



UniversitätsKlinikum Heidelberg

„Herausforderungen an die Leitung eines Universitätsklinikums“

ZWM-Thementag: Forschung und
Krankenversorgung: Entwicklung von Benchmarks
unter Berücksichtigung von Kostengesichtspunkten

30.06.-01.07.2010, Leipzig

Irmtraut Gürkan
Kaufmännische Direktorin



AGENDA

- Daten / Fakten Universitätsklinikum Heidelberg
- Uniklinika im Überblick
- Zukunftsfähigkeit der Universitätsklinika
- Ziele und Handlungsstrategien am Beispiel Heidelberg
- Beispiele für die ökonomische Situation der Hochleistungsmedizin
- Fazit



Das Universitätsklinikum Heidelberg





Daten des Klinikums/Fakultät Heidelberg (2009)

55.800 stationäre Fälle, 46.100 teilstationäre Behandlungen
Case-Mix: 92.700 Punkte, Case-Mix-Index: 1,73
ca. 350 000 poliklinische Neuzugänge

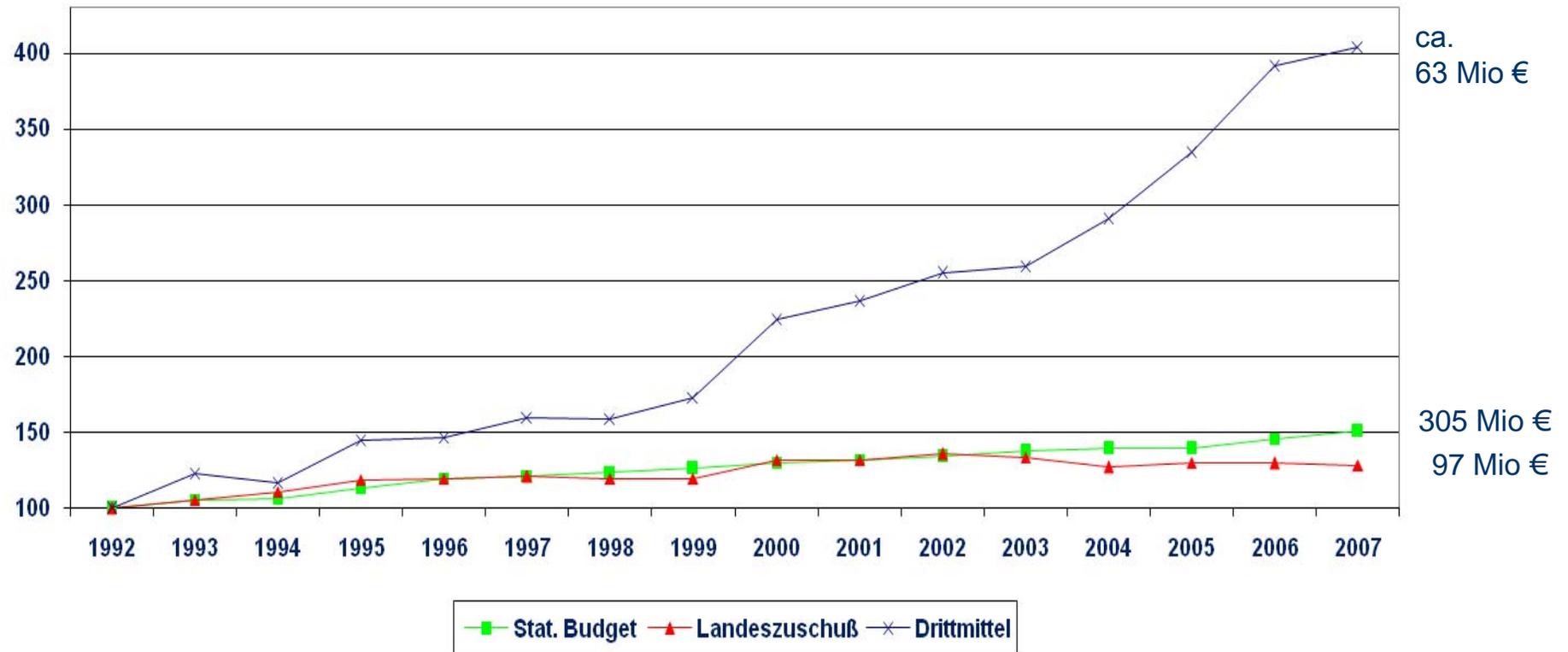
ca. 620 Mio. Umsatz
davon 376 Mio. stationäre Erlöse
75 Mio. ambulante (KV) Erlöse
99 Mio. Landeszuführung
66 Mio. Drittmittel

6.800 Vollkräfte (8.200 Beschäftigte)
davon 1.900 Fakultät

3400 Studierende



Drittmittelentwicklung 1992 bis 2007 im Verhältnis zur Entwicklung des Landeszuschusses (1992=100)



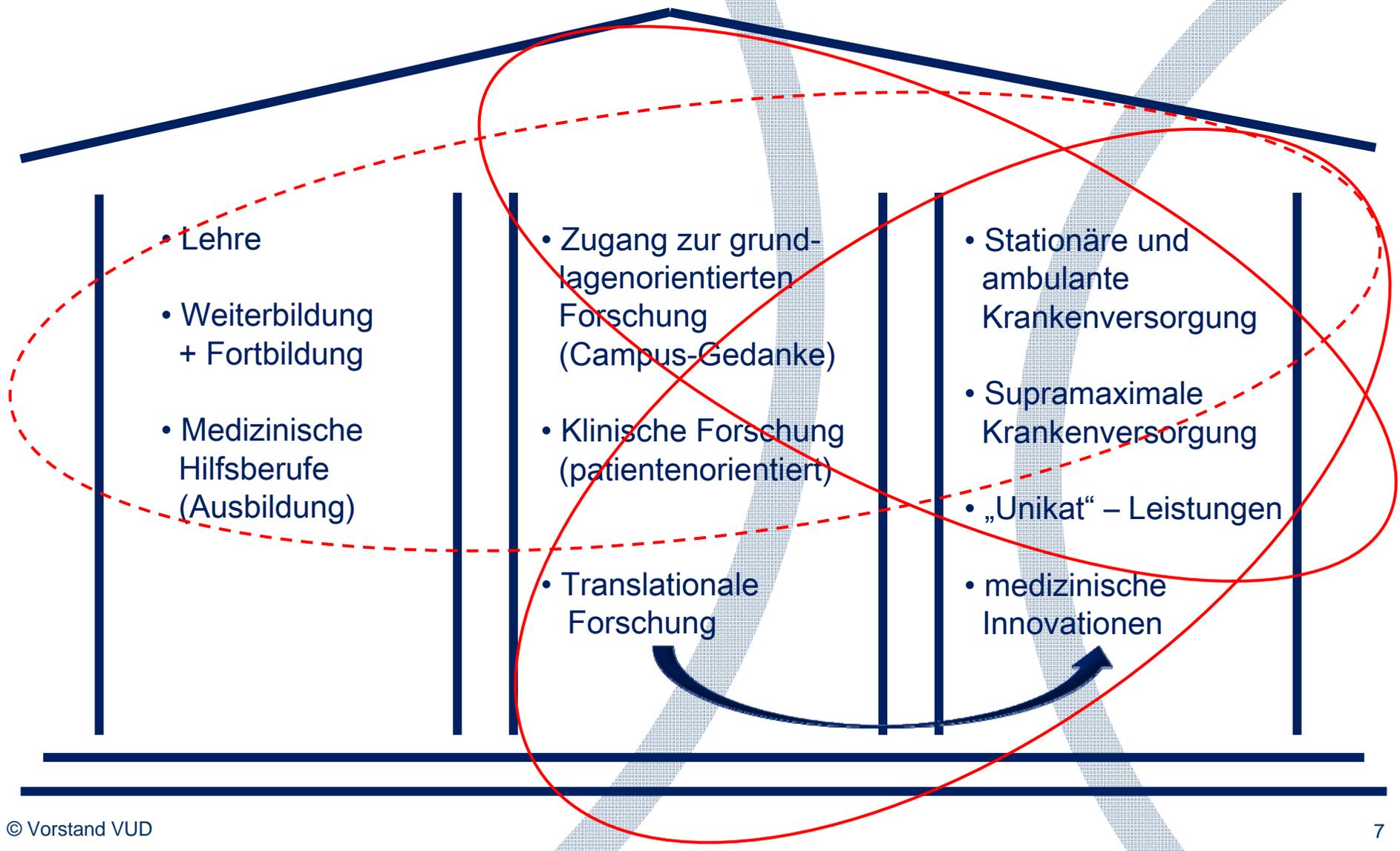


Universitätsklinika im Überblick

- 32 Universitätsklinika in Deutschland
- 42 000 Betten, ca. **9,1 %** der Krankenhausbetten in allgemeinen Krankenhäusern
- behandeln ca. **13,1 %** der bundesweit jährlich 16,8 Mio. stationären Patienten in allgemeinen Krankenhäusern
- KV, Forschung und Lehre ca. **13 Mrd € / Jahr**, davon ca. 6 Mrd € DRG-Erlöse
- Finanzierung von Leistungen in Forschung & Lehre und Mittel für Investitionen ca. **4 Mrd. € / Jahr**
- ca. **180 000** Mitarbeiter



Aufgabenstellung der Universitätsklinik





Universitätsklinika – zunehmend im Spannungsfeld zwischen:



AKADEMIA

(Freiheit u. „Wunschdenken“)

Verschärfter Wettbewerb um Exzellenz in Forschung und Lehre



UNIVERSITÄRER AUFTRAG

Stagnierende/rückläufige Landeszuflüsse für Forschung und Lehre

Hochschulbauförderung
Aktuell: Investitionsstau,
künftige Finanzierung ungewiss



Universitätskliniken

Kompetenzrahmen der Uniklinika (AdÖR) nicht ausreichend



ÖKONOMIE

(Wirtschaftlichkeit)

Tarifbindung (Scherenproblematik) und überteuerte Zusatzversorgung (VBL)



KRANKENVERSORGUNG

(High-End-Medizin)

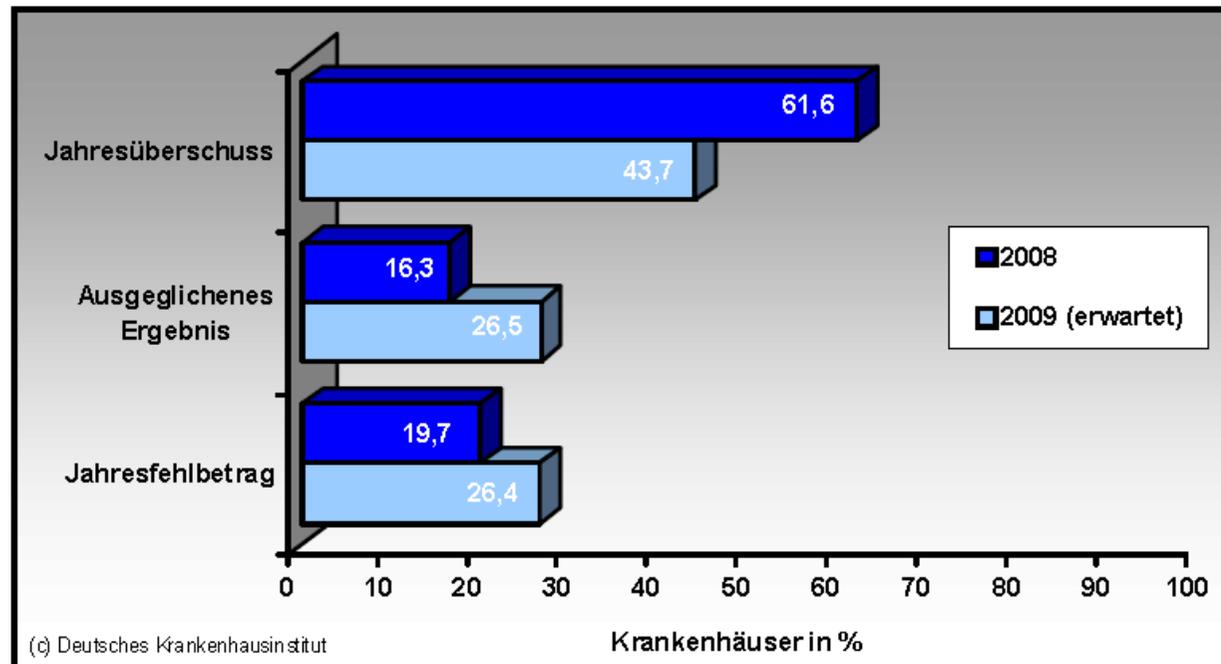
Unzureichende Finanzierung der Hochleistungsmedizin (Extremkostenfälle, Innovationen) über DRG's
Unzureichende Finanzierung der ambulanten Leistungen

Aktuelle Herausforderungen für die Krankenhäuser





Auswirkungen/Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser



Kernbotschaften

- KH mit einer unbefriedigenden Situation erwarteten eher eine Verschlechterung
- bei KH in einer guten Situation ist die Tendenz positiver
- Verschärfung vorhandener Disparitäten



Konsequenzen für die deutschen Krankenhäuser

- Massiver Bettenabbau/Neuausrichtung der Krankenhäuser
- Konkurrenzdruck unter den Leistungsanbietern
- „Rote Zahlen“, Insolvenzen
- Fusionierungs- und Privatisierungswelle



FAZ vom
26.11.2006



Hessen setzt Maßstäbe in der Privatisierung von Universitätskliniken

Krankenhäuser in Gießen und Marburg werden zum „Medizinzentrum Mittelhessen“ / Verkauf an einen privaten Betreiber geplant

Alle Landesregierungen beobachten, was sich nun in Hessen ereignet. Die Hessen haben allerdings den Vorteil, die ersten zu sein, die ein leistungsfähiges Uniklinikum schmieden, um es zu veräußern. Die Erfahrung am Krankenhausmarkt lehrt, daß die Preise am höchsten sind, wenn es um die frühen, strategisch wichtigen Entscheidungen geht. Haben sich später Strukturen in diesem Markt gebildet, der von Fehl- und Überkapazitäten von einem Drittel des Bettenangebotes geprägt ist, fallen die Preise für Kliniken bis hin zur Unverkäuflichkeit.

FAZ vom 04.01.2005



Lübecker Nachrichten vom 23.04.2010

www.LN-online.de

Land will Uniklinik in Lübeck komplett verkaufen

Lübeck/Kiel – Der Spar- Hammer der Landesregierung trifft auch die Uniklinik in Lübeck und Kiel (UKSH, 10 500 Mitarbeiter). Das landeseigene Klinikum soll 2015 verkauft werden. CDU-Finanzminister Rainer Wiegard sucht seit gestern offiziell nach Interessenten. Der Mediziner Ausbildung in Lübeck (1500 Studenten) droht damit das Aus.

PRIVATISIERUNG DES UKSH?

Schwarz-Gelb will Uni-Klinikum Kiel verkaufen

VON WOLFGANG SCHMIDT

23. April 2010, 16:37 Uhr

Die Pläne der Koalition, das Krankenhaus zu privatisieren, stoßen bei der Opposition auf Unverständnis. 10.000 Mitarbeiter sind in Sorge.



Hamburger Abendblatt

vom 23.04.2010

Die schwarz-gelbe Koalition in Kiel erwägt einen Verkauf des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) und löst damit heftigen Wirbel aus.



Veranstaltung des Kultusministeriums Sachsen-Anhalt 1996: Neugestaltung von Struktur und Finanzierung der Hochschulmedizin - Privatisierung? -

Kernaussagen:

- Wenn ein Universitätsklinikum nicht so gut wird wie ein privater Anbieter, dann hat es langfristig keine Chance
- Wenn ein Klinikum nicht Forschung, Lehre und Krankenversorgung integriert, hat es seine spezifische Aufgabe als Universitätsklinikum verloren, denn dann könnte man Lehre und Forschung von Krankenhausbetrieb völlig trennen



Zukunftsfähigkeit der Uniklinika

- Rechtliche Verselbständigung
mehr Kompetenzen eines Wirtschaftsunternehmens
- Kulturwandel innerhalb der Uniklinika / Fakultäten
Strategische Ausrichtung
unternehmerisches Denken auf allen
betriebswirtschaftlichen Ebenen
„Wirtschaftliches Handeln ist ethisches Handeln“

Derzeit wird die unternehmerische Flexibilität beschränkt ... -> „Entstaatlichung“!





Notwendiger Kompetenzrahmen

- Wahrnehmung der Arbeitgeberfunktion durch den Vorstand
- Zugang zum Kapitalmarkt
- Bauherrenfunktion
- Corporate-Governance-Strukturen gemäß Aktienrecht



Zeitgeist: „Roll back“ der Politik

- mehr staatlicher Einfluss auf Hochschulmedizin gewünscht („Gewährträger-Versammlung“; staatlich dominierter Aufsichtsrat)
- Angeblichen Fehlentwicklungen entgegensteuern!
- Stärkung der Universität/Rektorate?

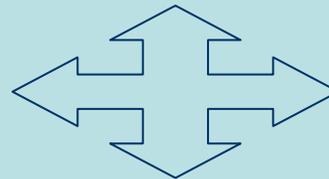


Erfolgsfaktoren für Universitätsklinika und Fakultäten

- Kongruenz der Ziele und der Profile in Krankenversorgung und Forschung
- Einvernehmen des gezielten und leistungsorientierten Mitteleinsatzes entsprechend der Schwerpunktbildung
- Transparenz und Kommunikation über alle Daten und Strategien
- Mut zum Re-Strukturieren
- Kooperationen und Vernetzung mit anderen Institutionen (in Krankenversorgung und Forschung + Lehre)
- Kompetentes Management (Vorstand und Aufsichtsrat)



Situation in Heidelberg



Klinikum und Fakultät wirtschaften gemeinsam!



Heidelberger Strategie:

Im Kooperationsmodell „gelebtes“ Integrationsmodell

- Budgetfindung der Kliniken und Institute durch Fakultätsvorstand und Klinikumsvorstand gemeinsam
- Globalsteuerung der einzelne Abteilungen im Wege von **Gesamtbudgets**



Unterschiedliche Vorstellungen zur Zielerreichung

- „Kooperationsmodell“
Getrennte Haushalte für Krankenversorgung, Lehre und Forschung, getrennte Personal- und Wirtschaftsführung
Verbleib der medizinischen Fakultäten in den Universitäten
- „Integrationsmodell“
Universitätskliniken und Fakultät in einer Rechtsform,
z. B. als gemeinsame Gliedkörperschaft der Universität
oder Medizinische Hochschule,
Einheitliche Personal- und Wirtschaftsführung,
aber eindeutige Mittelzuführung nach Leistungskriterien



Leistungsorientierung bei der Mittelverteilung

- Bekenntnis zur Leistungsorientierung
(Maßstab aller Ressourcenzuweisung: Leistungen)
- Kriterien der Mittelzuweisung müssen klar definiert und nachvollziehbar sein
 - Berechnung des Anteils an L+F-Zuschuss:
Einwerbung von Drittmitteln, Bewertung von Publikationen,
Lehraufwand
 - Aufteilung / Verrechnung der DRG-Erlöse und der Ambulanzerlöse
entsprechend ihrem Leistungsanteil auf die Abteilungen
- Kompetenz der Mittelverwendung ausschließlich auf
Abteilungsebene (Abteilungsdirektor, Team)



Einnahmen - Ausgaben Rechnung

Abteilung XX

Kosten		Erlöse	
Direkte Personalkosten	4.885.000	8.931.800	Stationäre Erträge
Direkte Sachkosten	1.996.000	1.058.000	Ambulante Erträge
Umlage	1.261.000	1.253.200	Erträge aus F&L *
Infrastruktur	1.936.000	613.000	Sonstige Erträge
Interne Leistungsverrechnung	1.347.000	0	Erträge aus interne Leistungsverrechnung
Gesamtkosten	11.425.000	11.109.200	Gesamterträge

Saldo 315.8000

- * - Grundausrüstung
- Lehranteil (nach Curricularnormwert)
- Forschungsanteil (nach Drittmitteln, Impactpunkten, bewertet im 3-Jahres-Zyklus)



Unsere Ziele – Universitätsklinikum Heidelberg

- Langfristige Existenzsicherung als „Non-profit-Unternehmen“
- Nationale/internationale Spitzenposition sichern bzw. weiter ausbauen durch
 - Sicherung der Marktdominanz durch Wachstum und Vernetzung in der Region
 - **Erhaltung/Steigerung des Leistungsvolumens in der Hochleistungsmedizin**
 - **Innovationsführerschaft in Schwerpunktbereichen**
 - Rendite (> 1%), zur Realisierung von Innovationen und Investitionen



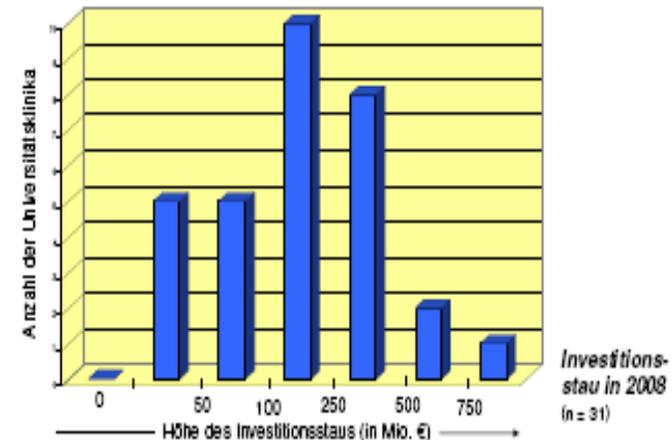
Handlungsstrategien

- Führen mit Zielvereinbarungen
(wesentlich: neue Chefarztverträge)
- Umfassende Reorganisationsmaßnahmen für mehr
Effizienz,
Kapazitäts- und Strukturanpassungen
- **Investitionsinitiative**
- **Kooperationen in Krankenversorgung, Forschung
und Lehre**
- Strategische Partnerschaften



Investitionsfinanzierung

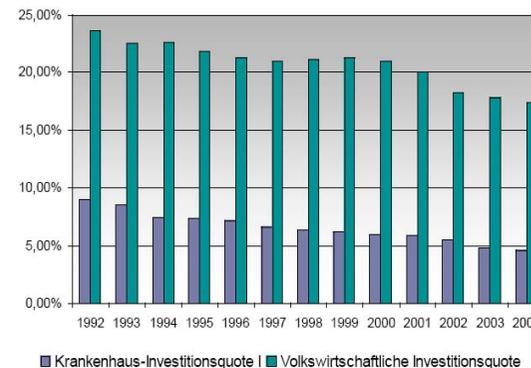
- Enormer Stau bei der Finanzierung nach dem HBFG (und KHG)



- Angemessene Investitionsquote vom 10% - 12%



Vergleich: Krankenhaus-Investitionsquote und volkswirtschaftliche Investitionsquote



17,4 % / 5 %

übertraf damit die Investitionsquote der Krankenhäuser um mehr als Dreifache!

Bei einer Investitionsquote von 17,4 % ergäbe sich für Krankenhäuser im Jahr 2004 ein Investitionsbedarf von 10,5 Mrd. Euro

→ Investive Förderlücke von 7,7 Mrd. Euro in 2004!



Strategie des Universitätsklinikums Heidelberg

Investitionen **auch** aus eigener Kraft

- denn Innovationen bedingen Investitionen
- keine Wirtschaftlichkeit in dysfunktionalen Gebäudestrukturen



Schwerionen-
therapienanlage



Neubau
Frauen- und Hautklinik



Realisiert (bzw. in Bau):

- HIT (106 Mio.€, 50% Eigenfinanzierung)
- Frauenklinik (86 Mio.€, 50% Eigenfinanzierung)
- Hautklinik (21 Mio.€, 100 % Eigenfinanzierung)
- NCT (29 Mio.€, Vorfinanzierung durch die Deutsche Krebshilfe)

Σ 127 Mio. € Eigenfinanzierung

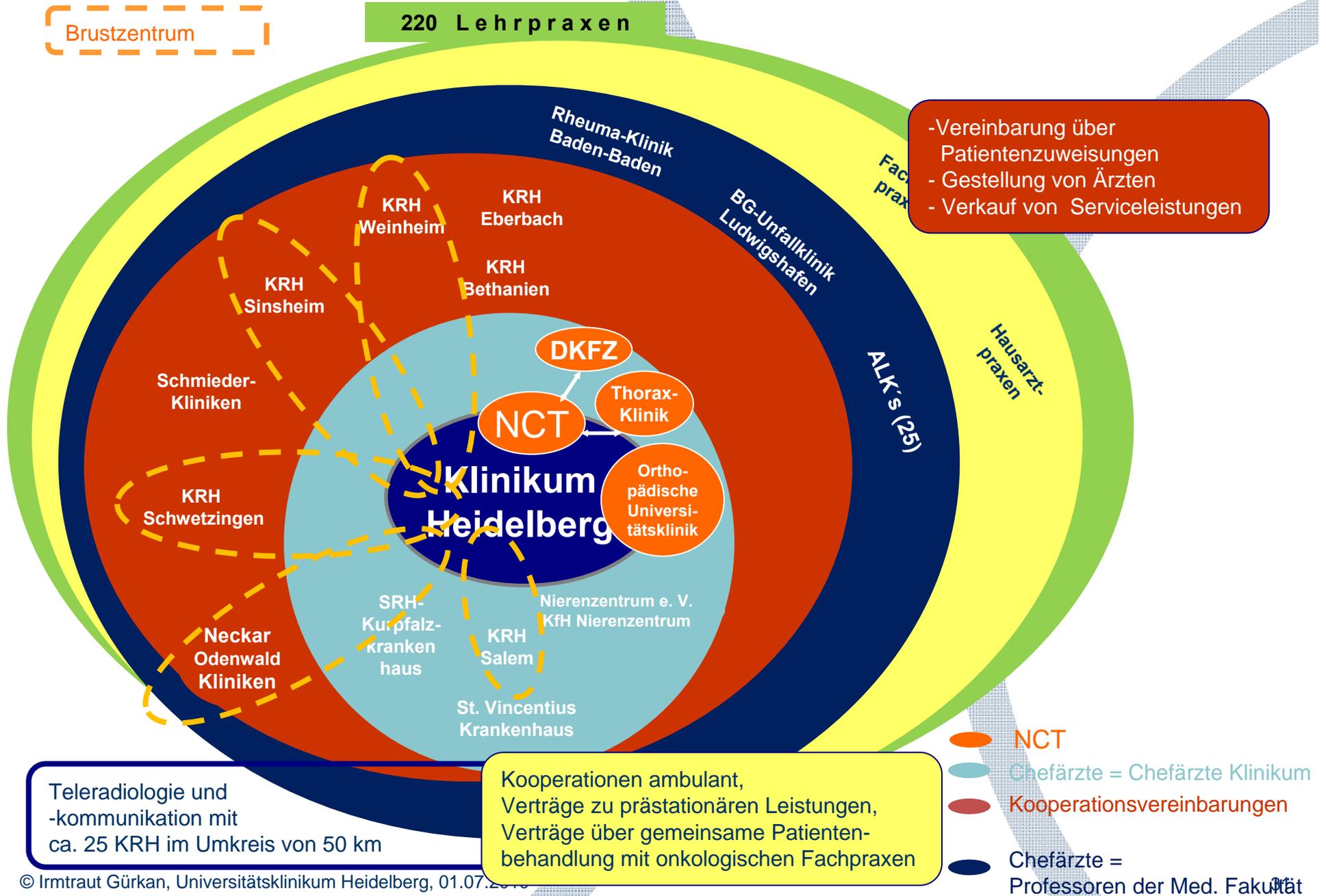
- Neubau Chirurgie (160 Mio. €, Finanzierung je zur Hälfte durch Klinikum und Land vorgesehen)



Wachstums- und Kooperationsstrategie

- Einweiserbindung durch Partnerschaften, Vertragsbeziehungen zur kooperativen Versorgung auch über Sektorengrenzen
- Übernahme/Beteiligungen in Regionen sofern keine kartellrechtlichen Beschränkungen
- Kein Verdrängungswettbewerb im ambulanten Bereich, aber Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in der Region (MVZ)
- Neue Geschäftsfelder im Einklang mit universitärem Auftrag und Unternehmensphilosophie
 - Second Opinion
 - Innovative Diagnostik und Therapien mit Alleinstellungsmerkmalen
 - International Office, Akquise im arabischen Raum, Russland
 - (Patente vermarkten)

Kooperationen mit anderen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten



Brustzentrum

220 Lehrpraxen

- Vereinbarung über Patientenzuweisungen
- Gestellung von Ärzten
- Verkauf von Serviceleistungen

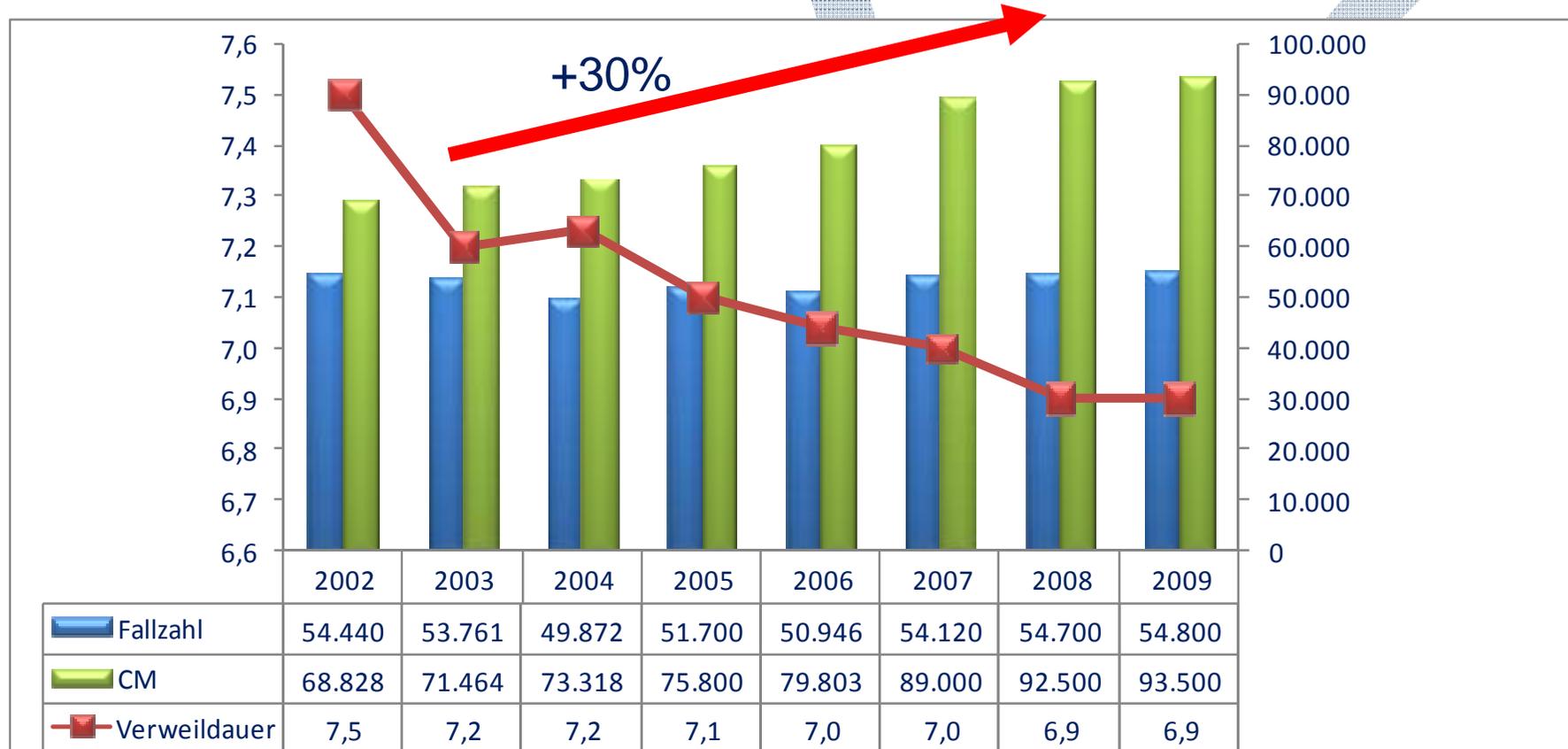
Teleradiologie und -kommunikation mit ca. 25 KRH im Umkreis von 50 km

Kooperationen ambulant, Verträge zu prästationären Leistungen, Verträge über gemeinsame Patientenbehandlung mit onkologischen Fachpraxen

- NCT
- Chefärzte = Chefärzte Klinikum
- Kooperationsvereinbarungen
- Chefärzte = Professoren der Med. Fakultät

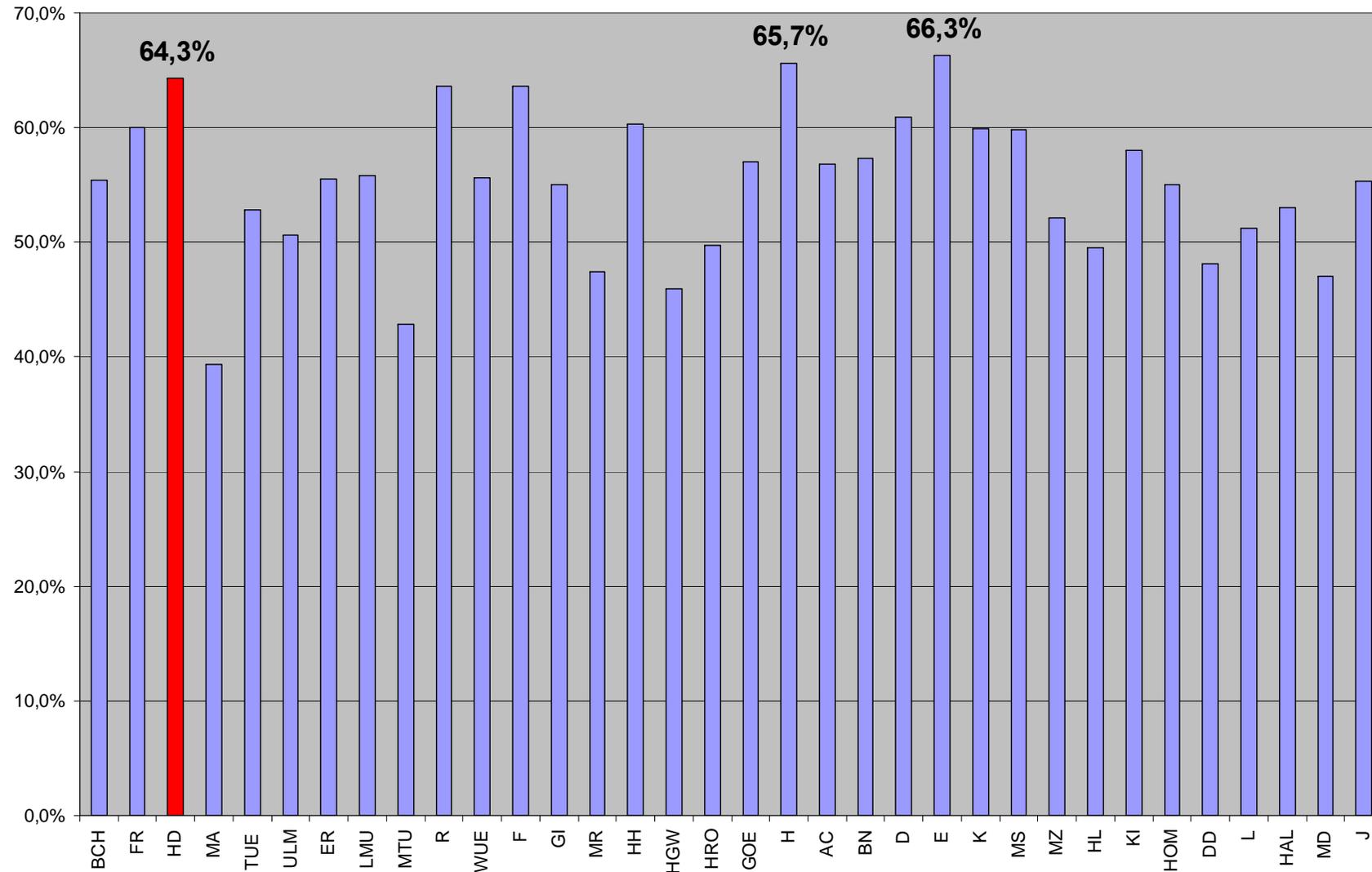


Leistungsentwicklung stationärer Bereich





Anteil Maximalversorgung am Umsatz in %





Exkurs: Finanzierungsproblematik der Hochleistungsmedizin

- Extremkostenfälle**
- Innovationen**



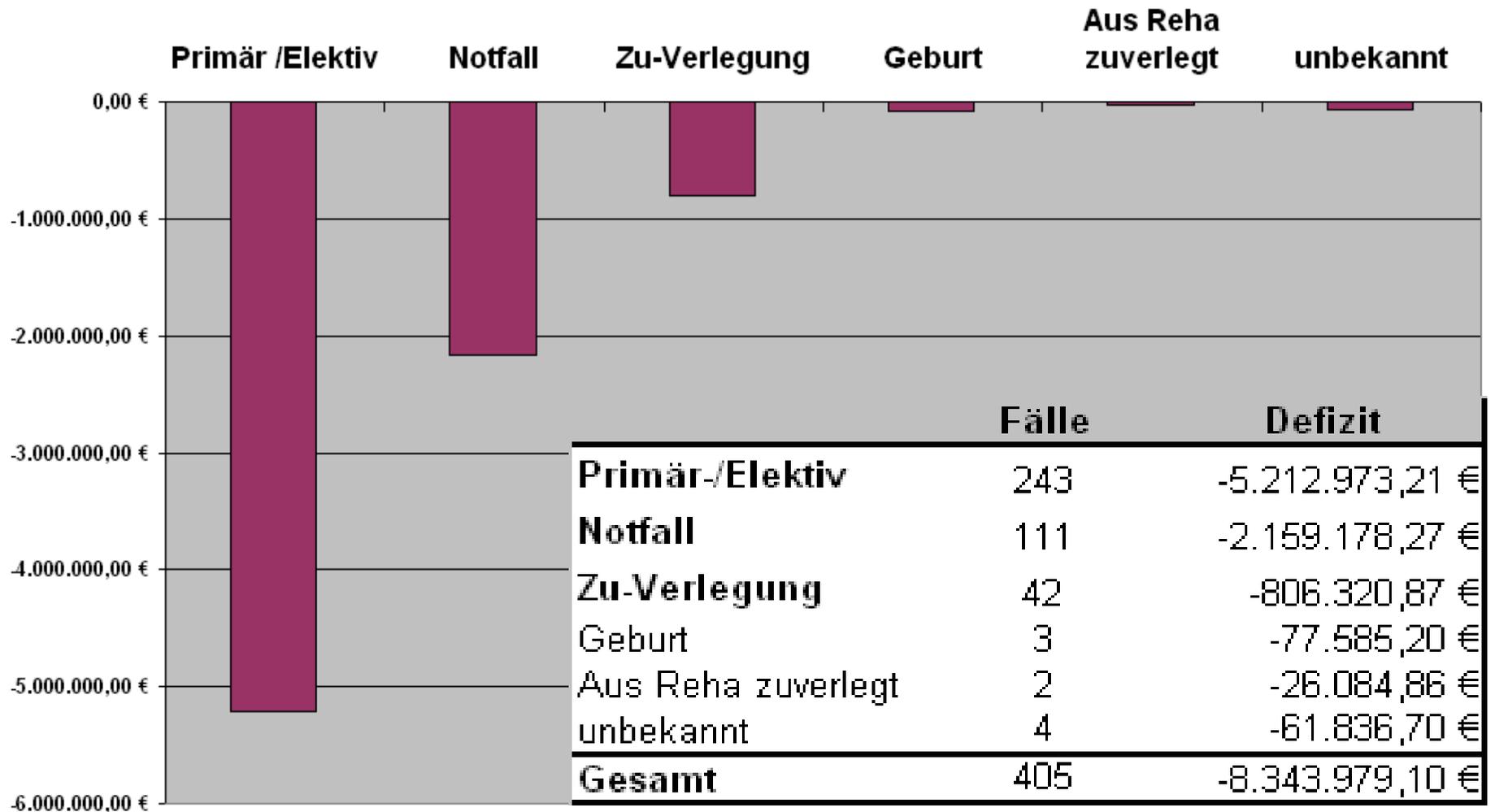
„Echte Extremkostenfälle“ Entwicklung der letzten 2 Jahre

	DRG System 09	DRG System 10
Fälle	525	404
Verlust	-10.710.903 €	-8.318.807 €
Gesamt	54.070	54.564
Fall Anteil Gesamt	1,0%	0,7%
mittlerer Fallverlust	-20.402 €	-20.591 €
Fall Anteil Extremkostenfälle	15%	12%
Anteil an Gesamt Verlust	55%	49%

Defizit mindestens doppelt so hoch wie Erlös
und mindestens 10.000 €



Wo kommen Hochkostenfälle her?





Beispiel innovative Hochleistungsmedizin: Minimalinvasive Operationen an den Herzklappen



Herzklappeneingriffe Universitätsklinikum Heidelberg

- Zunehmend Patienten > 80 Jahre
- Zunehmend Patienten mit komplexen Begleiterkrankungen
- Zunehmend Patientenkollektive an der Grenze zur Inoperabilität

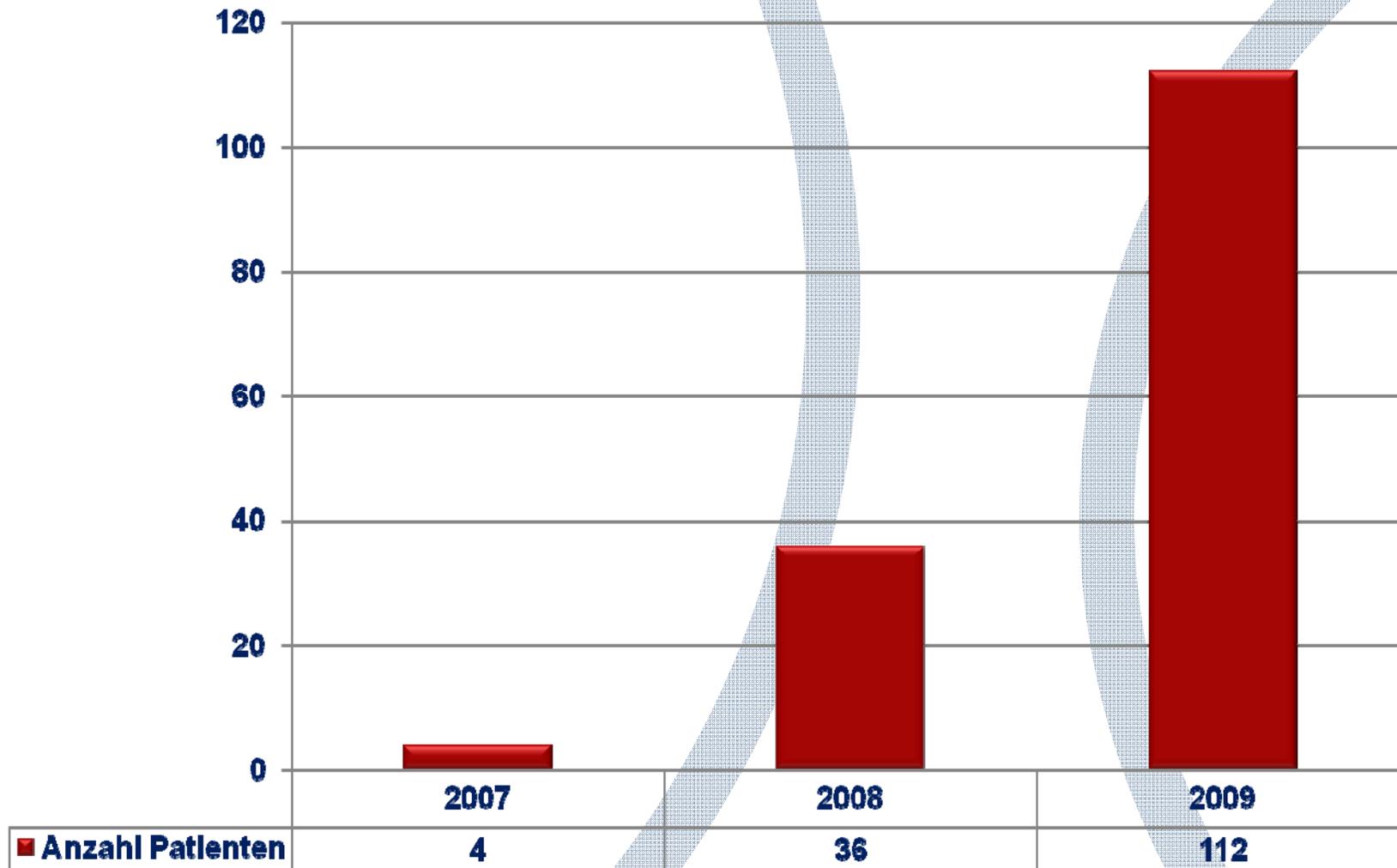


Neue innovative Verfahren Interventionelle Herzklappen

- Neues Verfahren bei dem ähnlich eines Herzkatheters die Herzklappe ohne größere Operation implantiert werden kann
- Indikation heute: inoperable Patienten
- Indikation morgen: Substitution der konventionellen Klappenchirurgie ?



Entwicklung minimalinvasive Operationen an den Herzklappen (Kardiologie + Herzchirurgie)





Finanzierungsstrategien innovativer Leistungen am Beispiel Minimalinvasiver HK

2007

Innovationsphase

Leistungen werden erstmals durchgeführt

Keine Vergütung!

Investition Klinikum!

2008

Implementierungsphase

Leistungen werden in größerer Zahl an Zentren durchgeführt

Vergütung als NUB Leistung (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode)

Risiko: Leistung und Preis muss mit Krankenkassen Verhandelt werden

2009

2010

Routinephase

Verfahren ist etabliert

Leistung im DRG-System abgebildet

Jedes Krankenhaus hat Refinanzierungs-Anspruch

Fester Preis (INEK)
DRG F98Z



Beispiel innovative Hochleistungsmedizin: Hepatozytentransplantation

- Leberzelltherapie bei Kindern mit Stoffwechselerkrankungen → Leberzellen sind nicht in der Lage bestimmte Enzyme zu produzieren
- Gabe von Leberzellen aus aufbereiteten Lebern, die nicht zur Organtransplantation geeignet waren
- Hochkomplexe Aufbereitung und Züchtung der Leberzellen erforderlich
- Zellsuspension muss käuflich erworben werden



Antrag Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

- Erstantrag 2007 → Status 1 (Anerkennung als NUB)
- Erneute Antragstellung 2008 → Status 1
- Erneute Antragstellung 2009 → Status 1
- Erneute Antragstellung 2010 → Status 1

- Mit den Krankenkassen konnte bisher keine Vereinbarung geschlossen werden, da laut Kassenseite Verfahren „nicht etabliert und experimentell sei“ → Was per se Kennzeichen eines neuen Verfahrens sein sollte!

- erfüllt alle vom Gesetzgeber vorgesehenen Kriterien für ein typisches Innovationsentgelt
 - Neu / Nur wenige Zentren (bisher nur UKL HD)
 - Keine Finanzierung im DRG System möglich



Kostenkalkulation

- Aufwand für Kind mit Enzymstörung
 - 60.000 € - 230.000 € pro Jahr
- Aufwand für Leberzelltherapie
 - Neugeborenes ca. 450.000 €
 - Älteres Kind ca. 900.000 €
- Alternativ Therapie: Lebertransplantation (70 – 80 T€)
 - Häufig jedoch nicht realisierbar (Wartezeit etc.)
- Problem Orphan Disease < 5/10.000 Erkrankungen pro Jahr (wenig Forschung durch Pharma)
- Seit 2006 keine Refinanzierung der Leistung und kein weiterer Markt durch restriktive Haltung der Krankenkassen → sinnvoll?



Auftrag / Selbstverständnis der Uniklinika

- Leistungen der Maximalversorgung
 - Betriebswirtschaftlich inzwischen tragfähig
- Innovative Verfahren
 - Betriebswirtschaftliche Sicht: attraktiv – riskant
„unternehmerische“ Entscheidung
im Sinne von Krankenversorgung +
Forschung
 - Volkswirtschaftliche Sicht: häufig additive Verfahren
befördern erweiterte Indikationen
teuer, da Behandlung schwerkranker
oder chronisch kranker Patienten



FAZIT

- Fakultäten und Universitätskliniken befinden sich in Forschung und Lehre ebenso im Wettbewerb um limitierte Mittel und Exzellenzpositionen wie in der Krankenversorgung
- Die **gemeinsame** strategische Ausrichtung von Fakultät und Klinikum, die Profilschärfung und Schwerpunktsetzung sind entscheidende Erfolgsfaktoren
- Transparenz und Leistungsbezug in der Mittelzuweisung in Forschung, Lehre und Krankenversorgung sind essentielle Voraussetzungen dabei



Vielen Dank für
Ihre
Aufmerksamkeit !