

Dr. Karl Blum, Ekkehart Lehmann

Trends in der Krankenhausküche

Der Strukturwandel in der Krankenhausküche weg von der Eigenregie hin zu anderen Bewirtschaftungsformen, vor allem zur eigenen Service-GmbH, hält an. Weiterhin wird vorwiegend frisch gekocht und warm serviert (Cook & Serve). Aber andere Produktionsformen wie Cook & Chill sind auf dem Vormarsch. Ein zentrales Problem in den Krankenhausküchen bildet weiterhin der hohe Kostendruck. Inflationbereinigt sind die Kosten je Beköstigungstag rückläufig. Das mittlere Alter der Küchen von 29 Jahren belegt den Investitionsstau in den Krankenhäusern. Das sind wesentliche Ergebnisse der Care-Studie 2019 des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) und der K&P Consulting GmbH zu Situation und Trends in den Krankenhausküchen.

Die Studie erfolgte in Form einer standardisierten schriftlichen Krankenhausbefragung, an der sich bundesweit 378 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 Qualität des Essens war ausdrücklich nicht Gegenstand der Care-Studie. Die Befragung wurde von April bis Juli 2019 in mehreren Erhebungstranchen durchgeführt. Finanziell wurde die Care-Studie von Klüh Care Management unterstützt.

Zum fünften Mal seit 2006 führen das DKI und K&P die Care-Studie durch. Somit liefert sie nicht nur relevante Kennzahlen zur aktuellen Situation in den Krankenhausküchen. Vielmehr zeigt sie auch maßgebliche Entwicklungen im Markt auf, um die Entscheider der Health-Care-Branche bei ihrer Zukunftsplanung zu unterstützen. Dank der vier vorhergegangenen Erhebungen seit dem Jahr 2006 können mit der aktuellen Studie Zeitreihen abgebildet und die Entwicklung des Marktes fortgeschrieben werden. Nachfolgend werden ausgewählte Ergebnisse und Trends zusammengefasst und diskutiert.

Leistungen

Neben der Patientenverpflegung (auf den Stationen) halten viele Krankenhäuser auch andere Verpflegungsbereiche vor. So haben 51 % der Häuser eine separate Mitarbeiter-Cafeteria bzw. Mitarbeiterkantine und 81 % der Einrichtungen eine allgemein zugängliche Cafeteria. Fast drei Viertel der Krankenhäuser stellen überdies Kalt-/Heißgetränkautomaten auf.

Das Speisenangebot in der Patientenverpflegung ist insgesamt vielfältig. Die Häufigkeit besonderer Buffet- und Speiseange-

bote, differenziert nach Regel- und Wahlleistungen, kann im Einzelnen der **► Abbildung 1** entnommen werden. So offerieren zwischen rund 30 % (Mittagessen) und knapp 60 % (Frühstück) der Krankenhäuser besondere Buffetangebote, mehrheitlich als Regelleistung. Darüber hinaus gehören insbesondere vegetarische bzw. vegane Menüs, die Komponentenwahl und die Vesper in vielen Häusern zum Regel- oder Wahlleistungsangebot. Noch weniger verbreitet sind eine kulturell angepasste Ernährung (zum Beispiel halal/koscher) und Bioangebote. À-la-carte-Angebote und die Vesper werden mehrheitlich als Wahlleistung, alle anderen Speiseangebote überwiegend als Regelleistung offeriert.

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

Zahlreiche Krankenhäuser versorgen auch weitere Einrichtungen, wie Kindergärten (45 % der Krankenhausküchen), Altenheime (40 %), Schulen (30 %), andere Krankenhäuser (26 %), weitere externe Betriebe (23 %) und Privathaushalte

Abbildung 1: Besondere Buffet- und Speiseangebote

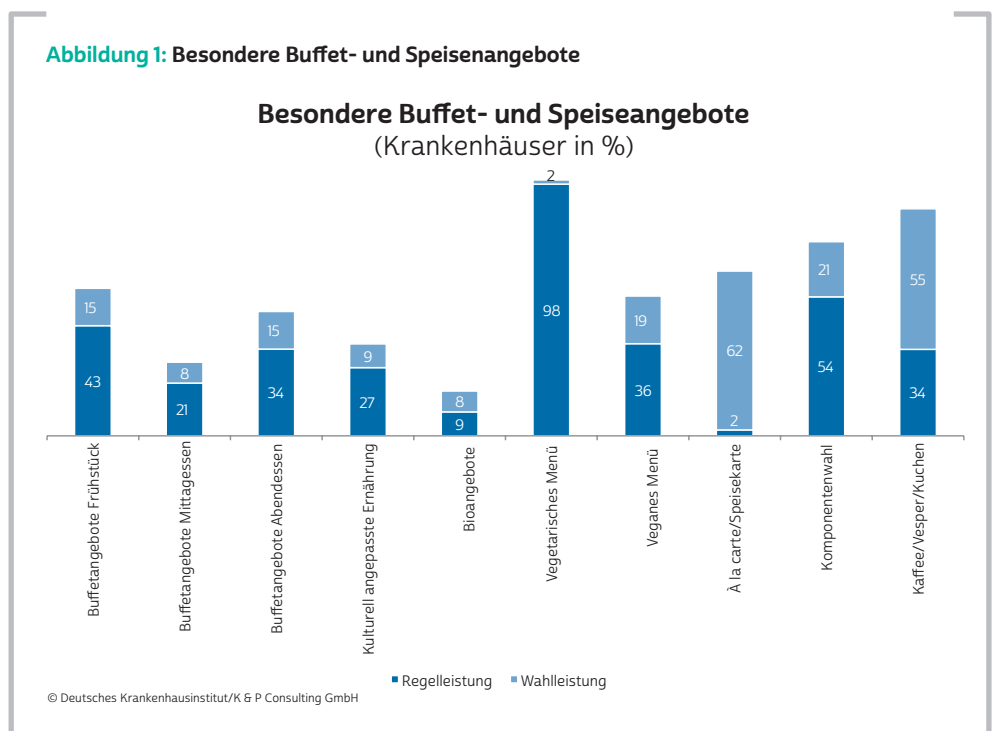
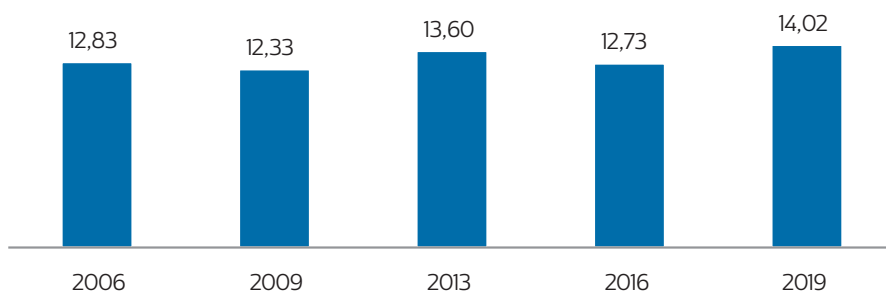


Abbildung 2: Kosten je Beköstigungstag

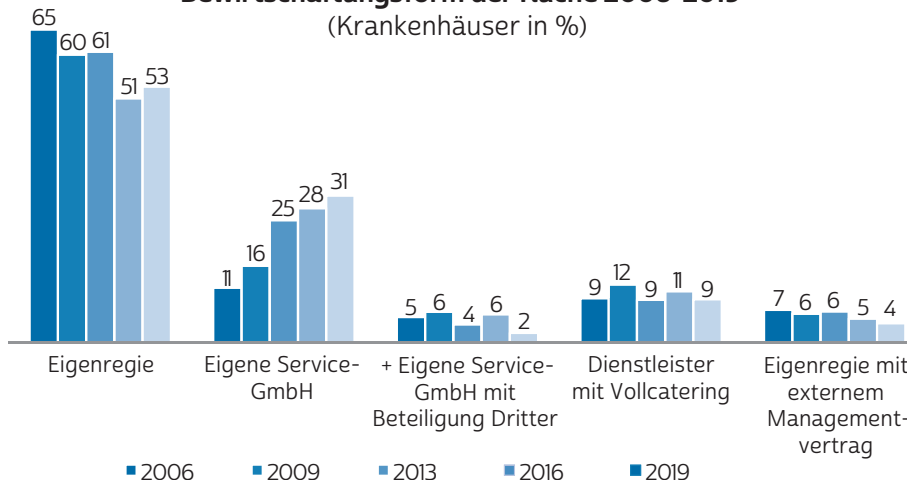
Gesamtkosten je Beköstigungstag in der Patientenverpflegung 2005-2018 (Mittelwert in €)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abbildung 3: Bewirtschaftungsform der Küche

Bewirtschaftungsform der Küche 2006-2019 (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut/K & P Consulting GmbH

über Essen auf Rädern (20 %). Bei der Speisenversorgung für weitere Einrichtungen nutzt der Großteil der Küchen den gleichen Speiseplan wie für die Verpflegung der Patienten. Im Median lagen die Erlöse aus dieser Mitversorgung Dritter im Jahr 2018 bei rund 240 000 € pro entsprechendem Krankenhaus. Die Erlöse aus der Mitversorgung Dritter haben sich in den letzten Jahren auf diesem Niveau stabilisiert. Eine merkliche Expansion dieser Erlöse, wie noch im letzten Jahrzehnt, ist in den 10er-Jahren nicht mehr erkennbar.

Kosten

Die Krankenhausküchen stehen, ähnlich wie die bettenführenden Bereiche und die Funktionsbereiche, unter einem erheblichen Kosten- und Finanzierungsdruck. Das betrifft gleichermaßen die Betriebs- wie die Investitionskosten. Mit Blick auf die Betriebskosten sind die Kosten je BKT im Jahr 2018 im Vergleich zu den Vorjahren zwar nominell gestiegen (► **Abbildung 2**). Real, d. h. preisbereinigt, sind sie aber seit 2005

um 9 % gesunken. Die Kostenreduzierung ist dabei insbesondere auf die Zentralisierung von Küchen bzw. der Mitversorgung weiterer Einrichtungen sowie eine bessere digital unterstützte Steuerung der Bestell- und Produktionsprozesse zurückzuführen. Analog zum Investitionsstau in den Krankenhäusern allgemein gibt es auch speziell in den Krankenhausküchen einen erheblichen Investitionsstau. Immer seltener werden Krankenhausküchen neu gebaut. So sind die Krankenhausküchen im Mittel (Median) 29 Jahre alt. 2009 lag das mittlere Alter der Küchen noch bei 22 Jahren. Auch die letzte Grundsanierung der Küchen liegt im Mittel (Median) elf 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 krankhausindividuell vor allem von finanziellen, personellen und qualitativen Gründen abhängig.

84 % der Krankenhäuser betreiben ihre Küche noch selbstständig, sei es in Eigenregie (53 %), sei es über Auslagerung in eine eigenen Service-GmbH (31 %). Im Zeitvergleich ist der Anteil der Krankenhäuser insgesamt, welche ihre Küche selbst betreiben, relativ stabil geblieben.

Allerdings hat sich die Verteilung zwischen Bewirtschaftungsformen merklich zugunsten des Outsourcings in eine eigene Service GmbH verändert. Seit 2006 hat sich der Anteil der Küchenbewirtschaftung in Form einer eigenen Service-GmbH etwa verdreifacht (► **Abbildung 3**)

Rund 15 % der Krankenhäuser gaben an, bei der Bewirtschaftung der Küche einen externen Dienstleister eingebunden zu haben. Beim Vollcatering (9 %) übernimmt ein externer Caterer die Speisenversorgung bzw. die Bewirtschaftung der Krankenhausküche vollständig. Daneben beschränkt sich der externe Dienstleister entweder auf das Küchenmanagement (4 %), während die Speisenversorgung in der Eigenregie des Krankenhauses verbleibt, oder er übernimmt im Rahmen einer eigenen

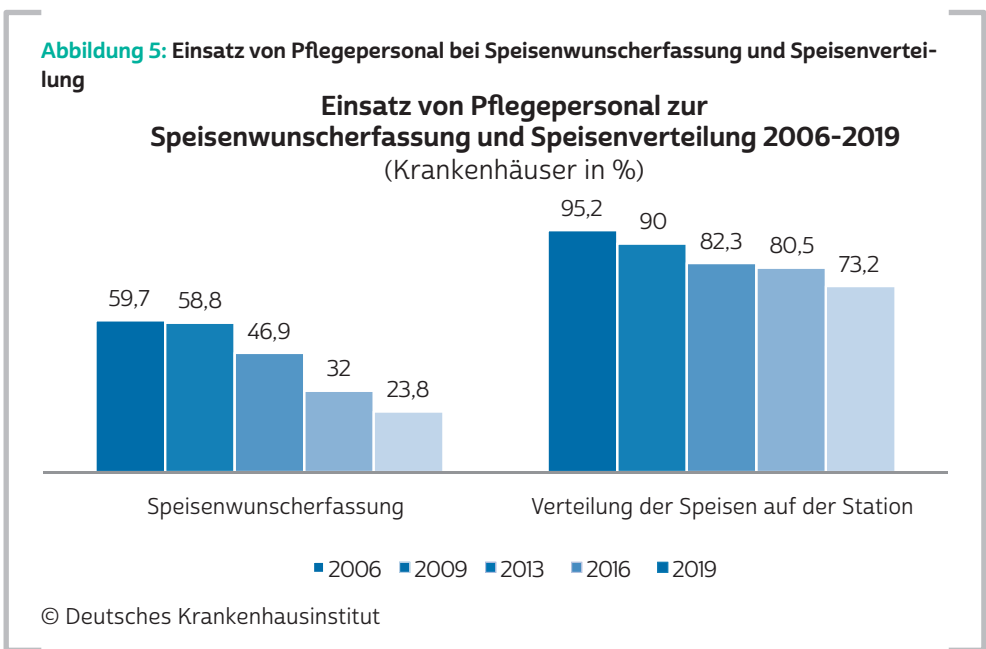
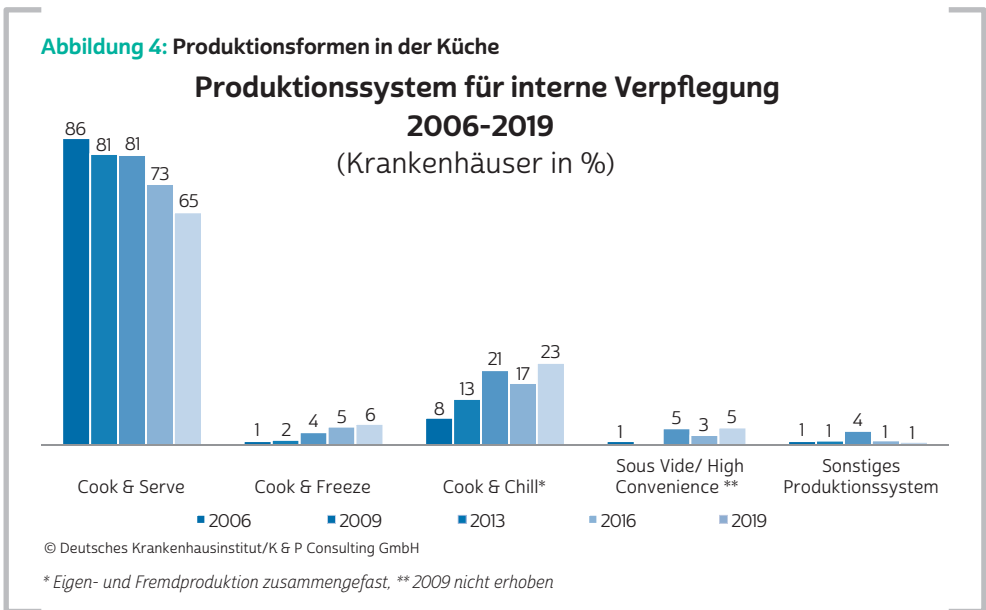
Service-GmbH des Krankenhauses bestimmte Funktionen in der Küchenbewirtschaftung (2 %).

Tendenziell dürfte der Anteil der Bewirtschaftungsformen mit Einbindung externer Dienstleister dabei in der Erhebung unterrepräsentiert sein, insofern die Krankenhäuser die Adressaten der Care-Studie waren und externe Caterer daher nur mittelbar erreicht werden.

In den nächsten drei Jahren planen 10 % der Krankenhäuser einen Wechsel der Bewirtschaftungsform ihrer Küchen, mehr als die Hälfte davon in Form einer Ausgründung in eine eigene Service-GmbH und ein Fünftel eine Fremdvergabe an einen Dienstleister mit Vollcatering.

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 die 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



krankenhausindividuellen Gründen.

Beim Produktionssystem für die interne Verpflegung dominiert zwar nach wie vor die klassische Warmverpflegung (Cook & Serve) mit Warmtransport zeitnah nach dem Kochen bzw. der Speisenzubereitung. Zwei von drei Krankenhäusern praktizieren Cook & Serve.

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 vierte Krankenhausküche wendet mittlerweile das Cook & Chill-System an. Seit 2006 hat sich der Marktanteil dieses Produktionssystems verdreifacht. Eine vergleichbare Entwicklung lässt sich, wenngleich auf niedrigerem Niveau, bei

den Cook & Freeze-Systemen beobachten. Auch das Vakuumgaren (Sous Vide) konnte seine Marktanteile steigern.

Die aufgezeigten Trends dürften sich auch künftig fortsetzen. In den nächsten Jahren plant etwa jedes fünfte Krankenhaus einen Wechsel der Produktionsform seiner Küche, davon 70 % hin zu Cook & Chill und 10 % zu Cook & Freeze.

Speisenerfassung, -verteilung und -transport

Mittlerweile werden die Speisenwünsche der Patienten nur noch in jedem vierten Krankenhaus vom Pflegepersonal aufgenommen. Der Trend ist hier seit 2006 deutlich rückläufig (► **Abbildung 5**). In den meisten Häusern übernehmen zusehends Hostessen, Servicepersonal der Küche oder Ernährungsberater diese Aufgabe.

Anders sieht es bei der Verteilung der Speisen auf der Station aus. Diese erfolgt nach wie vor mehrheitlich durch das Pflege-

Krankenhausesen – Klarstellung in eigener Sache

Basierend auf einer Pressemeldung des Rundfunks Berlin-Brandenburg (RBB) zum ARD-Mittagsmagazin wurde in zahlreichen Medien sehr kritisch über das Essen in den deutschen Krankenhäusern berichtet. Dabei wurde auch auf die Care-Studie 2019 des DKI und der K&P Consulting GmbH Bezug genommen. In der Pressemeldung wird implizit suggeriert, die Care-Studie 2019 würde eine weitestgehend schlechte Qualität der Krankenhausverpflegung behaupten.

Hierzu stellen DKI und K&P klar: Die Care-Studie 2019 hat keinesfalls die Qualität des Essens in den deutschen Krankenhäusern untersucht oder bewertet. Sie fokussiert vielmehr und ausschließlich organisatorische, ökonomische und strategische Fragen der Krankenhausverpflegung. Darauf haben wir die verantwortlichen Redakteure des RBB mehrfach hingewiesen. Eine entsprechende Klarstellung wurde uns im Vorfeld der Berichterstattung auch zugesichert.

Auch die Aussage, laut unserer Studie hätten 2018 die durchschnittlichen Lebensmittelkosten in der Patientenverpflegung 3,84 € pro Patient und Tag betragen, ist falsch. Unsere Studie weist Warenkosten von 5,14 € pro Patient und Tag aus. Nur wenn man die Inflation seit 2005 abzieht, ergibt sich für 2018 eine Reduktion des Warenwertes um 9 %. Die Schlussfolgerung, dies sei ein Beleg für eine generelle Verschlechterung des Krankenhausesens, können wir definitiv nicht teilen. Nach unseren Analysen ist die Kostenreduzierung insbesondere auf einen günstigeren Einkauf infolge der Zentralisierung von Küchen sowie eine bessere digital unterstützte Steuerung der Bestell- und Produktionsprozesse zurückzuführen, die wir in der Studie ebenfalls aufzeigen.

Vor diesem Hintergrund ist die Pressemeldung des RBB zumindest irreführend bzw. sind viele Berichte in den Medien, die darauf Bezug nehmen, in Teilen falsch. Der RBB hat sich zwischenzeitlich beim DKI und K&P für die irreführende Pressemeldung entschuldigt und sie mit internen Abstimmungsproblemen erklärt.

personal. In drei von vier Krankenhäusern (73 %) ist dies Standard, wenngleich mit rückläufiger Tendenz. Ähnlich wie bei der Erfassung der Speisenwünsche werden auch bei der Speisenverteilung verstärkt Hostessen eingesetzt.

Größtenteils, d.h. in gut 90 % der Krankenhäuser, werden die Speisen weiterhin tablettiert auf die Stationen transportiert. Dies gilt gleichermaßen für alle drei Mahlzeiten von Frühstück, Mittagessen und Abendessen. Eine Tablettierung auf den Stationen oder eine Verteilung über Büffetwagen findet dementsprechend nur selten statt. Für den Transport der Speisen zur Station sind vor allem Mitarbeiter des Hol- und Bringendienstes (63 %) sowie das Küchenpersonal (24 %) verantwortlich. Auch daran hat sich im Zeitablauf seit 2006 kaum etwas geändert.

Ausblick

Im Vergleich zu früheren Erhebungen haben sich in der Care-Studie 2019 insbesondere zwei Trends verstetigt. Bei den Produktionsformen setzt sich der Trend weg von der Frischproduktion hin zu entkoppelten Systemen langsam, aber stetig fort. Von einer generellen Abkehr der klassischen Krankenhausküche kann aber keine Rede sein, insofern die Warmverpflegung nach wie vor die vorherrschende Produktionsform ist. Bei der Bewirtschaftungsformen geht der Trend weg von der Küche in Eigenregie hin zum Outsourcing in eine eigene Service GmbH. Externe Caterer tun sich hingegen weiterhin schwer, ihre Marktanteile auszubauen.

Ein weiterer Trend setzt sich fort: Die mit der Verpflegung verbundenen Dienstleistungen auf der Station, wie Speisewunsch-erfassung, Transport und Service, werden immer häufiger von der Pflege getrennt und von darauf spezialisierten Mitarbeitern übernommen, so dass 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. Die grundlegenden Finanzierungsprobleme in der stationären Versorgung treffen auch die Krankenhausküchen. Während aber bei den Betriebskosten bzw. den Kosten je Beköstigungstag noch sukzessive Effizienzsteigerungen realisiert werden konnten, hat sich der Investitionsstau in den Krankenhausküchen im Betrachtungszeitraum kontinuierlich verschärft. Es ist zu erwarten, dass dieser Investitionsstau die Auslagerung der Speisenproduktion an Zentralküchen oder Systemkomponenten begünstigen wird.

Trotz aller finanziellen Restriktionen versuchen die Krankenhausküchen weiterhin, ihren Service und ihre Essensqualität zu verbessern. Dies belegen die Zukunftsplanungen der befragten Krankenhäuser. Denn insbesondere durch einen individuellen und persönlichen Service steigt die Zufriedenheit der Patienten mit der Verpflegung. So steht für jeweils rund ein Drittel der Häuser in den kommenden Jahren eine Steigerung der individuellen Angebote durch Komponentenwahl, Stationsküchen und Buffetsysteme im Fokus. Eine ausgezeichnete Qualität der angebotenen Speisen bis hin zu einem elementaren Bestandteil des therapeutischen Ansatzes, eine hohe Servicequalität in der Speisenauswahl, -zubereitung und -verteilung sowie ökologische Aspekte, etwa durch eine nachhaltige und verschwendungsarme Verpflegung, sind Aspekte, die schon heute wichtig sind, in Zukunft gemäß Selbsteinschätzung der Krankenhäuser aber noch deutlich an Bedeutung gewinnen werden.

Weitergehende Informationen zur „Care-Studie 2019“ sind kostenlos einsehbar unter <https://www.kup-consult.de/care-studie/>

Anschrift der Verfasser

Dr. Karl Blum, Vorstand Deutsches Krankenhausinstitut (DKI), Hansaallee 20, 40549 Düsseldorf/Ekkehart Lehmann, Geschäftsführer K & P Consulting GmbH, Schadowstraße 86-88, 40212 Düsseldorf