

ANSÄTZE ZUR OPTIMIERUNG DER INFRASTRUKTUR

am Beispiel der universitären Krankenversorgung



Inhalt

Seite

A. Roland Berger Strategy Consultants	3
B. Ausgangslage der Universitätsmedizin	6
C. Optimierungshebel der Infrastruktur	13

A. Roland Berger Strategy Consultants



Roland Berger Strategy Consultants ist eine der weltweit führenden Strategieberatungen



Marktposition

Deutschland	Platz 2
Europa	Platz 3
Welt	Platz 5

Amsterdam | Barcelona | Beijing | Berlin | Brussels | Bucharest | Budapest | Detroit | Düsseldorf | Frankfurt | Hamburg | Kiev | Lisbon | London | Madrid | Milan | Moscow | Munich | New York | Paris | Prague | Riga | Rome | São Paulo | Shanghai | Stuttgart | Tokyo | Vienna | Warsaw | Zagreb | Zurich

Innovativer Treiber im Gesundheitswesen – Marktführer bei der Beratung von Universitätsklinika

Roland Berger Strategy Consultants – Geschäftsbereich Healthcare

Universitätsklinika	Krankenhäuser/ Pflegeorganisationen	Bund-/Länder- Ministerien	Krankenkassen/ -versicherungen	Industrie
<ul style="list-style-type: none"> > Strategische Weiterentwicklung > Schaffung med. Leistungszentren > (Teil-) Privatisierungen <ul style="list-style-type: none"> – Ausgründung nicht-medizinischer Dienstleistungen > Neuausrichtung Verwaltung/IT > Fusion 	<ul style="list-style-type: none"> > Strategische Weiterentwicklung > Organisatorische Neugestaltung (z.B. Führung und Steuerung) > Kostensenkung im Kern- und Verwaltungsbereich 	<ul style="list-style-type: none"> > Mitwirkung Rürup-(Reform) Kommission > Gesundheitsreform Österreich > Design/Coaching Projekte Gesundheitskarte > "Telematik-Studie" 	<ul style="list-style-type: none"> > Strategie <ul style="list-style-type: none"> – Fusion – Marketing – Integrierte Versorgung – Telematik > Kostensenkung <ul style="list-style-type: none"> – Leistungsbereich – Verwaltung 	<ul style="list-style-type: none"> > Marktstrategien für <ul style="list-style-type: none"> – IT-Konzerne – Pharmaindustrie – Medizintechnik-industrie – Tourismus-industrie – etc.

Übergreifende Themen (Gremien, Lehraufträge, Kongresse, Studien, Fachpresse)

> Neuausrichtung der Hochschulmedizin/Universitätsklinika

> Integrierte Versorgung und Telematik als Effizienzhebel

> Forschung, Innovation und Wachstum im Gesundheitswesen (Gleichlautende Studie - veröffentlicht 11/2005)

B. Ausgangslage der Universitätsmedizin



Universitätsklinika stehen zunehmend Finanzierungsrisiken und steigendem Wettbewerb gegenüber

Herausforderungen für Universitätsklinika in Deutschland

KRANKENVERSORGUNG

- > DRG-bedingte Budgetreduktion
- > Zunehmender Wettbewerbsdruck durch prozess- und kostenoptimierte Klinikketten
- > Behandlungsverlagerung von stationär nach ambulant
- > Integrierte Versorgung mit Veränderung von Preisstrukturen
- > Sich weiter verschärfender Kostendruck (EUGH-Urteil, Tarifverträge)

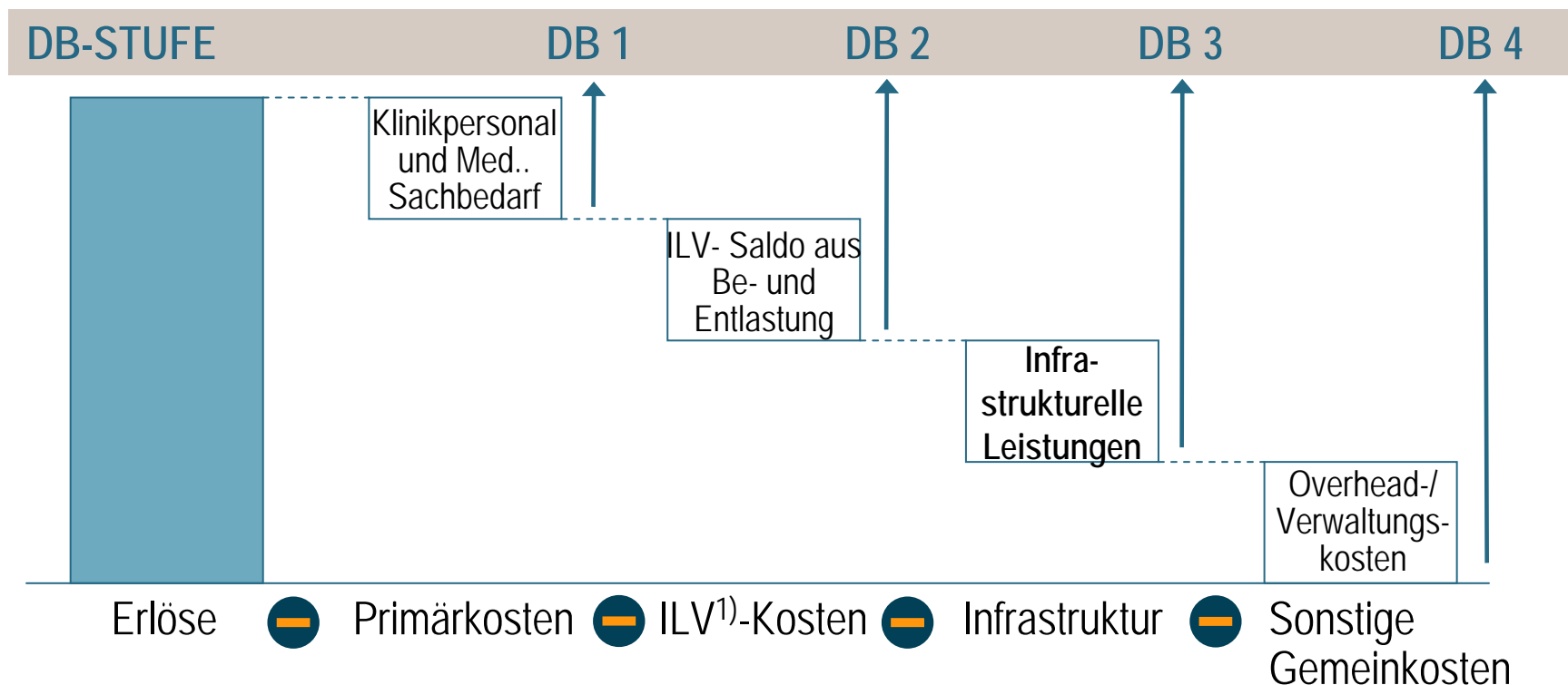


FORSCHUNG & LEHRE

- > Investitionslücke bei Finanzierung von Zukunftstechnologien durch Rückgang der öffentlichen Investitionsmittel
- > Rückläufige Finanzierung durch zunehmende Reduktion von Landeszuschüssen
- > Steigender überregionaler Wettbewerb in der Forschung mit Trend zur Schwerpunktbildung
- > Vermehrt leistungsorientierte Mittelallokation in F&L

Die Infrastrukturkosten in der KV sind der Deckungsbeitragsstufe 3 zugeordnet

Aufbau der Deckungsbeiträge (DB)



1) Innerbetriebliche Leistungsverrechnung

Folgende Infrastrukturkosten müssen zur Erstellung der Deckungsbeitragsrechnung ermittelt werden

<u>Infrastrukturkosten</u>	<u>Erläuterung</u>	<u>Methodik</u>	<u>Besonderheiten</u>
<ul style="list-style-type: none"> > Flächenbezogene Bewirtschaftungskosten > Flächenbezogene Verbrauchskosten (Energiekosten) 	<ul style="list-style-type: none"> > Kosten für Bau- und Technikabteilungen, Reinigung, Catering, IT- und Telekommunikation, Entsorgung, etc. > Kosten für Gas-, Wasser, Strom- und Heizungsverbrauch 	<ul style="list-style-type: none"> > Ausweisung als Gesamtsumme > Ermittlung der Flächen der einzelnen Einrichtungen getrennt nach amb., stat., F&L > Umlage der Kosten auf die einzelnen Bereiche über die jeweilig genutzte Fläche 	<ul style="list-style-type: none"> > Klare Zuordnung von Flächen, die von mehreren bzw. verschiedenen Abteilungen genutzt werden notwendig > Bei gemeinsamer Nutzung von Flächen durch amb., stat. und F&L Bereiche, ggf. prozentuale Nutzungsaufteilung auf Einzelraumbene

Zur kurzfristigen Ergebnisverbesserung bestehen vielfältige Ansatzpunkte auf Ertrags- und Aufwandsseite

Kurzfristige Möglichkeiten zur Ergebnisverbesserung

GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG			
	Aufwand	Ertrag	
<ul style="list-style-type: none"> > Warengruppenmanagement (inkl. Nachverhandlung Konditionen) > Optimierung DL-Bezug 	Material-aufwand	Erlöse aus KH-Leistungen	> Fallzahlsteigerung
<ul style="list-style-type: none"> > Outsourcing von Leistungen (Küche, Verwaltung, Reinigung) 	Personal-aufwand	Erlöse aus Wahl-Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> > Steigerung des Anteils Privatpatienten > Vermarktung von Zusatzleistungen (TV/Telefon)
<ul style="list-style-type: none"> > Absenkung Bürobedarf/IT-Aufwand/Versicherungen > Optimierung/Nachverhandlung Instandhaltung 		Sonstiger betrieblicher Aufwand	Erlöse aus ambulanten Leistungen
<ul style="list-style-type: none"> > Gerätepooling 	Afa	Sonstige betriebliche Erträge	<ul style="list-style-type: none"> > Rückvergütung, Boni (Verhandlungen mit Lieferanten) > Untervermietung von Flächen

Mehrere Ansätze zur strukturellen (langfristigen) Ergebnisverbesserung

Strukturelle (langfristige) Möglichkeiten zur Ergebnisverbesserung

GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG			
	Aufwand	Ertrag	
<ul style="list-style-type: none"> > Prozessoptimierung/Standardisierung > Energieeinsparungen bei Neubauten 	Material-aufwand	Erlöse aus KH-Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> > Fallzahlsteigerung > Intensivierung Kooperationen mit Krankenkassen
<ul style="list-style-type: none"> > Standardabläufe > Bauliche Optimierung > Outsourcing/Kooperationen (Diagnostik) 	Personal-aufwand	Erlöse aus Wahl-Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> > Steigerung Privatpatientenanzahl (z.B. Reputation, Attraktivität der Gebäude)
		Erlöse aus ambul. Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> > Ambulante OP-Zentren (Med. VZ)
<ul style="list-style-type: none"> > Papierlose Dokumentation > Weitere Reduktion Instandhaltung 	Sonstiger betrieblicher Aufwand	Sonstige betriebliche Erträge	<ul style="list-style-type: none"> > Externe Vermarktung von (Diagnostik-) Leistungen
<ul style="list-style-type: none"> > Sale and lease back (Medizintechnik) 	Afa		<ul style="list-style-type: none"> > Sonstige kommerzielle Nutzung von Freiflächen

C. Optimierungshebel der Infrastruktur



Infrastrukturelle Dienstleistungen im integrierten Leistungsbild der nichtmedizinischen Dienstleistungen

A KAUFMÄNNISCH UND TECHNISCHE LEISTUNGEN

- Liegenschafts-, Haus- und Raumverwaltung
- Betreiben Bauwerke und Außenanlagen
- Betreiben Technische Ausrüstung
- Betreiben Informations-, Kommunikations- und Sicherheitstechnik
- Architekten- und Ingenieurleistungen

B INFRASTRUKTURELLE LEISTUNGEN

- Reinigungs- und Stationsdienste
- Patienten-/Mitarbeiter-/Besucherverpflegung
- Bettenaufbereitung
- Zentralsterilisation
- Waren- und Logistikdienste
- Sicherheitsdienste
- Veranstaltungsservice und Medientechnik
- Interne Poststelle
- Telefonzentrale
- Abfallwirtschaft
- Außenanlagenpflege
- Innenpflanzenpflege
- Archive

C MANAGEMENT ABWICKLUNG DER LEISTUNGEN

- Führung und Steuerung
- Berichtswesen und Controlling
- Gewährleistungsmanagement
- IT
- Betriebsführung
- Personalwesen
- Rechnungswesen & Finanzen
- Einkauf und Beschaffung
- Qualitätsmanagement
- Helpdesk/Störungsmanagement

D MEDIZINTECHNIK (OPTIONAL)

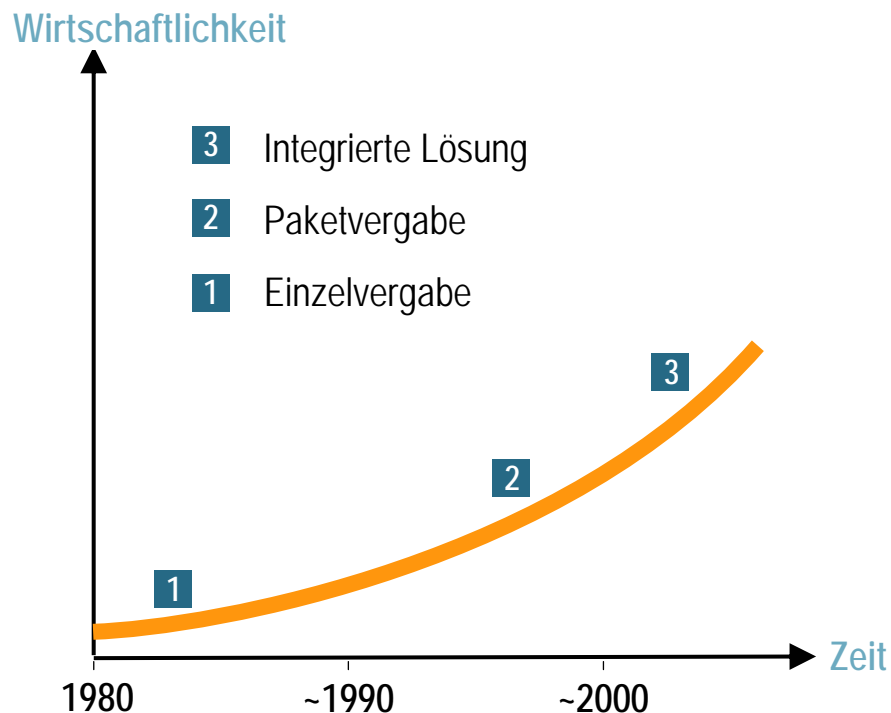
- Inbetriebnahme
- Instandhaltung

Verschiedene Organisationsformen sind für die Wirtschaftlichkeitsberechnung möglich

	<u>Optimierter Eigenbetrieb</u>	<u>Externes Management</u>	<u>Servicegesellschaft/ Organschaft</u>	<u>Fremdvergabe</u>
MODELL BESCHREIBUNG	<ul style="list-style-type: none"> > Leistungserstellung durch eigene Kapazitäten > Realisierung von Optimierungspotenzial durch Prozess- und Strukturoptimierung 	<ul style="list-style-type: none"> > Externes Management übernimmt Führung > Leistungserstellung erfolgt wie beim optimierten Eigenbetrieb 	<ul style="list-style-type: none"> > Aufbau einer Servicegesellschaft in Form eines Joint Ventures mit Dienstleister(n) > Leistungserbringung direkt für Klinik > Übertragung Personal auf Servicegesellschaft/Organschaft 	<ul style="list-style-type: none"> > Komplettes Outsourcing der Leistungen an externes Dienstleistungsunternehmen > Übertragung von Personal und Assets auf den Dienstleister
CHARAKTERISTIKA/ VORTEILE	<ul style="list-style-type: none"> > Sicherung bzw. Ausbau eigener Ressourcen und Know-how > Hohe Eigenständigkeit und Entscheidungsfreiheit 	<ul style="list-style-type: none"> > Zugang von Management-Know-how > Straffung der Führungs- und Steuerungsprozesse 	<ul style="list-style-type: none"> > Sicherung Mitbestimmung > Know-how-Zugang > Flexibilitätszuwachs und verbesserter Drittmarktzugang > Umsatzsteuerneutralität bei Organschaft 	<ul style="list-style-type: none"> > Konzentration auf Kerngeschäft > Realisierung umfassender Effizienzpotenziale durch weitere Professionalisierung > Uneingeschränkte Vergabemöglichkeit

Der Trend am Markt führt deutlich zur integrierten Vergabe – die Wirtschaftlichkeit wird deutlich gesteigert

Entwicklung im Markt für nichtmedizinische Dienstleistungen



Anmerkungen

- Seit den achtziger Jahren wurden die Konzepte im Bereich der nichtmedizinischen Dienstleistungen kontinuierlich weiterentwickelt – **Integrierte Vergabe wirtschaftlichste Lösung**
- Durch die Möglichkeit der **Konsortienbildung** bei den Vergabeverfahren wird der **Mittelstand** explizit **berücksichtigt**
- Durch Öffnungsklauseln in den Vergabeunterlagen können in **Sonderfällen** auch einzelne Funktionen **separat** (an verschiedene Bieter mit oder ohne Organschaft) **vergeben** werden – wenn die **Wirtschaftlichkeit gegeben** ist

Eine integrierte Lösung schafft nicht nur Kostenvorteile sondern mindert auch den Grad der Komplexität

Kostenvorteile

- Ausrichtung der nicht-medizinischen DL entlang der Wertschöpfungskette ermöglicht bestmögliche Unterstützung der Kernprozesse
- Einsatz multifunktionaler und projektbezogener Teams verbessert Ressourcenausnutzung und Effizienz (z.B. Vertretungsregelung)

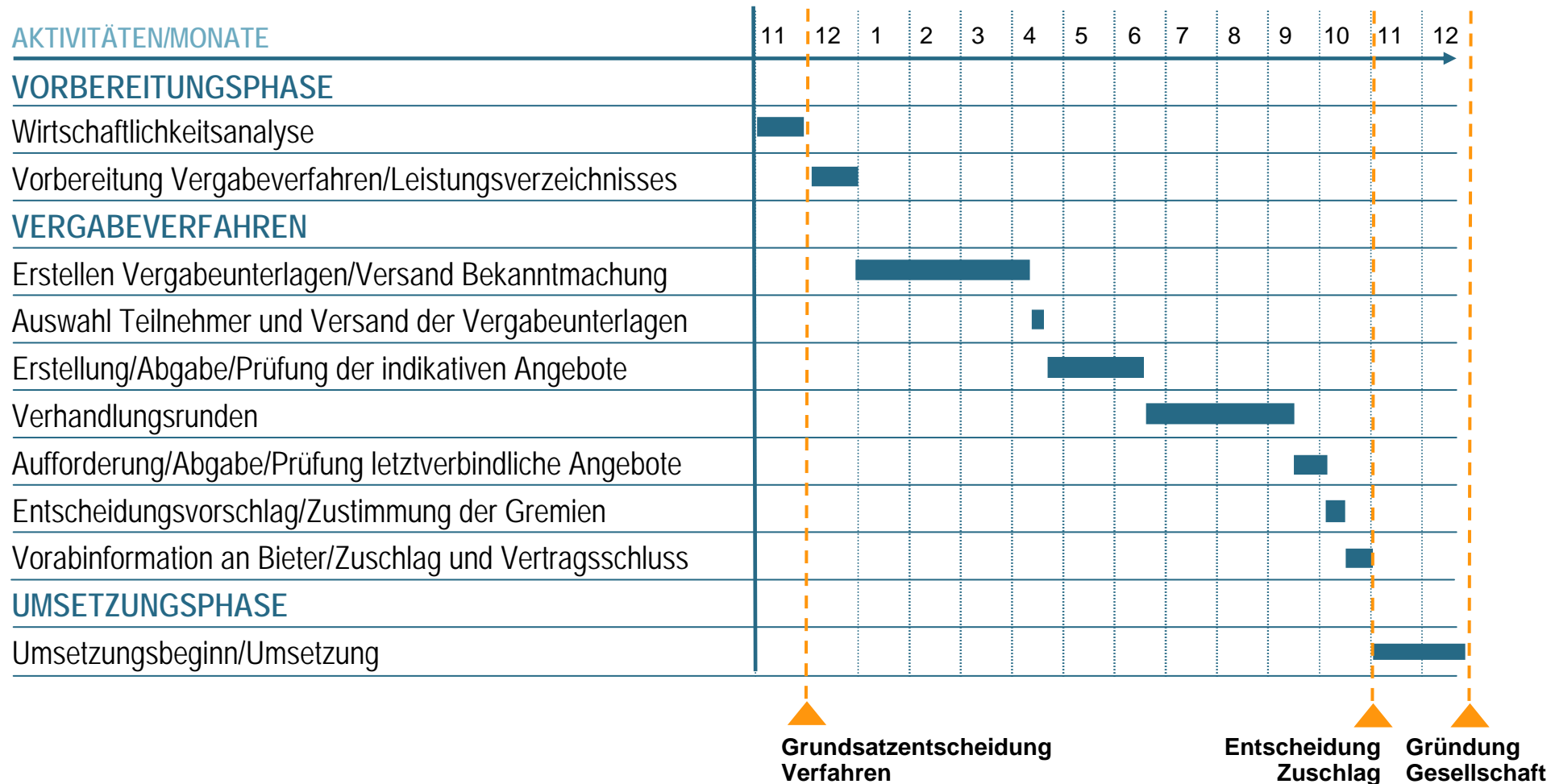
Komplexitätsvorteile

- Reduktion von Schnittstellen
- Rückkopplung aus verschiedenen Betriebsbereichen in die Planung ermöglicht Lebenszyklusorientierung
- Einheitliche Arbeitsplanung und Vorbereitung für Projekte und Objekte

Personalvorteile

- Zusätzliche Entwicklungsperspektiven und Motivation durch multifunktionale Teams
- Wahrnehmung von Doppelfunktionalitäten (Objektmanager übernimmt Kontrolle der Reinigungsleistung und Entstördienst)

(Detail-) Erfahrung und professionelle Planung bilden die Basis für den Projekterfolg



Das Beispiel zeigt, wie über Optimierungshebel bei der Infrastruktur >100 Mio. EUR eingespart werden

Fallbeispiel Universitätsklinikum

- > Das Uniklinikum hatte bis 2006 rund 200 verschiedene Dienstleistungsunternehmen und über 1.000 Mitarbeiter im nichtmedizinischen Servicebereich beschäftigt. Die nichtmedizinischen Dienstleistungen verantworteten ca. 15% der Gesamtkosten
- > Parallel mit der Zusammenführung von Kliniken und Krankenhäusern in medizinischen Leistungszentren wird insgesamt ein Einsparpotenzial von 20% p.a. erreicht. Der Prozentsatz entspricht einem jährlichen Einsparvolumen von 25 Millionen Euro.
- > Die integrierte Gesamtlösung ermöglicht dem Uniklinika ein absolutes Einsparvolumen von >100 Mio. EUR bis 2010