

Foto: Fotolia© charles taylor

Den Wandel einplanen

Zukunftsorientiert bauen, alte Versorgungsstrukturen durchbrechen

Es wäre Kaffeesatzleserei, die gesundheitspolitisch relevanten Eckdaten zum wirtschaftlichen Betreiben von Klinikgastronomien für das Jahr 2020 vorherzusagen. Um dennoch bei aktuellen Bauten von Klinikküchen nicht völlig am künftigen Bedarf vorbeizuplanen, gehen viele Investoren den scheinbar sicheren Weg: Eine Minimallösung unter Beibehaltung bisheriger Prozesse und Systeme. Experten vom Verband der Fachplaner Gastronomie Hotellerie Gemeinschaftsverpflegung e.V. (VdF) raten indes zu mehr Mut, alte Strukturen aufzubrechen. Sie sehen darin eine Chance, hochflexible und effiziente gastronomische Versorgungsstrukturen aufzubauen, dabei zu sparen und zudem die Servicequalität zu erhöhen.

Großküchen weisen einen Lebenszyklus von rund 15 bis 30 Jahren auf. Doch wen versorgt eine Küche in fünf oder in zehn Jahren? „Die gesetzlichen

Rahmenbedingungen, die ja auch einen Wettbewerb in Richtung Spezialisierung in den Indikationen erzwingen sollen, sind weiterhin im Fluss“, sagt Berater Hans-Peter Nollmann vom Verband der Fachplaner Gastronomie Hotellerie Gemeinschaftsverpflegung e.V.

Wie lange Klinik- oder Zentralküchen noch dem allgemeinen medizinischen Ansatz unterliegen, ist ungewiss.

„Beim Durchspielen aller gesundheitspolitischen Annahmen kommen wir stets zu folgendem Ergebnis: Wir müssen uns alle Optionen in den Reorganisationen oder Neubauten von Klinikgastronomien offen halten und einen konsequenten Einstieg in hochflexible, gleichwohl service-orientierte Modelle wagen.“

Die Küche muss hochflexibel sein

Ob das Kreiskrankenhaus in einigen Jahren zu einer Senioreneinrichtung umgebaut wird oder die städtische Klinik die Spezialversorgung im Umkreis von 200 Kilometern für die onkologischen Patienten anbietet, kann niemand wissen. Dennoch muss bei der Planung einer Klinikküche weit-

„Wir müssen uns alle Optionen in den Reorganisationen oder Neubauten von Klinikgastronomien offen halten und einen konsequenten Einstieg in hochflexible, gleichwohl service-orientierte Modelle wagen.“

aus mehr mit einbezogen werden als nur die Anzahl der künftigen Beköstigungstage (BKT). „Wir müssen den Wandel in der Struktur der Patientenklientel und in den Patientenwünschen in der Planung effizienter Systeme berücksichtigen“, so Nollmann. Denn das

beeinflusst viele Parameter, etwa: Die notwendige Menü-Vielfalt, den Anteil der Wunschkost bzw. der indikationsbezogenen Kost (die möglicherweise eine flexiblere, vielfältigere Diätküche vor Ort erfordert), den Anteil der mobilen Patienten, die ein Restaurant besuchen können, oder auch das Zahlungsvermögen der Patienten und damit das Bereithalten möglicher „Selbstzahler-Services“. Das Versorgungssystem, bestehend aus Produktion (beziehungsweise Lieferant/Zentralküche), Logistik und Ausgabe/Servieren, muss in allen drei Bereichen hochflexibel sein.



Klaus-Dieter Bendt



Hans-Peter Nollmann



Niels Törkel

Der Einstieg in eine hochflexible gastronomische Klinikversorgung verlangt eine konsequente Ausrichtung der ganzheitlichen Planung auf einen höchstmöglichen (individuellen) Flexibilisierungsgrad (Übersicht 1 auf Seite 4).

Dazu zählen

- flexible Küchentechniken
- (Verteil-)Systeme mit optimierten Arbeitsprozessen
- eine teilweise Verlagerung des Speisenproduktionsprozesses hin zum Gast sowie

- eine Neuordnung der Aufgabenbereiche des Stations- und Küchenpersonals, dazu eine Neugestaltung der Schnittstellen zwischen Küche, Hauswirtschaft und Pflege bzw. Medizin.

„Gerade der letzte Aspekt verlangt eine große Aufgeschlossenheit gegenüber Veränderungen im Personalschlüssel und den Verantwortlichkeiten in den Bereichen Medizin, Pflege und der Hauswirtschaft“, erläutert VdF-Berater Klaus-Dieter Bendt.

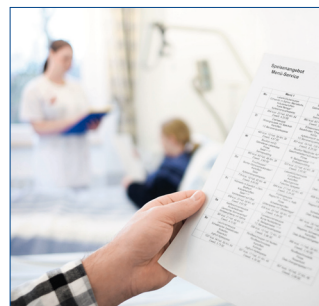
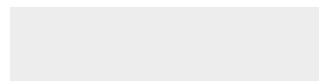
Prinzipiell ist die Versorgung von Patienten mit Hilfe einer Zentralküche die bundesweit beliebteste Lösung bei Neubauten bzw. Reorganisationen. Wie dann im Weiteren die Verteilung des Essens mit welchem Service organisiert wird und wo die Patienten wie bedient werden, kann in zwei unterschiedlichen, modernen Klinikgastronomie-Modellen organisiert sein. Beide Varianten überzeugen durch den service-orientierten Ansatz, der zusätzliche Deckungsbeiträge erwirtschaften lässt.

Modell 1: Zentralküche plus tablettierte Versorgung

Eine Zentralküche liefert die tablettierte Speisen sowohl in ein Klinikrestaurant als auch auf die Station. Das Klinikrestaurant versorgt die gehfähigen Patienten und das Personal. Große Bedeutung für die Attraktivität des Angebotes kommt den Frontcooking-Bereichen und Aktionscountern zu. Erfahrungen aus betriebsgastronomischen Angeboten zeigen, dass Gäste für ein Angebot, welches duftend-lecker und kommunikativ an einer Frontcooking-Station präsentiert wird, bis zu doppelt so viel zahlen, wie für das Essen, wenn es auf einem Tablett serviert würde.

Voraussetzungen für die Umsetzung dieses Modells: Der Pflegedienst übernimmt den zusätzlichen organisatorischen Aufwand der Abfrage, welcher Patient wo essen kann und möchte. Zudem müssen kurze Wege von der Station zum Restaurant gewährleistet sein (ein Pavillonsystem etwa schließt ein solches Modell aus). Die Vollkosten pro BKT für ein solches Modell liegen in etwa bei 12,50 bis 13,00 Euro.

JOMOssoft für Transparenz in der Verpflegung!



Das JOMOssoft Verpflegungsmanagementsystem sichert optimale Ergebnisse in der Gemeinschaftsgastronomie:

- Speisenmanagement
- Menüwunscherfassung
- Beschaffungsmanagement
- Kostenmanagement



JOMO GV-Partner
Beratungs- und Software
GmbH & Co. KG

info@gvpbs.de
www.gvpbs.de

- Die baulichen Einrichtungen sind auf Modularität ausgelegt (im Wesentlichen Ausbaubarkeit der Lager- bzw. Logistikflächen); z.B. kein „Verbauen“ von künftigen Zufahrtswegen oder Flächen für Rampen.
- Planung von Küchen, die eine deutliche Kapazitätserweiterung ohne bauliche Maßnahmen und ohne (nennenswerten) zusätzlichen Platzbedarf ermöglichen (u.a. durch einen vertikalen Ausbau der Gerätetechniken und vorausschauender Planung bzw. Bereithaltung notwendiger Anschlüsse).
- Flächenoptimierte Küchenplanung (s. Übersicht 2).
- Im thermischen Bereich Ausbau von multifunktionsfähigen, flexiblen sowie schnellen Gartechniken (im Wesentlichen Heißluftdämpfer, auch Druckgarbraisieren).
- Die gastronomischen Versorgungsstrukturen sind sowohl auf variable Anteile von Wunschkost als auch auf ...
- ... variable Anteile von unterschiedlichen Spezialisierungen der Indikationen (Diätküche) ausgelegt.
- Verlagerung der Produktion aus einer Krankenhausküche/ Zentralküche hin zum Gast bzw. Patienten (z.B. Frontcooking in Verbindung mit Aktionscountern).
- Die Versorgungssysteme ermöglichen eine Variabilität in der Logistik sowie Verteilung (mehrere Optionen der Speiserverteilung für ein Haus einplanen: Speisenausgabe über Tablettierung bzw. Gebinde/Einnahme auf Station und im Restaurant).
- Aufbau einer Lieferantenstruktur für unterschiedliche Mengen und Qualitäten an High-Convenience, die kurzfristig mehr Speisen liefern kann (zum Beispiel im Havariekonzept).
- Abstimmung der Küchentechnik, der Logistik und der Lagerflächen auf unterschiedliche Convenience-Grade und -qualitäten (Abstufungen wie: Standard, Premium bis hin zu „Home-Made-Touch-Convenience“ mit handwerklichem Anspruch).

Übersicht 1: Effizienz-Parameter hochflexibler Klinikgastronomien

Quelle: Verband der Fachplaner Gastronomie Hotellerie Gemeinschaftsverpflegung e.V., Berlin 2010

Modell 2: Zentralküche plus Service pur

Die Zentralküche liefert vorgefertigte Menükomponenten (Cook and Chill, Cook and Freeze oder Sous vide) nicht tablettiert, son-

dern im Großgebäude auf die Station. Dort kümmern sich ausgebildete Serviceassistentinnen um den Komplettservice in der Gastronomie: Menüerfassung, Speisenregenerierung, Anrichten, Austeilen

Veränderungen von Benchmarks*

Gesamtfläche Küche ¹	- 30 %
Produktionsfläche	- 40 %
Logistikfläche	+ 20 %
Kühl-/ Tiefkühlagerfläche	+ 25 %
Trockenlagerfläche	-10 %
Lebensmittelkosten	+ 12 %
Kosten für Küchenfachkräfte	- 25 %
Kosten für Kräfte zum Verteilen	+ 10 %

*Daten basierend auf Mitglieds-Projekten bei Einführung von flexiblen Küchen mit High-Convenience-Produkten
¹⁾ große Schwankungsbreite von -25 % bis -50 %

Übersicht 2: Planerische Optimierungen von Klinikgastronomien

15,00 Euro pro BKT. „Natürlich hat diese gute Lösung ihren Preis“, bewertet Klaus-Dieter Bendt das Modell. Zwei wichtige zu erfüllende Parameter für das Modell sind bauliche und personelle Voraussetzungen: „Wir benötigen eine Stationsküche von etwa 15 bis 20 Quadratmetern. In der Praxis finden wir jedoch heute nur Minimallösungen von etwa 5 bis 6 Quadratmetern. Um den Service gewährleisten zu können, ist in der Regel je Station ein Patientenzimmer aufzugeben.“ Der VdF-Experte rechnet vom Personalaufwand her mit etwa einer halben Pflegekraft-Stelle je Station, die dem Service-dienst (respektive der Hauswirtschaft) zuzuordnen wäre.

Flexibilität bringt Wirtschaftlichkeit

Viele Kliniken gehen in ihren aktuellen Küchenneuplanungen momentan den ersten Schritt hin zu mehr Flexibilität und Gastorientierung: Sie verlagern den Personal-körper von der Produktion hin zur Station, die Produktionsflächen werden um bis zu 40 Prozent reduziert. Am Ende bleibt eine Regenerationsküche. „Die Herausforderung einer modernen Küchenorganisation ist, die Küchen-Aufgaben aus dem Hintergrund der Küche zum Gast hin zu verlagern. Das ist ein Mehrwert der neuen Konzepte“, so VdF-Berater Niels Törkel. Ein Angebot von mobilen Buffets, einem à-la-carte-Speisenangebot sowie die Einführung teilautonomer Arbeitsgruppen sind nur einige Beispiele, wie ein marketing-orientiertes Angebot mit höherer Wertschöpfung gelingen kann. Letztere sind als Team-Einheit für ein „Modul“ bzw. für spezielle Stationen bzw. Patientenzimmer zuständig. Sie organisieren nicht am Band, sondern als autonome Arbeitsgruppen eigenständig die Versorgung „ihrer“ Patienten.

Die logistischen Flächen sind in dem Konzept um etwa 20 Prozent auszuweiten, denn sie sind das Nadelöhr im gesamten Prozess. Sowohl künftige Kapazitätsausweitungen als auch Kapazitätsreduzierungen müssen möglich sein.

Die Flächenoptimierung in der Küche kann durch ein ganzes Bündel

bis hin zum Einsammeln und der Entsorgung. Mobile Patienten nehmen ihr Essen in einem geschmackvoll eingerichteten Aufenthaltsraum ein. Bei einer Vollkostenrechnung inklusive der Logistikkosten errechnet sich eine Preisspanne von etwa 14,50 bis

**Kostenvergleich für eine 600 Betten-Klinik
208.050 BKT p.a.***

	Konventionelle Küche p.a.	Konventionelle Küche je BKT	Neue-HC-Flex-Küche ¹ p.a.	Neue-HC-Flex-Küche ¹ je BKT
Personalkosten (inkl. Stationservice)	1.973.160,00 €	9,48 €	1.671.999,00 €	8,04 €
- davon Fachkräfte		2,88 €		2,16 €
- davon Hilfskräfte		4,32 €		5,02 €
- davon Pflegehilfskräfte		2,28 €		0,86 €
Kosten für Lebensmittel und Getränke	853.005,00 €	4,10 €	925.822,50 €	4,45 €
- davon Kosten für Warmkomponenten		1,60 €		1,95 €
Gemeinkosten (Sach- und Verbrauchsmittel)	197.647,50 €	0,95 €	197.647,50 €	0,95 €
AfA**	353.685,00 €	1,70 €	436.905,00 €	2,10 €
Medienverbrauch**	156.037,50 €	0,75 €	143.554,50 €	0,69 €
Gesamtsumme	3.533.535,00 €	16,98 €	3.375.928,50 €	16,23 €
Gesamtersparnis			-157.606,50 €	-0,76 €

1) HC-Flex-Küche = Hochconvenience-Flexibilitäts-Küche

*Die Beköstigungstage wurden mit einer 95-%igen Auslastung bewertet.

**Die Kosten für AfA enthalten keine Finanzierungsbedingungen für Neuinvestitionen und setzen die Nutzung eines bestehenden Komplettgebäudes (Verbundbau) voraus.

Tabelle 1: Betriebskostenvergleich einer konventionellen Küche im Verhältnis zu einer modernen flexiblen Klinikküche

an Maßnahmen erreicht werden: Im Vordergrund stehen die konsequente Einschränkung der horizontalen Flächenproduktion (zum Beispiel von Kippbratpfannen und Kochkesseln) und die Ausweitung des vertikalen Garraums mit Heißluftdämpfern. In Verbindung mit der Erhöhung des Fertigungsgrades von Küchen auf etwa 80 bis 90 Prozent und den sich wandelnden Patientenbedürfnissen wirkt sich das auch auf die Art der Artikelsortimente und damit auf die Lagerflächen aus: Die Kühl- bzw. Tiefkühlagerfläche ist in der Regel um 25 Prozent, die der Trockensortimente um etwa 10 Prozent reduziert. Die Kosten für die Fachkräfte im Küchenbereich sinken um etwa 25 Prozent, die Gesamtkosten für den Lebensmitteleinsatz hingegen steigen im Verhältnis zur Eigenfertigung um ca. 12 Prozent.

Serviceausweitung bedingt optimierten Personalschlüssel

Schritt zwei hin zu einer modernen Klinikgastronomie ist es, die erzielten Einsparungen in das Servicepersonal zu investieren. Somit steigt die Servicequalität, eines der Top-Kriterien in der Beurteilung von Krankenhäusern, immens an.

Die empfundene Servicequalität lässt sich zum Beispiel erhöhen durch

- ein 24-Stunden-Warmverpflegungsangebot
- eine Buffet-Auswahl auf den Stationen zu allen Teilmahlzeiten
- die Ausweitung des Getränkeangebotes
- ein „Rund-um-Sorglos-Paket“, d.h. das Service-Personal kümmert sich um das Wohlbefinden der Gäste.

Die Serviceausweitung bedingt jedoch eine Umschichtung im Personalschlüssel – „die vielerorts noch sehr zurückhaltend bewertet wird“, so Bendt. Denn das Verschieben der Verantwortlichkeiten zwischen den sensiblen Schnittstellen Medizin – Pflege – Hauswirtschaft sei eben doch noch ein gewöhnungsbedürftiger Eingriff in den Arbeitsalltag. Obwohl genau das die Voraussetzung für die hö-

«Wir haben die Küche zum Profitbringer gemacht»

Hauswirtschaft und Küche sind meist nicht-wertschöpfende Nebenleistungen – häufig ungeliebt und vernachlässigt. Dabei stecken gerade in diesen Tätigkeiten ungeahnte Potenziale, die Sie heben und nutzen können.

Wollen Sie die Wirtschaftlichkeit in Hauswirtschaft und Küche verbessern und zum Profitbringer machen? Wir beraten Sie.

- Konzepte, die sofort umsetzbar sind.
- Organisationsformen, die dauerhaft funktionieren.
- Qualität, die ein zufriedenes Umfeld erzeugt.
- Mitarbeiter, die mit Begeisterung dabei sind.



Stuttgart | Berlin | Wuppertal
Alosenweg 69 | D-70329 Stuttgart
Fon 0711 40 77 580 | Fax 0711 40 77 585
info@odsstuttgart.de | www.odsstuttgart.de





Foto: Fotolia

here Wirtschaftlichkeit des Konzeptes ist, fügt Törkel hinzu. „Der finanzielle Vorteil ist: Ein Teil der teuren Fachkräfte aus dem Pflegebereich wird gegen Hauswirtschaftskräfte mit einem günstigeren Tarif ausgetauscht.“ (Tabelle 1) „Zudem können die Trägerschaften mit diesen Gastronomie-Modellen die angestrebten Umschichtungen in den Leistungen angehen: Der Pflegedienst übernimmt mehr medizinische Leistungen und entlastet die Ärzteschaft. Außerdem erfüllt diese gastronomische Sonderleistung eine der Voraussetzungen für die Abrechnung eines höheren Tagespflegesatzes.“

Das Fazit der VdF-Experten

Klaus-Dieter Bendt

Das klassische Verteilen von Essen ist kein Weg, um erhöhte De-

ckungsbeiträge zu erzielen. Jeder ist bereit, für ein verbessertes Angebot auch mehr zu bezahlen. Die gastronomische Teilleistung so zu optimieren, dass auch die Schnittstellen bzw. Hauptleistungsbereiche wie Medizin und Pflege dadurch gewinnen, ist keine Vision, sondern heute schon möglich.

Hans-Peter Nollmann

Eine Investition in eine hochflexible moderne Klinikgastronomie bedeutet nicht zwingend höhere Kosten. Dadurch wird aber erheblich an der Qualitätsschraube gedreht – und nur sie ist überhaupt noch eine Stellschraube für eine bessere Positionierung im Wettbewerb. Das Marketingkonzept „mit modernen flexiblen Küchen mehr Service“ kann damit zu einem wichtigen Erfolgsfaktor werden.

Niels Törkel

Sind die service-orientierten,

hochflexiblen Gastronomie-Systeme nicht teurer? Diese Frage steht in Gesprächen mit den Trägerschaften sofort im Raum. Aber solche Modelle gewinnen beim Blick über den Tellerrand hinaus. Im interdisziplinären Ansatz betrachtet, sinken die Personalkosten bei gleichzeitig höherem Servicegrad. Dieser kann wiederum die Einnahmenseite verbessern. Mit einem solchen Gastronomiemodell gelingt der Einstieg in die Abrechenbarkeit höherer Pflegesätze auf Basis einer Hotel-Serviceleistung. ■

Klaus-Dieter Bendt
Hans-Peter Nollmann
Niels Törkel

Verband der Fachplaner
Gastronomie – Hotellerie –
Gemeinschaftsverpflegung e.V.
Kleine Gertraudenstraße 3
10178 Berlin
www.vdfnet.de

Die Planer-Experten für das System Gastronomie & Küche

Die Fachplaner und Berater des VdF sind Spezialisten für das System von Großküchen, Klinikgastronomien und deren Services. Auf Basis von Wirtschaftlichkeitsanalysen und Machbarkeitsstudien erarbeiten sie individuelle gastronomische Lösungen mit dem Blick für das Ganze. Die Wirtschaftlichkeit auch im Zusammenspiel mit

Schnittstellenbereichen, eine hohe Produkt- und Servicequalität der Küche, die Optimierung des Workflow unter Berücksichtigung der Senkung von Personal- und Betriebskosten sowie einer hohen Energieeffizienz der Klinikgastronomie stehen im Focus der Dienstleistungen.

Voraussetzung für eine Mitgliedschaft im VdF ist eine mindestens

fünfjährige Berufstätigkeit sowie ein regelmäßiger Qualifizierungsnachweis.

Unter www.vdfnet.de/Mitglieder finden Bauherren neben einer Mitgliederliste auch eine Deutschlandkarte mit allen Fachplanern.

Weitere Infos unter:
www.vdfnet.de