualitativen Gründen abhängig.

86 Prozent der Krankenhäuser betreiben ihre Küche noch selbstständig, sei es in Eigenregie (61 Prozent), sei es über Auslagerung in eine eigene Service-GmbH (25 Prozent). Outsourcing ist dabei der vorherrschende Trend in der Krankenhausküche. Seit 2006 hat sich der Anteil der Küchenbewirtschaftung in Form einer eigenen Service-GmbH mehr als verdoppelt (Abbildung 3). Nach Bettengrößenklassen fällt der Anteil der Bewirtschaftungsform einer eigenen Service-GmbH in großen Krankenhäusern ab 600 Betten mit 40 Prozent deutlich überproportional und in kleinen Krankenhäusern unter 200 Betten mit 17 Prozent unterproportional aus, während die übrigen Häuser tendenziell im Bundesdurchschnitt liegen.

Knapp 20 Prozent der Krankenhäuser gaben an, bei der Bewirtschaftung der Küche einen externen Dienstleister eingebunden zu haben. In rund der Hälfte dieser Einrichtungen

Abbildung 2: Kosten je Beköstigungstag

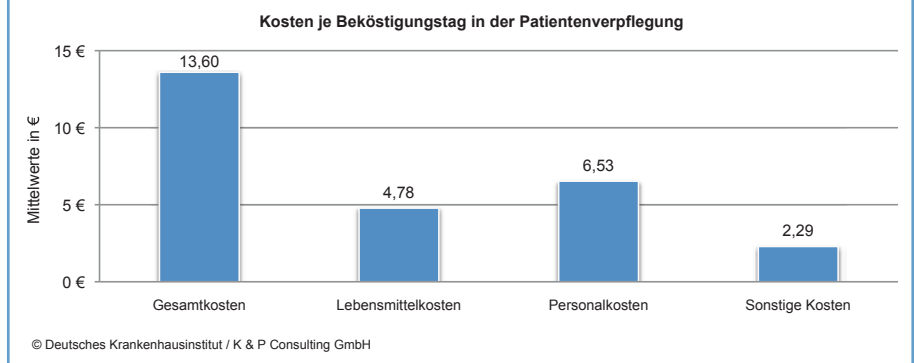
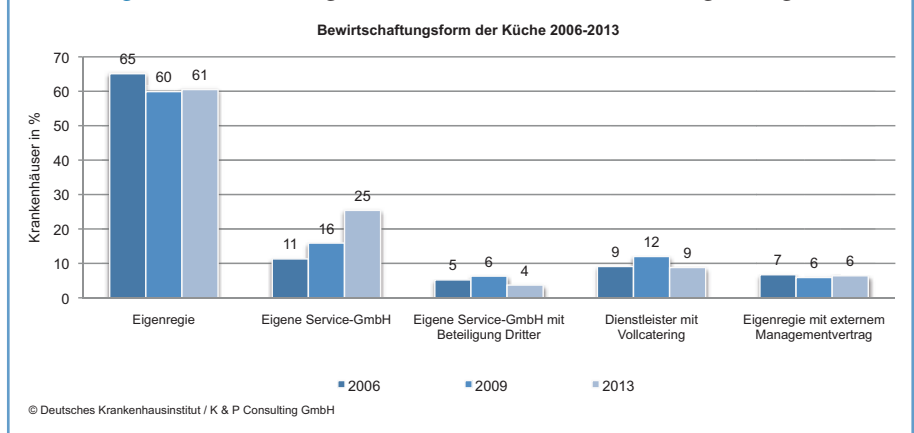


Abbildung 3: Bewirtschaftungsform der Küche (Mehrfachnennungen möglich)



erfolgt dies in Form eines Vollcaterings, bei dem ein externer Caterer die Speisenversorgung bzw. die Bewirtschaftung der Krankenhausküche vollständig übernimmt. In der anderen Hälfte beschränkt sich der externe Dienstleister entweder auf das Küchenmanagement, während die Speisenversorgung in der Eigenregie des Krankenhauses verbleibt, oder er übernimmt im Rahmen einer eigenen Service-GmbH des Krankenhauses bestimmte Funktionen in der Küchenbewirtschaftung.

Tendenziell dürfte der Anteil der Bewirtschaftungsformen mit Einbindung externer Dienstleister dabei in der Erhebung unterrepräsentiert sein, insofern Krankenhäuser ohne eigene Küche häufiger explizite Rückmeldung der Nichtteilnahme ga-

Anzeige

**ALLGEIER**  
IT SOLUTIONS

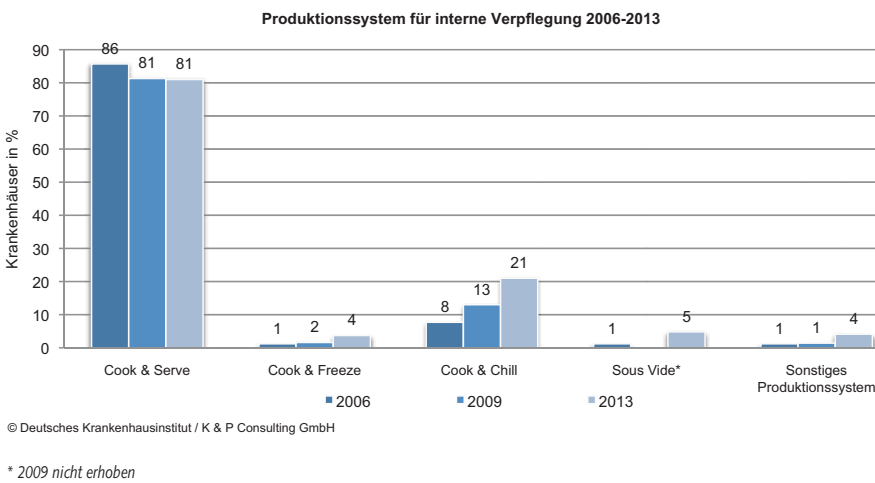
### Allgeier mDMAS und Allgeier mECM

Multimediales Dokumentenmanagement-, Archiv- und ECM-System für das effiziente Unternehmen Krankenhaus.

conhIT 06.-08. Mai 2014  
Halle 2.2, Stand E-114

[www.allgeier-it.de](http://www.allgeier-it.de) | [info@allgeier-it.de](mailto:info@allgeier-it.de)

Abbildung 4: Produktionsform der Küche (Mehrfachnennungen möglich)



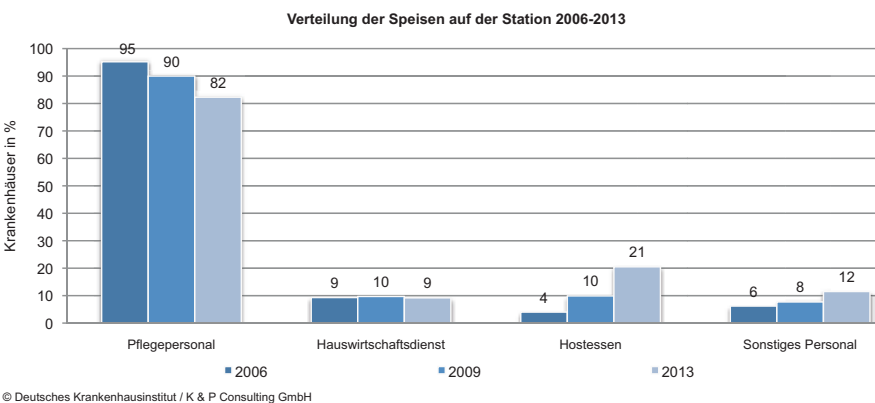
Nichtsdestotrotz sind Produktionssysteme mit Entkoppelung von Produktion und Verzehr auf dem Vormarsch (Abbildung 4). Dabei werden die Speisen nach der Zubereitung bzw. dem Kochen schockgekühlt (Cook & Chill) oder schockgefroren (Cook & Freeze), gelagert und kurz vor dem Verzehr erhitzt. Etwa jede fünfte Krankenhausküche wendet mittlerweile das Cook-&Chill-System an. Seit 2006 hat sich der Marktanteil dieses Produktionssystems um das Zweieinhalbfache erhöht.

Eine vergleichbare Entwicklung lässt sich, wenngleich auf niedrigerem Niveau, bei den Cook-&Freeze-Systemen beobachten. Auch andere Systeme, wie das Vakuumgaren (Sous Vide) oder sonstige Produktionssysteme (zum Beispiel portionsweise Erwärmung durch Induktion), konnten ihre Marktanteile steigern.

### Erfassung der Speisenwünsche und Speisentransport

Der Informationsfluss von der Station zur Küche und die Lieferung der Leistungen der Küche zum Patienten sind von entscheidender Bedeutung für die Zufriedenheit der Patienten und die Qualität des Produktes. Da dieser Be-

Abbildung 5: Verteilung der Speisen (Mehrfachnennungen möglich)



ben. Dementsprechend dürfte dies auch analog für die mit dieser Bewirtschaftungsform verbundenen Produktionsform von Cook & Freeze gelten.

### Produktionsformen in der Küche

Die Produktionsform der Krankenhausküche für die interne Verpflegung betrifft die Art der Zubereitung der Speisen. Dabei ist grundsätzlich zwischen der Warmverpflegung, bei der Speisen sofort verzehrt oder zum Verzehr warmgehalten werden, sowie entkoppelten Systemen, wo Zubereitung und Verzehr zeitunabhängig erfolgen, zu unterscheiden. Ähnlich wie bei der Bewirtschaftungsform folgt die Wahl für ein bestimmtes Produktionssystem vielfach krankenhausespezifischen Gründen.

Beim Produktionssystem für die interne Verpflegung dominiert nach wie vor die klassische Warmverpflegung (Cook & Serve) mit Warmtransport zeitnah nach dem Kochen bzw. der Speisenzubereitung. Vier von fünf Krankenhäuser praktizieren Cook & Serve bei leicht rückläufiger Tendenz seit 2006 (Abbildung 4). Tendenziell kommt dieses Produktionssystem in Einrichtungen bis 400 Betten häufiger zum Einsatz (84 Prozent) als in größeren Häusern (73 Prozent).

reich in der Regel nicht ausschließlich in der Hand der gastronomischen Fachleute liegt, ist die technische und personelle Ausgestaltung in Bezug auf die Aufnahme der Patientenwünsche sowie den Transport der Speisen zur Station mit Blick auf die Serviceorientierung von besonderem Interesse.

In fast jedem zweiten Krankenhaus (47 Prozent) werden die Speisenwünsche der Patienten noch vom Pflegepersonal aufgenommen. Die Tendenz ist allerdings deutlich rückläufig, insofern zusehends Hostessen (35 Prozent), Servicepersonal der Küche (32 Prozent) oder Ernährungsberater (11 Prozent) diese Aufgabe übernehmen.

42 Prozent der Krankenhäuser erfassen die Speisenwünsche der Patienten mit Hilfe von PDA. Auch andere Techniken, beispielsweise Tablet-Computer (17 Prozent), sind bei der Speisenwünscherfassung auf dem Vormarsch. Demgegenüber ist der Anteil der Erfassung mittels Kartensystemen seit 2006 (46 Prozent) deutlich rückläufig (31 Prozent in 2013).

Größtenteils, das heißt in 96 Prozent der Krankenhäuser, werden die Speisen tablettiert auf die Stationen transportiert. Dies gilt gleichermaßen für alle drei Mahlzeiten (Frühstück, Mittag- und Abendessen). Ein Transport im Großgebäude mit Portionierung auf der Station findet dementsprechend nur noch äußerst selten statt. Für den Transport der Speisen zur

Station sind vor allem Mitarbeiter des Hol- und Bringendienstes (64 Prozent) sowie das Küchenpersonal (25 Prozent) verantwortlich.

Die Verteilung der Mahlzeiten auf den Stationen übernimmt nach wie vor mehrheitlich das Pflegepersonal. In vier von fünf Krankenhäusern (82 Prozent) ist dies Standard. Allerdings ist die Tendenz seit 2006 merklich rückläufig. Ähnlich wie bei der Erfassung der Speisenwünsche werden auch bei der Speisenverteilung zusehends Hostessen eingesetzt. Dies ist, bei deutlich steigender Tendenz, mittlerweile in jedem fünften Krankenhaus der Fall (► **Abbildung 5**).

## Diskussion

In der dritten Erhebung zu Verpflegungsleistungen im Krankenhaus werden im Wesentlichen die Tendenzen aus den beiden Vorerhebungen bestätigt: Die Frischproduktion in den Krankenhäusern vor Ort geht langsam aber sicher zurück. Diese Tendenz ist zwar stetig, aber von einer generellen Abkehr von der klassischen Krankenhausküche kann keine Rede sein. Dies mag im Zusammenhang mit dem vergleichsweise großen Aufwand eines Systemwechsels zu erklären sein. Denn ist die Küche einmal abgeschafft, ist dieser Schritt nur noch schwer rückgängig zu machen. Neben Investitionen ist hier insbesondere die Freisetzung von Personal als größte Hürde zu nennen. Wenn überhaupt, ist dieser Schritt meist nur mit großen Widerständen zu realisieren.

Daher wählen Krankenhäuser, die den hohen Investitionsbedarf in ihren renovierungsbedürftigen Küchen nicht aufbringen können, heute häufig den Weg der Umstellung mit den geringsten Eingriffen in Bau und Personal: Bei Bezug extern produzierter Komponenten – in Cook & Freeze, Cook & Chill oder Sous Vide – kann der überwiegende Teil der Mitarbeiter für Portionierung, Spülen etc. weiterbeschäftigt werden und gleichzeitig der Investitionsbedarf minimal gehalten werden. Dies erklärt den deutlichen Anstieg der entkoppelten Systeme in der letzten Erhebung.

Hingegen hat das Modell Outsourcing deutlich an Fahrt verloren. Im Vergleich zu den ersten beiden Erhebungen spielt der Betriebsformwechsel nur noch eine untergeordnete Rolle. Insbesondere die Mehrwertsteuerungleichbehandlung, die sich bei Vollcatering mit 19 Prozent auf die Kosten auswirkt, bremst die Fremdvergabe. Zudem verstehen die Krankenhäuser die Verpflegung ihrer Patienten und Mitarbeiter wieder mehr als wichtigen Imagefaktor, den man als integralen Bestandteil der Gesamtdienstleistung selber steuern möchte. Dabei wird allenfalls die Ausgliederung in eine Service-GmbH als Möglichkeit gesehen, günstigere Kostenstruk-

turen mit einer verstärkten Belieferung weiterer Kunden zu verbinden.

Ein weiterer Trend schreibt sich fort: Die mit der Verpflegung verbundenen Dienstleistungen auf der Station, wie Speisewunscherfassung, Transport und Service, werden immer häufiger von der Pflege getrennt und von darauf spezialisierten Mitarbeitern übernommen, sodass die Küche ihre Leistung bis zum Patientenbett verantworten kann. Erleichtert wird der Service durch moderne EDV-Systeme, die für eine schnellere und differenziertere Übermittlung der Patientenwünsche an die Küche sorgen. Somit wird ermöglicht, noch individueller auf die Bedürfnisse der Patienten einzugehen.

Da sich die Kosten der Verpflegung gegenüber der allgemeinen Preissteigerung unterproportional entwickeln, wird deutlich, dass sich die dargestellten Veränderungen im Verpflegungsmarkt in einer Effizienzsteigerung niederschlagen. Die insgesamt sehr große Spannweite der Vollkosten, die um den Mittelwert von 13,60 € je Beköstigungstag erhoben wurde, spiegelt die unterschiedliche Bedeutung wider, die der Patientenverpflegung heute zugesprochen wird: Die Versorgung tendiert zwischen einem zu minimierenden Kostenfaktor und einem elementaren Bestandteil des therapeutischen Ansatzes und bietet nicht nur monetäre Optimierungsansätze.

Daher werden zwar die qualitative Verbesserung des Verpflegungsangebotes und auch die Reduzierung der Kosten in den nächsten drei Jahren wichtige Treiber für Veränderungen bleiben. Jedoch bleibt der steigende Investitionsstau der bedeutendste Auslöser für anstehende Veränderungsprozesse. In diesem Zusammenhang ist es ein deutliches Signal, dass im Vergleich zu den Vorerhebungen die Bereitschaft, in den kommenden drei Jahren in die eigene Speisenproduktion investieren zu wollen, zurückgeht, und somit insbesondere der Trend zur Auslagerung der Speisenproduktion weiter steigen wird.

Weitergehende Informationen zur Studie „Verpflegungsleistungen im Krankenhaus 2013“ sind auf den Webseiten von *apetito*, *DKI* und *K & P* als kostenloser Download abrufbar. Teilweise abweichend von den Daten dort sind alle Angaben im vorliegenden Beitrag auf die Krankenhäuser als Bezugsgröße referenziert.

## Anschrift der Verfasser

*Dr. Karl Blum, Leiter Geschäftsbereich Forschung, Deutsches Krankenhausinstitut, Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf/Ekkehart Lehmann, Geschäftsführer, K & P Consulting GmbH, Schadowstraße 86–88, 40212 Düsseldorf, lehmann@KuP-Consult.de*

Anzeige

### Prof. Dr. Ute Walter | Rechtsanwälte

Fachanwaltskanzlei für Medizinrecht

Kooperationen | Compliance | Risikoanalyse | Prozessvertretung

Prinz-Ludwig-Straße 7  
80333 München

Telefon: (089) 28 77 80 43 0  
Telefax: (089) 28 77 80 43 9

office@ra-profwalter.de  
www.ra-profwalter.de

