

Whitepaper Speisenversorgung

5 Erfolgsfaktoren der Speisenversorgung im Krankenhaus

Frühstück, Mittagessen, Abendessen: Nichts beurteilen Patienten während ihres Aufenthalts im Krankenhaus so subjektiv und kritisch wie das Essen und Trinken. Die Mahlzeiten werden im mitunter tristen Alltag im Krankbett zum täglichen Highlight – und zum Maßstab für Qualität.

»Ziel ist es, die Qualität des Krankenhausessens hochzuhalten, bei angemessenen Kosten.«

Umso größer sind die Anforderungen an die Speisenversorgung im Krankenhaus: Sinkt die Qualität des Essens, sinkt mit ihr auch die Zufriedenheit bei Patienten. Und über traurige Bilder von kärglich-unappetitlichen Mahlzeiten kann diese Botschaft auf Sozialen Netzwerken schnell die Runde machen. Steigen umgekehrt die Kosten für die Beköstigung der Patienten zu stark an, wird es schnell eng für das gesamte Krankenhausbudget.

Ziel ist es mithin, die Qualität des Krankenhausessens hochzuhalten, bei angemessenen Kosten. Das ist gar nicht so einfach, hat der Investitionstau im Krankenhaus doch längst auch die Speisenversorgung erreicht. Kochtechnik, Kühltechnik und Versorgungssysteme sind in vielen Häusern überaltert und längst nicht mehr auf dem Stand der Technik. Häufig wird die Speisenplanung dann einfach der überalterten Situation angepasst – auf Kosten von Qualität und Patientenzufriedenheit.

Spätestens wenn sich eine insgesamt ineffiziente Speisenversorgung auch in kontinuierlich steigenden Budgets bemerkbar macht, dürften die Alarmglocken auch bei der Klinikgeschäftsführung läuten. Der erste Weg führt dann in der Regel zur Küchenleitung mit dem Auftrag, Kosten zu senken oder die Patientenzufriedenheit zu erhöhen.

Aber wie?

Das ist die Kernfrage, der wir uns in diesem Arbeitspapier nähern wollen. Dafür haben wir die häufigsten Hindernisse und Nachholbedarfe, die wir bei unseren Aufträgen in Krankküchen in ganz Deutschland gefunden haben, in fünf Punkten zusammengefasst – inklusive jeweils eines Best Practices, wie sich solche Versäumnisse erfolgreich ausräumen lassen. Wie Sie sehen werden, spielen alle Punkte zusammen und beeinflussen sich gegenseitig.



Erfolgsfaktor 1: Kontinuierliches Hinterfragen der Prozesse

Wenn die Zufriedenheit von Patienten mit der Speisenversorgung sinkt, liegt das häufig nicht am Essen selbst, sondern an den Prozessen dahinter, sprich: an den vorhandenen Umfeldbedingungen. Diese Prozesse zu hinterfragen und zu verbessern, ist oft schon die halbe Miete. Das fängt damit an, die richtigen Fragen nach der Ursache von Unzufriedenheit zu stellen.

Wenn etwa die Erwartungen des Patienten an die Speisenversorgung nicht erfüllt werden, gilt es, genauer hinzuschauen: Welche Erwartungen wurden beim Patienten geweckt – etwa durch die Werbung des Hauses? Wie werden die Mahlzeiten über Aufmachung und Inhalt der Speisekarte vermittelt? Welche Besonderheiten verleiht dem Speiseplan das gewisse Etwas, etwa regionale Gerichte? Und wie wird das Essen serviert? Ein noch so gutes Mittagessen wird zum Beispiel nicht schmecken, wenn es schon kalt ist.

Ähnlich kann die Unzufriedenheit auch darin begründet sein, dass einem Patienten etwas Falsches vorgesezt wird: Erhält jeder Patient das Essen, das er auch gewählt hat? Werden Indikationen, Unverträglichkeiten und Allergien berücksichtigt? Werden dem Patienten die Eigenheiten der verordneten Kostform erläutert – etwa die besonderen Bedingungen einer leichten Vollkost? Und bekommt ein Patient sein gewünschtes Essen auch, wenn er auf eine andere Station verlegt wurde? Häufig wird er im Krankenhausinformationssystem (KIS) nämlich auf einer Station entlassen und auf der anderen neu aufgenommen. Als neuer Patient bekommt er dann unter Umständen statt des zuvor ausgewählten Essens ein sogenanntes Aufnahmessen.

Diese Beispiele zeigen: In einer kritischen Hinterfragung der bestehenden Prozesse steckt das Potenzial, schon mit kleinen Anpassungen große positive Effekte für die Patientenzufriedenheit zu erzielen. Das bestätigt auch der nachfolgende Fall aus unserer Praxis.

Best Practice: Höhere Patientenzufriedenheit durch systematische Fehlerbeseitigung

Ein Krankenhaus der Grundversorgung mit 300 Betten konnte durch gezieltes Hinterfragen der eigenen Prozesse die hohe Anzahl der Beschwerden in der Speisenversorgung drastisch reduzieren.

Zur zielgerichteten Problemerkennung wurde ein wöchentliches Jour fixe mit der Pflegedienstleitung und der Küchenleitung eingerichtet, um alle empfangenen Beschwerden von Patienten systematisch zu analysieren. Mithilfe eines neu installierten Qualitätsmanagement-Protokolls werden die Beschwerden seitdem quantitativ und qualitativ eingeordnet. Die Ergebnisse des Qualitätsberichts werden allen Mitarbeitern zugänglich gemacht.

Durch die systematische Erfassung können heute frühzeitig Maßnahmen entwickelt werden, um Fehler und Hindernisse in den Prozessen zielgenau anzugehen. Unter anderem wurden so Probleme mit Lieferanten sowie in der Schnittstelle des Subsystems mit dem eingesetzten Krankenhausinformationssystem beseitigt, den Mitarbeitenden in der Essensverteilung Schulungen angeboten.

Im Ergebnis konnte die Patientenzufriedenheit deutlich erhöht, die Beschwerderate um 14 Prozentpunkte von 20 auf 6 Prozent verringert werden.

Erfolgsfaktor 2: Das gesamte Speisenversorgungssystem

Unansehnliche Tablettts, in die Jahre gekommene Porzellanteile, nicht funktionierende Warmhaltewagen: Überalterte Speisenversorgungssysteme hinterlassen nicht nur einen prägenden Eindruck bei den Patienten. Sie haben auch direkte Auswirkung auf die Qualität und die Kosten der Speisenversorgung.

Spätestens wenn das bestehende Versorgungssystem abgeschrieben ist, sollten Kliniken daher in ein neues System investieren. Moderne, am Mittagessen orientierte Konzepte bieten heute funktionale und passgenaue Lösungen für die Ansprüche und Prozesse der Speisenversorgung im Krankenhaus. Wir stellen einige davon vor – mit ihren Vor- und Nachteilen.

Cook & Serve

Das Cook-&-Serve-Konzept bietet der Küchenleitung den großen Vorteil, direkt und individuell Einfluss auf die zubereiteten Speisen zu nehmen. Denn alle Gerichte werden vor Ort selbst zubereitet und ausgegeben, so dass der Küchenleiter sich und seine Fähigkeiten gegenüber dem Tischgast präsentieren kann. Die Botschaft „wir kochen hier selbst“ nehmen viele Patienten als Qualitätsmerkmal wahr.

Gerade im Selbstkochen liegt aber auch ein Risiko. Denn für das Zubereiten ist hohe Fachkompetenz gefragt, der richtige Umgang mit den Lebensmitteln wird gelernt sein. Diese Kompetenz zu finden, ist in Zeiten von Fachkräftemangel und demografischem Wandel nicht mehr selbstverständlich. Dazu kommen hohe Investitionen in Kochtechnik und räumliche Ausstattung. Zudem können sich die langen Warmhaltezeiten nachteilig auf die Speisen auswirken.

Cook & Chill

Autonomie und Eigeninitiative erlaubt auch das Cook-&-Chill-Konzept – mit den gleichen Vor- und Nachteilen wie bei Cook & Serve. Anstatt das Essen warmzuhalten, wird es hier allerdings nach dem Kochen heruntergekühlt, auf die Stationen verteilt und dort erst kurz vor der Verteilung auf Verzehrer-temperatur gebracht („regeneriert“) und warm an die Patienten verteilt.

Der Vorteil: Durch das Vermeiden langer Warmhaltezeiten bleibt die Qualität des Essens bis zum Servieren erhalten. Warmhalten des hoben notwendigen Invest in die Regeneriertechnik eignet sich das System vor allem für große Krankenhäuser und Maximalversorger ab 1.500 Essensteilnehmern pro Mahlzeit.

Cook & Chill mit High Convenience

Eine Variante des Cook-&-Chill-Konzeptes stellt statt der eigenen Zubereitung der Mahlzeiten den Bezug vorgefertigter Mahlzeiten von spezialisierten Anbietern aus Industrie und Handel vor. Dadurch werden die Möglichkeiten der Einflussnahme in die Speiseplanung zwar beschränkt, so dass sich das System nach der Einführung nicht mehr so einfach wechseln lässt. Durch den Wegfall der eigenen Produktion sparen Krankenhäuser jedoch neben der damit einhergehenden Fachkompetenz auch Kosten für Räume, Betrieb und Personal.

Aber sind solche Fertiggerichte nicht von minderer Qualität? Keinesfalls: Sogenannte „High Convenience“-Produkte weisen heute eine hochwertige Qualität auf und lassen sich trotzdem ohne besonderes Fachwissen schnell und einfach zubereiten. Diese Art der Speisenversorgung bietet zudem hohe Sicherheit in Sachen Lebensmittelhygiene sowie – durch standardisierte Konzepte – eine gute wirtschaftliche Sicherheit.

Cook & Freeze mit High Convenience

Vergleichbare Vor- und Nachteile bietet das Cook-&-Freeze-Konzept mit High Convenience. Im Gegensatz zur High-Convenience-Variante des Cook & Chill wird das Essen hier schon vorgekühlt, eingefroren und in fertig konfektionierten Mahlzeiten zur Station gebracht, wo es nur noch regeneriert und serviert wird.

Durch die starke Reduktion des Raum- und Ressourcenbedarfs lassen sich bei Cook & Freeze große Effekte bei Kosten und Qualität erzielen. Ein zusätzlicher Vorteil ist die Eignung des Systems für besonders serviceorientierte Konzepte, etwa einen À-la-carte-Service auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Hier liegt ein entscheidender Vorteil. Denn Servicequalität wird immer mehr zum messbaren Faktor bei der Auswahl einer Klinik.

Ob nun Cook & Freeze, Cook & Serve, Cook & Chill mit oder ohne High Convenience: Welches Konzept am besten zum eigenen Haus passt, entscheiden die Verantwortlichen am Ende selbst. Jedes bietet unterschiedliche Vorteile und Nachteile, aber eines haben alle Systeme gemein: Sie heben die Qualität der Speisenversorgung und das individuelle Zufriedenheitsgefühl bei Patienten auf ein neues Level. Das zeigt auch unser Beispiel aus der Praxis.

Best Practice: Weniger Kosten durch modernisiertes System

Ein Haus in öffentlicher Trägerschaft mit 1.000 Betten wollte ein neues Speisenversorgungssystem etablieren, da das überalterte Cook-&-Serve-System nicht mehr den Vorgaben der EU-Verordnung zur Lebensmittelhygiene (LMHV) gerecht wurde. Entsprechend des Bedarfs und der Ziele der Klinik wurde eine Cook-&-Chill-Küche mit Eigenproduktion und eingestreutem Einsatz von High Convenience in der Kaltverteilung etabliert, bei dem die Speisen dezentral auf den Stationen regeneriert wurden. In diesem Zuge wurden die Küchenräume sowie die Software und das Ser-

vicekonzept zur Menüerfassung modernisiert. Im Ergebnis konnten ineffiziente Prozesse verbessert und verschlankt, die Produktion exakter am täglichen Bedarf ausgerichtet werden. Dadurch sanken die durchschnittlichen Kosten pro Beköstigungstag von über 26 Euro auf unter 17 Euro (Vollkostenrechnung ohne Investitionskosten bei geltendem Tarifwerk des TVöD). Das komplette Versorgungssystem wurde zudem zukunftsicher aufgestellt, so dass bei Bedarf jederzeit beispielsweise ein À-la-carte-System auf den Wahlleistungsstationen eingeführt werden kann.

Erfolgsfaktor 3: Ein gesundes Kostenverhältnis der Beköstigungstage

Bereits geht es ans Eingemachte: die Kosten der Speisenversorgung. Wie jetzt erläutert, handelt es sich bei den Kosten der Lebensmittel, sondern in der Regel die für Personal und – wichtiger – für ineffiziente Prozesse. Die Personalkosten hängen direkt mit dem Speisenversorgungssystem zusammen (siehe Erfolgsfaktor 2) – je nachdem, wie viel Aufwand im Haus betrieben oder ausgelagert wird. Nachschiede ergeben sich hier allenfalls aus dem bezahlten Tarif (TVöD oder Branchentarif). Bei den Prozentsätzen des Verhältnisses von Beköstigungstagen zu Behandlungs- beziehungsweise Belegungstagen als wichtiger Maßstab.

Diese wichtige Kennzahl wird unserer Erfahrung nach aber oft vernachlässigt, obwohl im Schnitt ein Verhältnis von mehr als 100 Prozent vorgefunden wird. Das ist umso verwunderlicher, da nicht jeder Patient im Krankenhaus jeden Tag eine Mahlzeit einnimmt, zum Beispiel weil er für einen Eingriff nüchtern sein muss oder aufgrund von Indikationen Flüssigsignatur erhält.

Um diesem Missverhältnis auf den Grund zu gehen, lohnt sich ein Blick auf die reinen Lebensmittelkosten – eine Stellschraube, an der schnell gedreht werden kann. Mit Kosten von 5,40 Euro pro Beköstigungstag – natürlich abhängig von der individuellen Speiseplanung des Hauses – erhält man eine valide Berechnungsgrundlage.

Multipliziert man diesen Wert mit der Anzahl der Beköstigungstage, ergeben sich schnell hohe Summen, die durch ineffiziente Prozesse weiter in die Höhe getrieben werden können.

Typische Kostentreiber sind:

- Es werden mehr Essen als für Station geliefert, es ist überhaupt Betten belegt sind.
- Aufnahmen, Verlegungen und Entlassungen werden nicht korrekt erfasst und an die Speisenversorgung weitergegeben.
- Die Menüerfassung wird durch Berufsgruppen vorgenommen, deren Priorität nicht die Speisenversorgung ist, was im hektischen Stationsalltag zu Fehlern führen kann.

- Zeiten für Visiten und Stationsübergaben behindern die Essensausgabe.
- Die Übermittlung der Daten zwischen dem KIS und der Versorgungssoftware dauert zu lange, so dass Aktualisierungen zu spät eintreffen.

Solcherart Störungen in den Prozessen lassen sich durch einfache Anpassungen schnell und nachhaltig abstellen, wie unser nachfolgendes Beispiel aus der Praxis zeigt.

Best Practice: Besseres Kostenverhältnis durch Vermeidung von Verschwendung

In einem Haus der Maximalversorgung mit 1.200 Betten wurde ein überholtes Verhältnis zwischen Beköstigungs- und Belegungstagen von 125 Prozent festgestellt. Die Analyse ergab, dass standardmäßig pro Mahlzeit und Station drei Reserve-Essen ausgeliefert, aber nur auf den wenigsten Stationen wirklich benötigt wurden. Daher wurden die zusätzlichen Essen standardmäßig nur noch an die Stationen geliefert, auf deren sie in der Regel wirklich benötigt wurden – mit einer

Option für andere Stationen, bei Bedarf kurzfristig nachzubestellen.

Weitere Maßnahmen sahen unter anderem ein monatliches Berichtswesen, eine automatische Information an die Geschäftsführung bei Auffälligkeiten und einen Maximalwert für Essensbestellungen pro Station vor. Im Ergebnis konnte das Verhältnis zwischen Beköstigungs- und Belegungstagen auf unter 100 Prozent gesenkt werden.

Erfolgsfaktor 4: Gut geschulte Menüassistenten

Nicht das Essen entscheidet über die Zufriedenheit von Patienten mit der Verpflegung im Krankenhaus. Großen Einfluss hat auch das ganze Drumherum – von der Auswahl des Essens über die Bestellung bis hin zur Ausgabe am Patientenbett. Wird dieses ganze „Drumherum“ von ausgelasteten Pflegekräften noch zusätzlich erledigt, können nicht nur schneller Fehler entstehen. Die Aufnahme „so nebenbei“ passt auch gar nicht zu den hohen Ansprüchen der Patienten an dieses „Highlight des Tages“.

Eine Alternative können daher für viele Häuser spezialisierte Menüassistenten sein, deren Priorität einzig und allein der Speisenversorgung gilt und die den Patienten das Essen wirklich schmackhaft machen können. Solche Menüassistenten haben in der Regel gastronomische Vorerfahrung und sorgen eine entsprechende Ausbildung und bringen daher einen serviceorientierten Umgang mit den Patienten mit – so, als seien sie Restaurant-Besucher.

Diese Menüassistenten sollten nicht ins kalte Wasser geworfen, sondern für ihre Aufgaben sorgfältig vorbereitet werden. In speziellen Service-Schulungen lernen sie zum Beispiel wie Zimmer betreten, Patienten befragt und angesprochen werden sollten. Zudem müssen sich Pflegekräfte und Küche ein abstimmen, um zum Beispiel anstehende Operationen oder erforderliche Sonderverpflegung auf Basis der Indikationen korrekt aufzunehmen und an die richtigen Stellen weiterzuleiten. An dieser Schnittstelle bieten Menüassistenten einen entscheidenden Vorteil: Sie steuern die exakte Anzahl der Essen, die in der Küche produziert werden sollen. Und die Küche produziert genau das, was von der Station bestellt wurde. Wie Krankenhäuser von solcherart geschulten Menüassistenten in der Praxis profitieren, zeigt unser nachfolgendes Praxisbeispiel.

Best Practice: Höhere Patientenzufriedenheit durch geschulte Servicekräfte

In einem Haus der Grund- und Regelversorgung mit 180 Planbetten auf 7 Stationen wurden Essensbestellung und -verteilung von den Pflegekräften übernommen. Trotz guter Speisenqualität beschwerte sich jeder dritte Patient über die Speisenversorgung, zum Beispiel aufgrund von kalt oder gar nicht servierten Mahlzeiten. Zudem lag ein schlechtes Verhältnis zwischen Beköstigungstagen und Belegungstagen vor. Und die Menüerfassungssoftware ließ sich am Stations-PC nur ausführen, wenn sich die Nutzer aus dem KIS-System abmeldeten. Das führte dazu, dass die Essenwünsche in der Regel erst in den Nachtstunden ins System aufgenommen wurden.

Für das Haus wurde deswegen ein maßgeschneidertes Menüassistentenkonzept in modularer Bauweise erstellt. Es sah vor, dass gastronomisch und auf die Besonderheiten eines Krankenhauses hin geschulte Menüassistenten in Abstimmung mit der Pflege täglich die Menüwünsche der Patienten mithilfe von

Tablet-Computern erfassen, so dass die Menüerfassungssoftware von den Stations-PCs entkoppelt wurde. Neben weiteren Tätigkeiten rund um die Speisenversorgung der Patienten übernahm die Menüassistenten auch das Austeilen von Frühstück und Mittagessen. Lediglich die Verteilung des Abendessens verblieb auf Wunsch der Pflegedienstleitung bei den Pflegekräften.

Im Ergebnis konnte das Verhältnis der Beköstigungstage zu Belegungstagen um rund 20 Prozentpunkte gesenkt werden. Die Patientenzufriedenheit verbesserte sich signifikant, so dass sich nur noch acht Prozent der Patienten über die Speisenversorgung beschwerten. Inzwischen wird jeder Beschwerde in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess gezielt nachgegangen. Ein schöner Nebeneffekt: In der Berufsgruppe der Pflege konnten infolge der Anpassungen Überstunden abgebaut werden.

Erfolgsfaktor 5: Akzeptanz für Restrukturierungsmaßnahmen

Der Bedarf zur Modernisierung der Speisenversorgung wurde erkannt? Gut. Und das Budget für notwendige Investitionen freigegeben? Wunderbar! Trotzdem enden Restrukturierungsprojekte häufig so: Wunderbare Pläne werden gezeichnet, Organisationskonzepte geschrieben, alle Gremien im Haus einbezogen und sogar die Politik überzeugt und, doch am Ende der Umsetzung bleibt das erhoffte Ergebnis aus. Hinter lässt bei allen Beteiligten einen schalen Nachgeschmack.

Ist das der Fall, wurde vermutlich eines vergessen: es im dem ganzen Hin und Her der Umsetzung auch die Mitarbeiter an der Basis mitzunehmen – diejenigen, die alle Veränderungen am Ende umsetzen sollen. Es reicht nicht aus, Mitarbeitern hübsche Präsentationen zu zeigen und tolle Verbesserungen anzupreisen. Es gilt, das Team für die Veränderungen zu begeistern, das am Ende auch die Wirtschaftlichkeit, Qualität und rechtliche Sicherheit gewährleisten soll. Und zwar von Anfang an, bevor alle wichtigen Entscheidungen bereits gefällt sind.

Das ist im Übrigen nicht nur eine nette Geste. Diejenigen, die jeden Tag mit all den Prozessen zu tun haben, kennen die Schwachstellen am besten und können den wertvollsten Beitrag für dringend notwendige Verbesserungen liefern. Indem Sie diese Mitarbeiter wahr- und ernstnehmen, fördern sie zugleich ihre Zufriedenheit als Arbeitnehmer Ihres Hauses. Und auch herausfordernde Veränderungsprozesse lassen sich gemeinsam erfolgreich und akzeptierter umsetzen, wie das nachfolgende Beispiel aus unserer Praxis zeigt.

Best Practice: Erfolgreicher Veränderungsprozess durch Beteiligung des Personals

Die Speisenversorgung eines Klinikverbundes sollte komplett umstrukturiert werden – von einem Cook-&-Serve-System hin zu einem neu gebauten Convenience. In diesem Zuge sollten Betriebsbeständen geschlossen und die dort beschäftigten Mitarbeitenden in andere Tätigkeitsfelder überführt werden.

Für den Erfolg des Projektes wurden die verschiedenen Mitarbeiterstrukturen von Anfang an in die Umsetzung einbezogen, beginnend mit den Abteilungsleitenden der Küchen bis hin zu den Teams. In wöchentlichen Leitungsunden und Teamsettings wurden gemeinsam Betriebsbeziehungen, neue Abteilungen und Aufgaben geplant, etwa Menü- und

Service-Assistenten an den Standorten sowie gastronomische Betriebe in den sogenannten Cafeterien.

Durch die konstruktive und teamorientierte Ausrichtung des Projektes konnten die bei solchen Umstellungen sonst üblichen hohen Ausfallquoten sowie ein überhöhter Wareneinsatz vermieden werden. Dadurch konnte die Restrukturierung erfolgreich im vorgeschienen Zeitfenster abgeschlossen, die Mitarbeitenden zum Branchentier in eine neu gegründete Servicegesellschaft überführt werden. Erforderliche Personalmaßnahmen wurden einvernehmlich und sozialverträglich umgesetzt, zum Teil mit Vermittlung von Mitarbeitenden an ortsansässige Firmen.

Der Autor

Michael Schlicker

Michael Schlicker ist Leiter des Bereichs Speisenversorgung bei consus und verfügt über jahrelange berufliche Erfahrung in der Krankenhauspraxis. Er arbeitete unter anderem als Koch und Küchenleiter in verschiedenen Krankenhäusern, bevor er in einer großen deutschen Klinikgruppe die regionale Leitung der Bereiche Speisenversorgung und Reinigung übernahm. Michael Schlicker war zudem Geschäftsführer verschiedener Servicegesellschaften in den Bereichen Speisenversorgung, Reinigung sowie Technik und Logistik.

Bei consus hilft er medizinischen Einrichtungen dabei, ihre Strukturen und Prozesse in der Speisenversorgung so zu modernisieren, dass Kosteneffizienz, Qualität und Wettbewerbsfähigkeit gewährleistet werden.

