

Datum
02.03.2004

Auskunft erteilt
Frau Wenzel-Jankowski/otr

Zeichen
06-00 - 510 - 12/0

BERICHTSVORLAGE für

öffentliche Sitzung nichtöffentliche Sitzung

Nr.
11/130 Ge

Federführung
8/81

Beratungsfolge
Krankenhausausschüsse 3, 2
Krankenhausausschüsse 4, 1
Gesundheitsausschuss

Sitzungstermin
15.03.2004/16.03.2004
17.03.2004/18.03.2004
19.03.2004

Betreff

Aktuelle Situation und Weiterentwicklung der Rheinischen Kliniken
hier: Wirtschaftliche Perspektiven der Rheinischen Kliniken

Stichwort für Dokumentation

Rheinische Kliniken, wirtschaftliche Entwicklung, Budget, Erlös, Kosten

Bericht

In seiner Sitzung am 06.10.2003 hat der Gesundheitsausschuss die Verwaltung unter Bezugnahme auf die Aufträge aus den Krankenhausausschüssen um die Vorlage eines Konzepts zur Zukunftsentwicklung der Rheinischen Kliniken gebeten.

Während sich die in gleicher Sitzung ausgelegte Vorlage 11/132 Ge „Weiterentwicklung der psychiatrischen Krankenhausversorgung“ mit der fachlichen und konzeptionellen Weiterentwicklung der Rheinischen Kliniken beschäftigt, werden mit dieser Vorlage Ansatzpunkte und Maßnahmen für eine gesicherte wirtschaftliche Entwicklung der Rheinischen Kliniken vorgestellt.

I. Ausgangslage

Die Rheinischen Kliniken behandeln jährlich etwa **38.000 Patientinnen und Patienten, was bei einer vereinbarten Verweildauer für die Psychiatrie von ca. 28,5 Tagen 1.244.751 Berechnungstage** ergibt. Sie leisten damit einen entscheidenden Beitrag zur hochwertigen Gesundheitsversorgung im Rheinland. Gleichzeitig tragen die Rheinischen Kliniken als große Arbeitgeber zur Stärkung der regionalen Kaufkraft bei und sichern durch ihre Aufträge die Arbeitsplätze in der regionalen Wirtschaft.

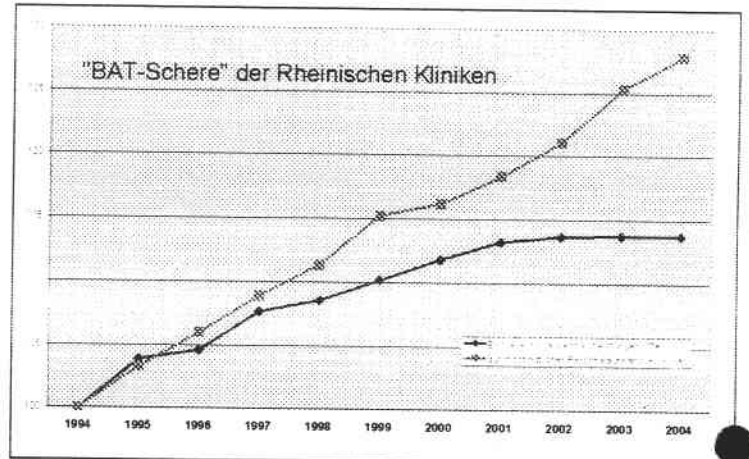
Die Anforderungen und Ansprüche an die Patientenversorgung steigen kontinuierlich an. Immer mehr Patientinnen und Patienten müssen in immer kürzeren Zeitabständen bei ständig wachsenden Qualitätsansprüchen behandelt werden. Im Gegensatz dazu werden die finanziellen Gestaltungsspielräume der Rheinischen Kliniken seit 1993 ganz entscheidend durch die Gesetzgebung zur Krankenhausfinanzierung bestimmt und damit eingeschränkt. Wesentliche Veränderungen aus den letzten Jahren sind

- der Wegfall des Selbstkostendeckungsprinzips,
- die Anbindung der Budgetsteigerungen an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die Grundlohnsummenentwicklung und
- die Einführung neuer bundeseinheitlicher Entgeltformen durch das Krankenhausentgeltgesetz.

Allein diese Entwicklung der letzten Jahre hat bereits zu der viel zitierten BAT-Schere geführt, die die stetig wachsende Differenz zwischen der linearen Erlösentwicklung einerseits und der linearen

Personalkostensteigerung andererseits symbolisiert. Durch Tarifabschlüsse verursachte Personalmehrkosten werden von den Kostenträgern nicht mehr oder nur noch unzureichend refinanziert.

Während im Jahr 2003 den Personalkostensteigerungen von mehr als 3 % zuzüglich der strukturellen Veränderungen aus dem Tarifvertrag immerhin noch die Möglichkeit einer Budgetsteigerung von bis zu 0,81 % für die psychiatrischen Krankenhäuser gegenüber gestanden hat, verschärft sich die Lage im Jahr 2004 noch einmal. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat die für die maximale Budgetsteigerung maßgebliche Veränderungsrate für das Jahr 2004 mit 0,02 % festgesetzt. Dem stehen Auswirkungen aus der Tarifierhöhung 2004 in Höhe von 1,8 % zuzüglich der strukturellen Auswirkungen aus dem Tarifvertrag sowie Sachkostensteigerungen von mindestens 1,7% gegenüber.



Erschwerend kommt hinzu, dass die Rheinischen Kliniken nach dem GKV-Modernisierungsgesetz – GMG und der dort vorgesehenen Regelungen zur Anschubfinanzierung integrierte Versorgung mit einem Pauschalabzug von bis zu 1 % des Krankenhausbudgets rechnen müssen. Unter Berücksichtigung der Personal- und Sachkostensteigerung sind daher Kostenbelastungen in einer Größenordnung von mindestens 4 % zu erwarten, die zu real weiter sinkenden Krankenhausbudgets auch im Jahr 2004 führen werden.

Dies bedeutet in der Konsequenz einen weiteren Personalabbau, auch beim therapeutischen Personal. Die Ausstattung der Rheinischen Kliniken mit therapeutischem Personal entspricht nicht mehr den Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung, sondern liegt deutlich darunter, in einigen Häusern bereits unter 80 % dieses Bedarfs. Dies bedeutet im Ergebnis, dass die durch die Psychiatrie-Personalverordnung ab dem Jahr 1990 deutlich verbesserte Personalmehrausstattung für die Psychiatrie nicht mehr finanziert werden kann.

Die Schiedsstellen Westfalen-Lippe und Rheinland haben in jüngsten Entscheidungen unter Berufung auf den Gesetzgeber diese Folge der Budgetierung ausdrücklich so bestätigt, in dem sie beide ausgeführt haben, dass „die Finanzierung des Personal-Altbestandes der Begrenzung durch die Budgetierung unterliegt“.

Eine Sonderauswertung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) für Nordrhein-Westfalen belegt die schwierige Situation in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern. Nach einer Auswertung aus dem Dezember 2002 wollen 88 % der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen Personal abbauen, um der Situation von Budgetdeckelung einerseits und massiven Kostensteigerungen/ Einnahmемinderungen andererseits zu begegnen.

Die Vorgaben des Bundessozialhilfegesetzes für die Budgetentwicklung sehen ebenfalls seit 1993 die Aufgabe des Selbstkostendeckungsgrundsatzes vor. Die darauf aufbauenden Beschlüsse der Pflegesatzkommission im Landschaftsverband Rheinland sind u. a. auf die Betriebsbereiche für soziale Rehabilitation in den Rheinischen Kliniken anzuwenden.

Zusätzlich zu diesen gesetzlichen Tatbeständen sind angesichts der schwierigen Haushaltslage des Landschaftsverbandes Rheinland als Träger der wie Eigenbetriebe geführten Kliniken beschränkende Vorgaben durch den Haushaltsbegleitbeschluss 2002 definiert.

In der Summe führen diese Rahmenbedingungen zu erheblichem finanziellen Druck, der dazu zwingt, alle Möglichkeiten zur Betriebsoptimierung und zur Erhöhung einer wirtschaftlichen Arbeitsweise zu nutzen.

II. Problemlösungsstrategien

Die Bewältigung der genannten sehr schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ist zunächst Auftrag der Betriebsleitungen. Sie haben alles in ihren Möglichkeiten stehende zu unternehmen, eine qualitativ gute Erfüllung des Versorgungs- bzw. Behandlungsauftrages unter Einbeziehung des medizinischen Fortschrittes wirtschaftlich erfolgreich zu gestalten.

Die Trägerverwaltung hat mit Vertretern der Rheinischen Kliniken in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe die gegenwärtige wirtschaftliche Situation der Rheinischen Kliniken analysiert und Handlungsoptionen zur Defizitvermeidung bzw. -reduzierung aufgrund der unter Ziffer I. dargestellten Kosten-Erlös-Schere entwickelt.

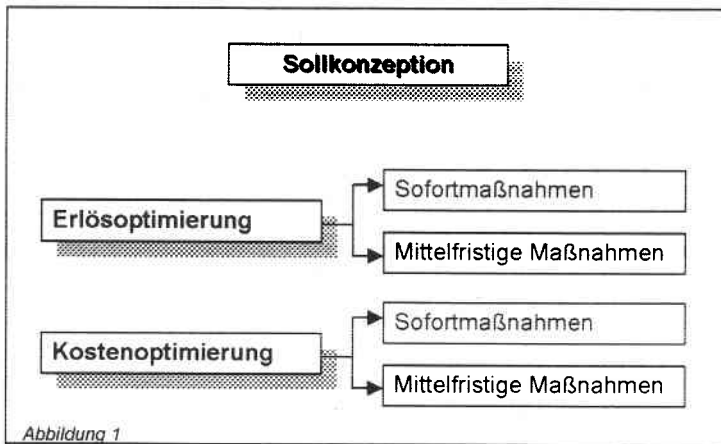


Abbildung 1

Da Verluste entstehen, wenn die Kosten höher sind als die zu erzielenden Erlöse, bestehen Steuerungsmöglichkeiten durch eine Erhöhung der Erlöse und/oder durch Senkung der Kosten.

Für eine erfolgreiche Fortführung der Rheinischen Kliniken in Eigenregie sind die Kosten und Erlöse derart anzupassen, dass Voraussetzungen für eine gesicherte Zukunft geschaffen werden (siehe Abbildung 1).

Da über ergriffene Sofortmaßnahmen mit der Vorlage 11/7 KrhA allg. und darüber

hinaus im Rahmen der Berichterstattung über die Quartalsergebnisse der Rheinischen Kliniken fortlaufend berichtet wird, werden nachfolgend nur die mittelfristigen Ansatzpunkte einer Erlös- und Kostenoptimierung dargestellt.

III. Erlösoptimierung

Ein wesentliches Handlungsziel ist die Verbesserung der Erlössituation der Rheinischen Kliniken. Der Steigerung der Erlöse des Krankenhauses sind durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen (Krankenhausplanung, Krankenhausfinanzierung) insgesamt relativ enge Grenzen gesetzt. Zudem sind Maßnahmen zur Verbesserung der Erlössituation in der Regel gleichzeitig mit steigendem Aufwand für die Leistungserbringung verbunden. Von daher kann eine reine Steigerung der Erlöse kein Selbstzweck sein, sondern muss in eine Unternehmensstrategie zur Verbesserung der Aufwand-Erlös-Relation eingebunden sein. Steigende Erlöse müssen mit gleichem oder unterproportional steigendem Aufwand verknüpft sein.

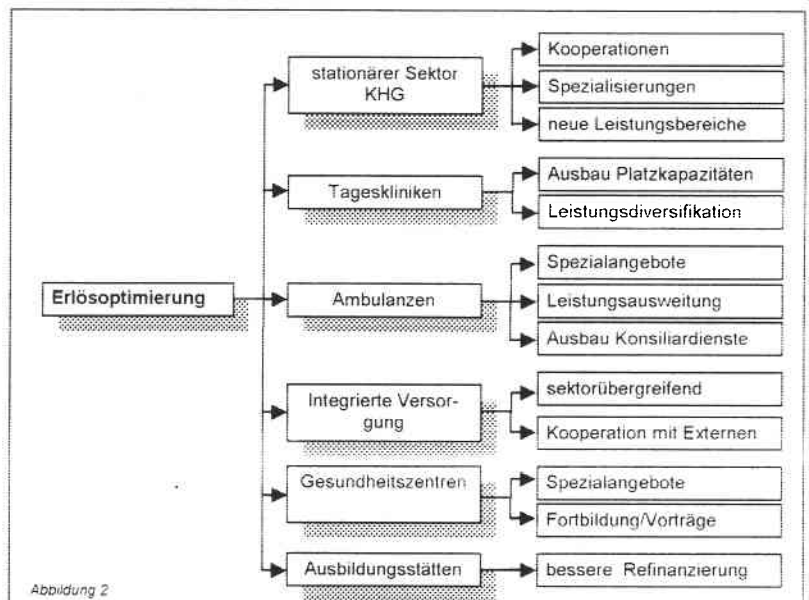


Abbildung 2

Die einzelnen Maßnahmen zur Verbesserung der Erlössituation sind in Abbildung 2 zusammenfassend dargestellt.

1. Erlösoptimierung im stationären Sektor

Echte Leistungsausweitungen können gegenüber den Kostenträger in aller Regel nur dann Budget erhöhend durchgesetzt werden, wenn es sich entweder um Leistungsausweitungen im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen mit anderen Leistungserbringern oder um neue Versorgungsangebote i. S. v. Spezialisierungen handelt.

1.1 Konkrete Kooperationsüberlegungen bestehen zurzeit in den Rheinischen Kliniken in Bedburg-Hau und Düsseldorf in Bezug auf die Sicherung der angestrebten Auslastung der neurologischen Fachabteilungen. Darüber hinaus sind die Rheinischen Kliniken aufgerufen, insbesondere auch vor dem Hintergrund der flächendeckenden DRG-Umsetzung in der Somatik im Jahr 2004 weitere Kooperationsmöglichkeiten mit somatischen Häusern auszuloten. Ansatzpunkte hierfür ergeben sich beispielsweise in der Geriatrie.

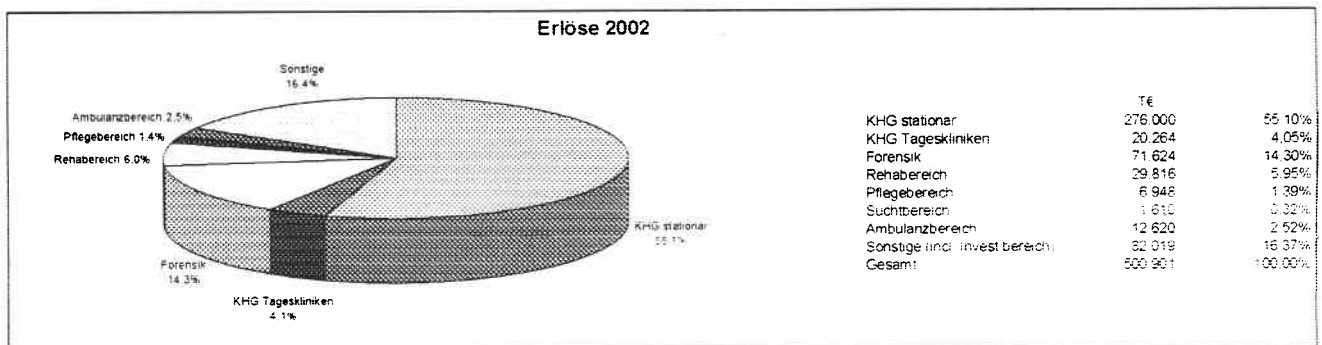
1.2 Echte Leistungsausweitungen i. S. v. Spezialisierung konnten in Einzelfällen in den letzten Jahren vereinbart werden, z. B. die Einrichtung von Spezialstationen zur qualifizierten Drogenentgiftung. Voraussichtlich wird in Kürze die geplante Einrichtung eines Spezialangebotes für Hörgeschädigte und Gehörlose erfolgreich verhandelt werden können.

Zurzeit prüfen die Rheinischen Kliniken weitere sinnvolle Spezialisierungen. Allerdings sind etwaigen Verhandlungsspielräumen durch die Krankenhausplanung des Landes enge Grenzen gesetzt. Der von Seiten des Landes verfolgte Grundsatz der Einstufigkeit der psychiatrischen Versorgung setzt der Ausbildung von weiteren Spezialangeboten entsprechend enge Grenzen.

1.3 Eine weitere denkbare Option ist die Schaffung neuer Leistungsbereiche außerhalb der GKV-Finanzierung. Dies sind insbesondere (stationäre und ambulante) Angebote zur Rehabilitation, wie sie etwa im Suchtbereich teilweise vorhanden sind. Die Rehabilitation bietet sich auch deshalb an, da unter dem gegenwärtigen und künftigen Druck der Kostenträger auf die Verweildauer traditionell im Krankenhaus erbrachte Rehabilitation kaum noch zu gewährleisten sein wird. Die Rehabilitation wäre dann besonders attraktiv, wenn sie die berufliche Rehabilitation zu Lasten der Rentenversicherung einschließen könnte. Neben der Erarbeitung entsprechender Rehabilitationskonzepte ist hier vor allem der Abschluss von Versorgungsverträgen mit den Rentenversicherungsträgern, wie z. B. LVA-Rheinprovinz oder BfA zu prüfen.

2. Erlösoptimierung im tagesklinischen Bereich

Das Budgetvolumen 2002 in den Tageskliniken der Rheinischen Kliniken betrug bei 534 Plätzen 20 Mio. Euro.



2.1 Das Tagesklinikprogramm des LVR sieht in den nächsten Jahren den Ausbau der Platzkapazitäten auf ca. 800 Plätze vor, was ungefähr einem 20%-igen Anteil der tagesklinischen Plätze an der KHG-Gesamtkapazität entspricht.

Der Aufbau neuer, dezentraler Tageskliniken bzw. voll- und teilstationärer Dependancen führt nicht automatisch zu einer Anhebung der Budgets. Die Kostenträger erzwingen in der Mehrzahl der Fälle eine betten- und budgetneutrale Umsetzung in der Weise, dass teilstationäre Angebote außerhalb des Stammhauses am Hauptstandort durch entsprechende Reduzierungen refinanziert werden sollen.

Eine echte Leistungsausweitung konnte beispielsweise mit der Einrichtung einer Tagesklinik für psychotherapeutische Medizin an den Rheinischen Kliniken Essen erreicht werden. Nach vorsichtiger Schätzung kann daher allenfalls bei ca. 30 - 40 % der noch zu schaffenden tagesklinischen Platzkapazitäten von einer echten Budgetausweitung ausgegangen werden. Dies könnte innerhalb der nächsten 5 - 10 Jahre bei entsprechender Investitionsförderung durch das Land zu zusätzlichen Erlösen von bis zu 3,2 Mio. Euro führen.

2.2 Zur allgemeinen Attraktivitätssteigerung des Angebotes soll die Leistungsdiversifikation in den Bereichen Sucht, Geronto, etc. an allen Standorten vorangetrieben werden.

3. Erlösoptimierung im ambulanten Bereich

3.1 Möglichkeiten zur Erlösoptimierung im ambulanten Bereich bestehen in der Schaffung von Spezialangeboten, wie z. B. Opferschutz/Traumaambulanzen, der Schaffung von Angeboten zur Methadonsubstitution, etc.. Daneben ist auch im ambulanten Sektor je nach Standort eine weitere Diversifikation der Institutsambulanzen in die Bereiche Allgemeinpsychiatrie, Geronto, Sucht, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie erforderlich.

3.2 Der Anteil der Erlöse der psychiatrischen Institutsambulanzen an den KHG-Erlösen der Rheinischen Kliniken variierte im Jahr 2002 zwischen 2,6 und 4,9 Prozent. Das herausragende Ergebnis von 13,21 % in den Rheinischen Kliniken Essen resultiert u. a. aus der funktionalen Einbindung in das Universitätsklinikum sowie der bereits vorgenommenen Diversifikation des Leistungsangebots und der dort betriebenen relativ großen Methadonambulanz. Deren Konzeption ist aufgrund des Behandlungsschwerpunkts der Essener Klinik im Suchtbereich nur beschränkt auf die übrigen Kliniken zu übertragen.

	Erlöse in T€	Anteil an Erlösen KHG in %
Bedburg-Hau	1.353	4,93%
Bonn	2.735	4,57%
Düren	763	2,62%
Düsseldorf	1.206	2,93%
Essen	2.696	13,21% *
Köln	1.002	3,02%
Langenfeld	1.181	4,16%
Mönchengladbach	287	3,32%
Viersen	1.280	4,27%
insgesamt	12.503	4,49%

Monetär erlösten die Rheinischen Kliniken durch ambulante Leistungen im Jahr 2002 zwischen 2.735 T€ und 117 T€ (vgl. Schaubild), was insgesamt einen Betrag von rd. 12,5 Mio € ergab.

Die zu verzeichnenden Varianzen zwischen den Rheinischen Kliniken verweisen darauf, dass im ambulanten Bereich noch Leistungssteigerungen möglich sind, zumal durch die Kostenträger bislang noch keine beschränkenden Vorgaben (z. B. Fallzahlbegrenzungen) gemacht werden.

Es wird daher über alle Rheinischen Kliniken eine Steigerung der Ambulanzerlöse auf 5 bis 7 % vom KHG-Budget angestrebt. Dies würde zusätzliche Erlöse in der Größenordnung von bis zu ca. 2 Mio € bedeuten.

* siehe Erläuterung im Text

3.3. Weitere Möglichkeiten zur Erlösoptimierung stellt der Ausbau der Konsiliar- und Liaisondienste dar. Angestrebt wird hier, über die psychiatrischen Institutsambulanzen sog. Institutskonsiliarverträge mit interessierten Krankenhäusern abzuschließen. Beispielsweise planen die Rheinischen Kliniken Bedburg-Hau mit dem St. Antonius Hospital in Kleve den Abschluss einer solchen Institutskonsiliarvertrages. Gegenstand des Vertrages wird die Erbringung von psychiatrischen Konsilen für Tumorpatienten des St. Antonius Hospitals sein.

4. Erlösoptimierung im Rahmen von Modellen zur Integrierten Versorgung

4.1 Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde die sog. Integrierte Versorgung eingeführt. Damit wurde angestrebt, die Abschottung zwischen den Versorgungssektoren (ambulant, stationär, Rehabilitation) zu überwinden. Ziele sind die Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und eine bessere Behandlungsqualität durch die bessere Koordination der einzelnen Behandlungskomponenten. Integrierte Versorgung ist immer dann besonders wünschenswert, wenn im Krankheitsverlauf Leistungen aus allen drei Sektoren medizinisch notwendig sind, z. B. je mehr der Krankheitsverlauf zu Chronifizierungen und Rezidiven neigt. Insoweit ist die Psychiatrie daher besonders prädestiniert für Modelle zur integrierten Versorgung.

Im zum 01.01.2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz wurden die Regelungen zum Verfahren vereinfacht. Z. B. wurde insbesondere die Initiative allein der einzelnen Krankenkasse übertragen, das Erfordernis einer Zulassung oder Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung sowie Rahmenvereinbarungen der Bundesebene sind entfallen.

Wenn das Krankenhaus an einer integrierten Versorgungsform mitwirkt, kann es die unter Ziffer I beschriebene 1%-ige Einbuße ausgleichen und darüber hinausgehende Erlöse erzielen. Dies bedeutet für die Rheinischen Kliniken, dass mindestens 2,7 Mio. Euro über integrierte Versorgungsformen erzielt werden müssen, um die 1%-ige Budgetreduzierung ausgleichen zu können. Zurzeit sind alle Rheinischen Kliniken damit beauftragt, mit Unterstützung des Trägers Konzepte zur integrierten Versorgung zu entwickeln. Eine gemeinsame Arbeitsgruppe von Träger und Kliniken soll die von den Rheinischen Kliniken vorgelegten einzelnen Konzepte koordinieren sowie die Verhandlungen mit den Krankenkassen über die Finanzierung dieser Modelle vorbereiten. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Vorlage Nr. 11/132 Ge „Weiterentwicklung der psychiatrischen Krankenhausversorgung“ verwiesen.

5. Institute für Gesundheitsförderung

5.1 Weiteres Handlungsfeld unter dem Aspekt der Rheinischen Kliniken als „regionales Kompetenzzentrum Psychiatrie“ ist die Prüfung der Entwicklung von Spezialangeboten in den Bereichen Beratung, Fortbildung, Vortragstätigkeit zu psychiatrischen Themen rund um die eigentliche Krankenhausbehandlung. Hier gibt es zahlreiche Beispiele für Aktivitäten somatischer Kliniken, deren Übertragbarkeit auf psychiatrische Krankenhäuser zurzeit geprüft wird.

6. Ausbildungsstätten

6.1 Die Ausbildungsstätten der Rheinischen Kliniken (Krankenpflegeschulen) verursachen Kosten von ca. 2,3 Mio. Euro jährlich. Im Zuge der Umstellung der Ausbildungsfinanzierung ab dem Jahr 2005 wird von der Trägerverwaltung eine bessere Finanzierung angestrebt.

IV. Kostenoptimierung

Die Ansatzpunkte zu einer Kostenoptimierung sind in der Abbildung 3 im Überblick dargestellt:

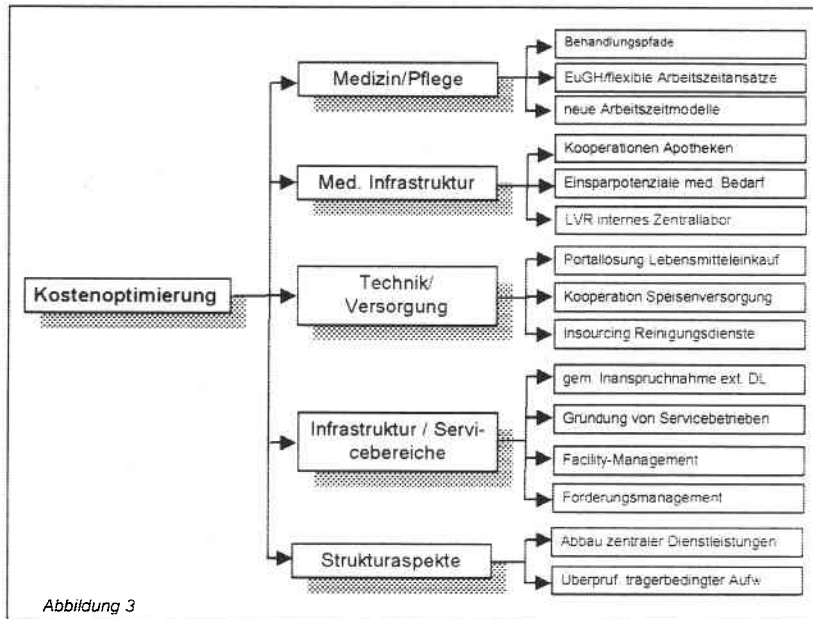
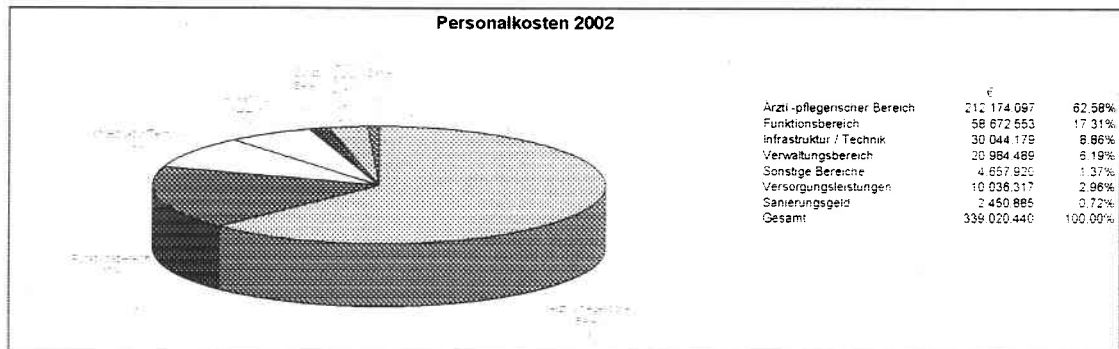


Abbildung 3

1. Medizin/ Pflege

Größter Kostenblock sind die Ausgaben für Personal. Im Jahr 2002 entfielen 63% (= 212 Mio€) der Gesamtausgaben für Personal auf den Ärztl.-pflegerischen Bereich.



Aufgrund der beschriebenen rechtlichen Vorgaben sowie der tariflichen Mehrbelastungen ist davon auszugehen, dass auch in den nächsten Jahren ein weiterer Personalabbau auch in den Psych-PV-Berufsgruppen im medizinisch-pflegerischen Bereich unvermeidlich bleibt. Es ist daher unumgänglich, auch die Behandlungsprozesse selbst unter Einhaltung zeitgemäßer Qualitätsziele einer Überprüfung mit dem Ziel der Optimierung zu unterziehen. Die Entwicklung des Qualitätsmanagementsystems nach EFQM und die Einführung des Krankenhausinformationssystems KIS eröffnen hierzu die entsprechenden Optionen.

1.1. Behandlungspfade

Die mittel- und langfristige Kostenoptimierung betrifft die Entwicklung und Einführung einheitlicher Behandlungspfade und -standards, um einen effizienten, an das Leistungsvolumen angepassten Ressourceneinsatz zu erreichen. Es ist zu überprüfen, inwieweit die Prozesse besser aufeinander

abgestimmt, optimiert und transparent gemacht werden können. Ebenso ist die transparente und klare Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen zu überprüfen und zu optimieren.

1.2. Neue Arbeitszeitmodelle

Unmittelbar mit der Reorganisation der Behandlungsabläufe hängt die organisatorische und zeitliche Neuplanung des Personaleinsatzes nach der Psych-PV zusammen. Vorsichtige Schätzungen gehen davon aus, dass alleine bei den Schichtdienst führenden Berufsgruppen je nach Dienstmodell deutliche Einsparungen beim Personaleinsatz erreicht werden könnten. Zur Zeit prüfen die Rheinischen Kliniken auch vor dem Hintergrund der EuGH-Rechtsprechung die Möglichkeiten der Implementierung neuer Arbeitszeitmodelle.

Bei dem Nachweis entsprechender Vereinbarungen mit der Personalvertretung, die zudem den Anforderungen des EuGH an die Arbeitszeitschutzrichtlinie entsprechen, können gegenüber den Kostenträgern bis zu 0,2 % der Budgetsumme geltend gemacht werden, was über alle Rheinischen Kliniken ca. 500 T€ zusätzliche Erlöse pro Jahr bedeuten würde.

2. Medizinische Infrastruktur

Im Rahmen der medizinischen Infrastruktur prüfen die Rheinischen Kliniken zur Zeit den Ausbau der vorhandenen Kooperationen in der Arzneimittelversorgung. Weitere Prüffelder sind der Abschluss von Rahmenverträgen für Apotheken sowie die Vereinheitlichung der Arzneimittellisten.

Ein weiteres Handlungsfeld ist die Identifikation von Einsparpotentialen beim medizinischen Bedarf durch die Nutzung des elektronischen Einkaufsportals, die Intensivierung des Abschlusses von Rahmenverträgen sowie die Prüfung weiterer Kooperationsmöglichkeiten mit internen wie externen Partnern.

Mit der Vorlage 11/ 256 KrhA 2 wurde über die Neuordnung der Laborversorgung in den Rheinischen Kliniken berichtet. Durch die Reduzierung von ursprünglich sechs auf zukünftig drei Laborstandorte in Viersen, Bedburg-Hau und Düsseldorf sollen nachhaltige und deutliche Kostensenkungen bei der Erbringung der Laborleistungen erreicht werden. Seit dem 01.01.2004 ist die erste Stufe dieser Kooperationslösung mit der Versorgung der Rheinischen Kliniken Köln durch das Labor der Rheinischen Kliniken Düsseldorf umgesetzt worden. Die im Laufe des Jahres 2004 geplante weitere Versorgung der Rheinischen Kliniken Essen und Bonn durch das Labor in Düsseldorf wird jährliche Einsparungen von insgesamt rd. 850 T€ zur Folge haben.

3. Technik / Versorgung

3.1. Portallösung für Lebensmitteleinkauf

Im Rahmen der Neugestaltung des Lebensmitteleinkaufs ist die Umstrukturierung des Beschaffungswesens durch klinikübergreifende Sammelausschreibungen, um im Verbund günstigere Einkaufsmöglichkeiten zu erschließen, weitestgehend abgeschlossen worden. Darüber hinaus ist die Möglichkeit geschaffen worden, Lebensmittel über ein Einkaufsportal in Zusammenarbeit mit einem Systemlieferanten zu beschaffen.

Die Vorteile des Einkaufsportals liegen in einer drastischen Reduktion der Anzahl von Bestellungen und Lieferungen, Entlastung des Personals durch Reduktion der Prozesse, reduzierter Kapitalbindung durch reduzierte Lagerhaltung, etc. Die Auswertung des finanziellen Einsparvolumens kann frühestens Ende 2004 erfolgen.

3.2. Speisenversorgung

Eine erste Untersuchung der Kooperationsmöglichkeiten im Bereich Speisenversorgung der Rheinischen Kliniken Bedburg-Hau, Mönchengladbach und Standort Viersen ist erfolgt. Ein kooperativer Verbund am Standort Viersen wird hier zu eindeutigen Kostenvorteilen führen, indem ein Küchenbetrieb in Viersen die Verpflegungsleistungen des anderen Betriebes vor Ort übernimmt und dadurch zusätzliche Deckungsbeiträge erwirtschaftet. Es ist von einem Einsparpotential von ca. 160 T€ pro Jahr auszugehen bei einer einmaligen Investition von 50 T€.

Neben der Prüfung von weiteren Kooperationen werden zur Zeit eine Reihe von weiteren Empfehlungen geprüft wie z. B. vereinheitlichte Verpflegungsprogramme, einheitliche Festlegungen von Abgabemengen, festgeschriebene Rezepturen, Verringerung der Anzahl einzukaufender Lebensmittel, um nur einige zu nennen.

3.3. Insourcing der Reinigungsdienste

Für die patientenferneren Leistungsbereiche der Rheinischen Kliniken wie z. B. die Reinigungsdienste wird zur Zeit geprüft, diese Leistungen durch eine Servicegesellschaft wie die RVBG erbringen zu lassen. Mit diesem sog. internen Outsourcing könnten derzeit fremd vergebene Leistungen wieder in eine Tochtergesellschaft des LVR zurück geholt werden mit der Folge einer entsprechenden Umsatzsteuerersparnis von bis zu 700 T€ pro Jahr auf Seiten der Kliniken.

4. Infrastruktur / Servicebereiche

In den Infrastruktur- und Verwaltungsbereichen fielen im Jahr 2002 Personalkosten in Höhe von 51 Mio € und Sachkosten in Höhe von 105 Mio € an.

Zur Reduzierung im Sachkostenbereich werden vorhandene Kooperationen auf ihre Wirtschaftlichkeit hin überprüft sowie neue Kooperationsmöglichkeiten innerhalb des Klinikverbundes gesucht, wie z. B. die gemeinsame Inanspruchnahme von Dienstleistungen bei der Fensterreinigung.

Mit der Vorlage 11/ 634 LA hat die Verwaltung die Zusammenlegung der Infrastruktur der Rheinischen Kliniken Viersen, der Rheinischen Kliniken für Orthopädie Viersen sowie des Heilpädagogischen Heims Viersen in den Servicebetrieb Viersen vorgeschlagen. Der Landschaftsausschuss hat diesem Vorschlag am 12.12.2003 zugestimmt. Die Verwaltung geht davon aus, dass mit dieser Zusammenlegung dauerhaft acht Leitungsstellen eingespart werden können und darüber hinaus langfristig zusätzlich 5 % der weiteren Personalkosten eingespart werden können.

Die Verwaltung wird andere Standorte auf ähnliche Optimierungspotentiale hin überprüfen. Langfristig wird hier ein Veränderungspotential von ca. 5 Mio € gesehen.

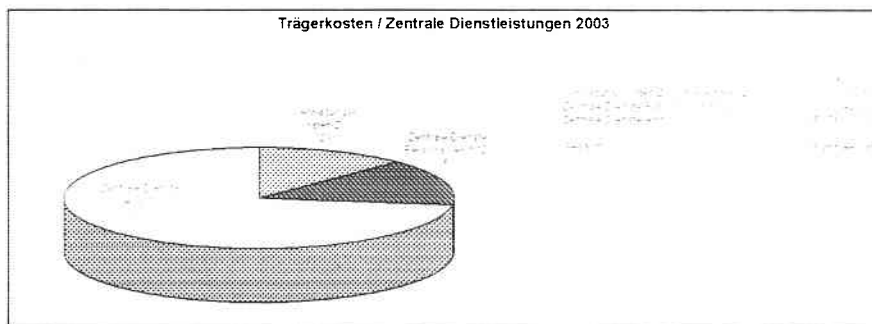
Zu prüfen ist des weiteren eine Optimierung der Prozesse in der Gebäudewirtschaft mit den Bereichen Instandhaltung, Immobilienverwaltung, etc. Neben einer trägerinternen Lösung wäre hier ebenfalls die Übertragung von Facility-Management-Funktionen auf externe oder interne Gesellschaften wie z. B. die RVBG denkbar.

Ein weiteres Prüffeld ist die Optimierung des Forderungsmanagements zur Reduzierung von Außenständen in den Rheinischen Kliniken. Durch einen flächendeckenden Einsatz des Krankenhausinformationssystems KIS könnte eine deutliche Reduzierung des Forderungsausfalles erreicht werden. Ein entsprechendes Einsparpotential könnte bis zu 1,4 Mio€ pro Jahr betragen.

5. Strukturaspekte

5.1. Zentrale Dienstleistungen

Die Rheinischen Kliniken werden mit Kosten der Trägerverwaltung in Höhe von ca. 6,9 Mio € pro Jahr belastet (s. Vorlage 11/131 Ge „Aufwandsanalyse bezogen auf die Serviceleistungen und sonstigen trägerbedingten Kosten“). In Anbetracht dieser finanziellen Größenordnung prüfen die Rheinischen Kliniken gemeinsam mit der Trägerverwaltung die Möglichkeiten einer Reduzierung der Aufwendungen für zentrale



Dienstleistungen durch die Verbesserung von Schnittstellen und die Vermeidung von Doppelarbeiten. Eine Einsparung von 200 T€ pro Jahr wird angestrebt.

5.2. Sonstige Strukturbedingte Kostenfaktoren

Neben den abgerechneten Kosten für die zentralen Dienstleistungen ergeben sich weitere strukturbedingte Kostenfaktoren insbesondere aus der Rechtsform der Rheinischen Kliniken und aus der öffentlichen Trägerschaft (wie z. B. Kosten der Zusatzversorgung, Kosten des BAT, Pensionslasten). Wegen der weiteren Einzelheiten hierzu wird auf die in gleicher Sitzung ausgelegte Vorlage 11/131 Ge „Aufwandsanalyse bezogen auf die Serviceleistungen und sonstigen trägerbedingten Kosten“ verwiesen, in der diese Kostenfaktoren und ihre aktuelle Verteilung auf die Kliniken und den Träger ausführlich dargestellt sind.

V. Weiteres Verfahren

Die Verwaltung wird über die Zwischenergebnisse der angekündigten Prüfungen und die weiteren Umsetzungsschritte der vorgestellten Maßnahmen regelmäßig berichten.

In Vertretung

K U K L A