

**Vierundzwanzigster
Zusammenfassender Bericht
„Gesundheitswesen - Kliniken“**

Impressum

Herausgeber:	Prof. Dr. Manfred Eibelshäuser Präsident des Hessischen Rechnungshofs • Überörtliche Prüfung kommunaler Körperschaften • Eschollbrücker Straße 27 64295 Darmstadt uepkk@rechnungshof.hessen.de www.rechnungshof-hessen.de
Satz:	Eigensatz
Druck:	Ph. Reinheimer GmbH, Gagernstraße 7- 9, 64283 Darmstadt
Auslieferung:	Der Präsident des Hessischen Rechnungshofs • Überörtliche Prüfung kommunaler Körperschaften • und Kanzlei des Hessischen Landtags, Postfach 3240, 65022 Wiesbaden
Auflage:	1.400
Landtagsdrucksache	18/7105

Vorwort

Im Mittelpunkt der 168. Vergleichenden Prüfung „Gesundheitswesen-Kliniken“ stand die Frage, ob die Kommunen als Krankenhausträger künftig ihrem Versorgungsauftrag gerecht werden können ohne dauerhaft hohe Zuschüsse leisten zu müssen. Um diese Frage zu beantworten, wurden das medizinische Leistungsgeschehen, die bauliche und technische Infrastruktur, die Medizintechnik sowie die Betätigung der kommunalen Eigentümer in den Krankenhausgremien betrachtet.

Hohe Defizite vieler kommunaler Krankenhäuser hatten hohe Unterstützungsleistungen ihrer Träger zur Folge. Angesichts der angespannten Haushaltslage überfordert dies viele Trägerkommunen. Solange die Träger für Defizite ihrer Krankenhäuser einzustehen haben, wird eine Neigung zu weiteren Privatisierungen bestehen. Dies wäre einem ausgewogenen Verhältnis von öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Trägern abträglich.

Der Bericht zeigt, dass eine verbesserte qualitative Versorgung der Bevölkerung durch öffentliche Krankenhäuser möglich ist – und zwar ohne dauerhafte wirtschaftliche Verluste. Wenn es in der Praxis gelingt, Formen der regionalen Zusammenarbeit über den eigenen „Kirchturm“ hinaus zu entwickeln, dann werden die Haushalte der Kommunen entlastet. Dies stärkt die kommunale Selbstverwaltung. Wie die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, besteht erheblicher Handlungsbedarf.

Ziel künftiger Planungen sollte sein, das medizinische Leistungsangebot – vor allem in der Rhein-Main-Region – abzustimmen und zu bündeln. Kommunale Krankenhäuser dürfen sich nicht mehr als Wettbewerber gegenüberstehen. Vielmehr ist erforderlich, dass alle Beteiligten einen Beitrag leisten und gemeinsam konstruktiv zusammenwirken. Aus neutraler Sicht liefert die Überörtliche Prüfung eine fundierte Datenbasis für die Entscheidungsträger in den Kommunen, in deren Krankenhäusern und in der Landespolitik. Sie gibt damit wichtige Denkanstöße hinsichtlich der Zukunftsfähigkeit des kommunalen Krankenhauswesens in Hessen.

Mein Dank gilt den geprüften Kommunen und ihren Krankenhäusern, dem mit der Prüfung beauftragten interdisziplinären Expertenteam unter der Leitung von Prof. Dr. med. Claus Bartels sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung „Überörtliche Prüfung kommunaler Körperschaften“. Alle Beteiligten haben sehr hohes Engagement gezeigt.

Darmstadt, im Mai 2013



Prof. Dr. Manfred Eibelshäuser
Präsident des Hessischen Rechnungshofs

INHALTSVERZEICHNIS

Impressum	II
Vorwort	III
INHALTSVERZEICHNIS	IV
ANSICHTENVERZEICHNIS	V
Redaktionelle Hinweise	VI
1. Geprüfte Körperschaften	1
2. Informationsstand und Prüfungsbeauftragter	2
3. Leitsätze	2
4. Prüfungsvolumen	6
5. Überblick	6
5.1 Vorbemerkung	6
5.2 Das deutsche DRG-System	7
5.3 Krankenhauslandschaft in Hessen	9
6. Klinikbezogene Feststellungen	11
6.1 Methodik	11
6.2 Leistungsstruktur der Krankenhäuser und ihre Entwicklung	12
6.3 Hygiene	24
6.4 Kapazitätsperspektive	25
6.5 Umfeldanalyse nach regionalen Gegebenheiten	26
6.6 Ertrags- und Aufwandsanalyse	27
6.7 Maßnahmen zur Steuerung und Kontrolle	32
6.8 Bauliche und technische Infrastruktur	37
6.9 Medizintechnik	53
7. Trägerbezogene Feststellungen	56
7.1 Haushaltslage der kommunalen Klinikträger	56
7.2 Steuerung und Kontrolle der Krankenhäuser	60
8. Ausblick	69
ANHANG	73
9. Methodik	75
10. Leistungsstruktur der Krankenhäuser	78
11. Glossar	86
12. Abkürzungsverzeichnis	88
13. Gesetz zur Regelung der überörtlichen Prüfung kommunaler Körperschaften in Hessen (ÜPKKG)	89
14. Prüfungsbeauftragte	91
15. Abteilung Überörtliche Prüfung kommunaler Körperschaften	92

ANSICHTENVERZEICHNIS

Ansicht 1: Lage der Körperschaften „Gesundheitswesen – Kliniken“ mit ihren einbezogenen Krankenhäusern.....	1
Ansicht 2: Verweildauer und DRG-Erlös.....	8
Ansicht 3: Hessische Krankenhauslandschaft in den Jahren 2005 bis 2011.....	9
Ansicht 4: Verteilung der Krankenhausbetten nach Trägerschaft in Hessen im bundesweiten Vergleich 2011.....	9
Ansicht 5: Struktur der Krankenhäuser im Jahr 2011.	12
Ansicht 6: Case Mix-Punkte und CMI mit Prä-MDC der Vergleichshäuser 2011.....	12
Ansicht 7: Veränderung der Case Mix-Punkte je Krankenhaus im Jahr 2011 gegenüber 2009.....	13
Ansicht 8: Case Mix-Veränderung mit Prä-MDC der Krankenhäuser differenziert nach fallzahl- und CMI-induzierten Anteilen von 2009 bis 2011.	14
Ansicht 9: Case Mix-Punkte und Case Mix-Index nach MDC 2011.	16
Ansicht 10: Verteilung der Case Mix-Anteile auf die MDC 2011.....	17
Ansicht 11: Case Mix-Veränderung differenziert nach fallzahl- und CMI-induzierten Anteilen auf Basis von MDC (2009 bis 2011).....	18
Ansicht 12: Beispiel Box- und Whisker-Plot.	19
Ansicht 13: Box- und Whisker-Plot Case Mix nach MDC (Krankenhaus 4 im Vergleich).....	20
Ansicht 14: Box- und Whisker-Plot Case Mix nach MDC (Krankenhaus 5 im Vergleich).....	21
Ansicht 15: Ausgewählte klinische Leistungsgruppen nach Fallzahl 2011.....	23
Ansicht 16: Ausgangsparameter 2010 für eine Kapazitätsperspektive.	25
Ansicht 17: Kapazitätsperspektive.	26
Ansicht 18: Übersicht der Erträge und Aufwendungen 2009 bis 2011.....	27
Ansicht 19: Personal- und Sachaufwendungen 2009 bis 2011.....	28
Ansicht 20: Ausgewählte Ertrags- und Aufwandspositionen im Vergleich (in € pro Case Mix-Punkt).....	29
Ansicht 21: Ausgewählte Ertrags- und Aufwandspositionen nach Bereichen vor Umlagen 2011.....	31
Ansicht 22: Übersicht Risikomanagementsysteme der Kliniken.	33
Ansicht 23: Ausgestaltung der Internen Revision.....	36
Ansicht 24: Kennwerte der großen und kleinen Krankenhäuser.	39
Ansicht 25: Investitionen der großen Krankenhäuser.	40
Ansicht 26: Investitionen der kleinen Krankenhäuser.....	41
Ansicht 27: Instandhaltungen der großen Krankenhäuser.	43
Ansicht 28: Instandhaltungen der kleinen Krankenhäuser.	43
Ansicht 29: Kosten der Krankenhäuser in Hessen 2011.....	45
Ansicht 30: Bauliche Grundstruktur der großen und kleinen Krankenhäuser für ausgewählte Neubauten bzw. Planungen.	46

Ansicht 31: Raster mit geringen Abmessungen und eingeschränkter Bettenverfahrbarkeit.	47
Ansicht 32: Hubschrauberlandeplatz. Bad Soden.....	51
Ansicht 33: Krankenhausbetriebs- und Gebäudetechnik.....	52
Ansicht 34: Medizintechnik.	54
Ansicht 35: Kommunale Haushaltslage 2009 bis 2011.	56
Ansicht 36: Schulden je Einwohner.	57
Ansicht 37: Maßnahmen der Krankenhausträger zur finanziellen Unterstützung.	58
Ansicht 38: Bilanzierung von Anteilen an den jeweiligen Krankenhäusern.	59
Ansicht 39: Grunddaten der Beteiligungsverwaltungen.	62
Ansicht 40: Mandatsträgervorbereitung durch die Beteiligungsverwaltung.	63
Ansicht 41: Controlling und Berichtswesen der Beteiligungsverwaltungen.....	67
Ansicht 42: Szenarienbetrachtung.	71
Ansicht 43: Schema zur Vorgehensweise bei der vergleichenden Prüfung der medizinischen Leistungsfähigkeit.	75
Ansicht 44: Schema zur Vorgehensweise bei der vergleichenden Prüfung der Wirtschaftlichkeit.	76
Ansicht 45: Beispiel Box- und Whisker-Plot.	78
Ansicht 46: Box- und Whisker-Plot Case Mix nach MDC (Krankenhaus 1 im Vergleich).....	79
Ansicht 47: Box- und Whisker-Plot Case Mix nach MDC (Krankenhaus 2 im Vergleich).....	80
Ansicht 48: Box- und Whisker-Plot Case Mix nach MDC (Krankenhaus 3 im Vergleich).....	81
Ansicht 49: Box- und Whisker-Plot Case Mix nach MDC (Krankenhaus 4 im Vergleich).....	82
Ansicht 50: Box- und Whisker-Plot Case Mix nach MDC (Krankenhaus 5 im Vergleich).....	83
Ansicht 51: Box- und Whisker-Plot Case Mix nach MDC (Krankenhaus 6 im Vergleich).....	84
Ansicht 52: Box- und Whisker-Plot Case Mix nach MDC (Krankenhaus 7 im Vergleich).....	85

Redaktionelle Hinweise

Im Allgemeinen wurde für die Darstellung der Tabellen und Zahlen ein Tabellenkalkulationsprogramm verwendet. Der Übersichtlichkeit halber sind abweichend von der Darstellung in Schlussberichten auf der örtlichen Ebene die Beträge im Zusammenfassenden Bericht als Millionen oder Milliarden angegeben. Rundungsabweichungen sind hinzunehmen. Im Weiteren sind die Beträge ohne Rücksicht auf die Endsumme gerundet. Das Ergebnis der Summen einzelner Zahlen kann deshalb geringfügig von der Endsumme abweichen.

Wurde zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die weibliche und die männliche Bezeichnung zu verwenden, sind mit dem männlichen Begriff die weibliche und die männliche Person gemeint. Auch auf eine Unterscheidung zwischen Geschäftsführung und Vorstand eines Krankenhauses wurde zugunsten der Bezeichnung Geschäftsführung verzichtet.

Die zitierten Gesetze und sonstigen Rechtsnormen sind stets mit dem aktuellsten Stand angegeben. Für die Prüfung wurde die jeweils zum Prüfungszeitpunkt gültige Fassung zugrunde gelegt.

Bei den dargestellten Bettenzahlen der Krankenhäuser ist zu berücksichtigen, dass je nach Prüfungsinhalt zwischen den zuletzt genehmigten Planbetten und den tatsächlich aufstellbaren Betten unterschieden wurde.

Zur Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen der Krankenhäuser wurde auf die Darstellung individueller bzw. detaillierter Auswertungen und Bewertungen in diesem öffentlich zugänglichen Vierundzwanzigsten Zusammenfassenden Bericht verzichtet. Die Darstellung von Analyseergebnissen in den Klinikbezogenen Feststellungen wurde durch ein Zufallsverfahren anonymisiert und vereinfachend mit KH 1 bis KH 7 abgekürzt. Die Zuordnung dieser Nummerierung differiert in jeder Ansicht. Die der Öffentlichkeit zugänglichen betrieblichen Daten der Krankenhäuser, etwa im Bundesanzeiger veröffentlichte Jahresabschlüsse, werden nicht anonymisiert dargestellt.

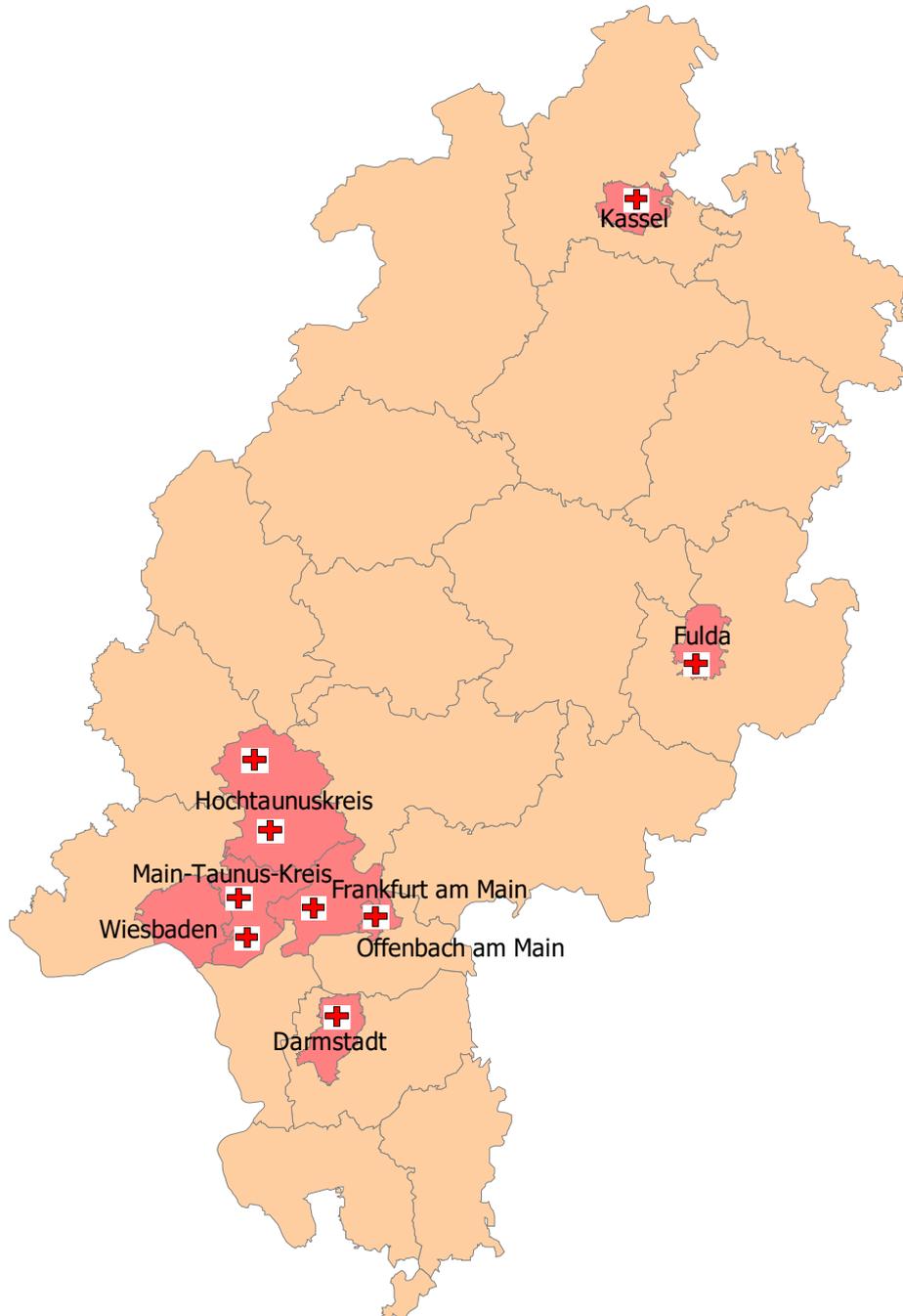
Betriebs- und
Geschäfts-
geheimnisse

Die zuständige Fachabteilung des Hessischen Ministeriums des Innern und für Sport (HMdIuS) nutzte die Gelegenheit, sich vor Drucklegung des Zusammenfassenden Berichts zu äußern. Die Anmerkungen fanden Eingang in die Berichterstattung.

Stellungnahme
HMdIuS

1. Geprüfte Körperschaften

Darmstadt, Fulda, Frankfurt am Main, Kassel, Offenbach am Main, Wiesbaden¹, Hochtaunuskreis, Main-Taunus-Kreis



Ansicht 1: Lage der Körperschaften „Gesundheitswesen – Kliniken“ mit ihren einbezogenen Krankenhäusern.

¹ Bei der Landeshauptstadt Wiesbaden wurde lediglich deren Betätigung bei der Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH geprüft. Bei den Kliniken selbst waren im neu gefassten Gesellschaftsvertrag nach Teilprivatisierung vom 29. Mai 2012 der Überörtlichen Prüfung keine Unterrichtsrechte nach § 54 HGrG mehr eingeräumt (vgl. Abschnitt 5.1, S. 6 f.).

2. Informationsstand und Prüfungsbeauftragter

Informationsstand:	April 2012 bis März 2013
Prüfungszeitraum:	2009 bis 2011
Zuleitung der Vorläufigen Prüfungsfeststellungen als Entwurf:	4. Dezember 2012
Zuleitung der Schlussberichte:	17. April 2013
Prüfungsbeauftragte: (vgl. S. 91)	MedAdvisors GmbH, Hamburg WZR Wirtschaftsprüfungsgesellschaft mbH, Hamburg Merker Architektur Management GmbH, Lübeck eptima GmbH, Berlin

3. Leitsätze

Kommunale Krankenhäuser sollen eine hochwertige Patientenversorgung sicherstellen. Dies schließt einen wirtschaftlichen Betrieb nicht aus. Die meisten Trägerkommunen sind nicht in der Lage, hohe Defizite ihrer Krankenhäuser auf Dauer auszugleichen.

Feststellungen zur wirtschaftlichen Lage und Perspektive

1. Das kumulierte Jahresergebnis der in die Prüfung einbezogenen sieben Krankenhäuser betrug im Jahr 2011 rund -79 Mio. €. Insbesondere die wirtschaftliche Lage einiger Krankenhäuser in der Rhein-Main-Region war kritisch, zum Teil existenzbedrohend, so dass sie auf Unterstützungsleistungen der Träger angewiesen waren. Die Kommunen, mit Ausnahme der Städte Kassel und Frankfurt am Main, unterstützten ihre Krankenhäuser in 2009 bis 2011 im Wege von Kapitalerhöhungen (75,9 Mio. €) und weiteren finanziellen Leistungen wie Verlustübernahmen (27,6 Mio. €). Des Weiteren bestanden Ende 2011 Darlehen (35,2 Mio. €) und Bürgschaften (746,1 Mio. €) der Träger zugunsten der Krankenhäuser. (Abschnitt 7.1.1 [S. 56 ff.]).
2. Aufbauend auf Daten der kommunalen Krankenhäuser werden in diesem Bericht Szenarien entwickelt. Danach ist es perspektivisch möglich, sowohl die Qualität der Patientenversorgung weiter zu steigern als auch die wirtschaftlichen Ergebnisse der Krankenhäuser zu verbessern. Synergien können durch regionale Abstimmungen im primären Leistungsangebot (medizinische Patientenversorgung) sowie durch Zusammenlegung von sekundären (z.B. Apotheke, Sterilisation, Medizintechnik) bzw. tertiären Leistungsbereichen (z.B. administrative Bereiche) erzielt werden. Dazu bedarf es einer strategischen Entscheidung der Träger. Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, kommunale Krankenhäuser in regionalen Verbänden zu organisieren. (Abschnitt 8 [S. 69 ff.]).

Klinikbezogene Feststellungen

3. Für die Qualität der Leistungserbringung sind neben theoretischen Medizinernkenntnissen auch qualitätssteigernde Aspekte aus der praktischen Arbeit, wie Routine und Expertise, maßgeblich. Auf der Grundlage von wissenschaftlichen

Untersuchungen geht die Überörtliche Prüfung davon aus, dass eine ausreichende Zahl von Fällen für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung notwendig ist. Höhere Fallzahlen führen danach zu einer Steigerung der medizinischen Behandlungsqualität. Krankenhäuser, die in einzelnen Leistungsgruppen vergleichsweise geringe Fallzahlen aufweisen, sollten unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten abwägen, ob es zielführend ist, diese weiterhin zu erbringen (Abschnitt 6.2.3 [S. 22 ff.]).

4. Das medizinische Leistungsangebot (primärer Leistungsbereich) war nicht untereinander koordiniert. Die Überörtliche Prüfung empfiehlt dem Land, die stationäre Patientenversorgung – vor allem im Ballungsgebiet – unter Einbeziehung aller Krankenhausträger abzustimmen. Unter Berücksichtigung der bedarfsgerechten und wohnortnahen Versorgung sollte eine Konzentration einzelner Leistungsangebote erwogen werden. Dies würde zu einer qualitativ verbesserten und gleichzeitig zu einer wirtschaftlicheren Patientenversorgung führen. Weiterhin kann durch Konzentration der medizinischen Leistungen vor allem in der Rhein-Main-Region der Einsatz öffentlicher Fördermittel für die bauliche und technische Infrastruktur optimiert werden. (Abschnitt 6.2.3 [S. 22 ff.], Abschnitt 6.5 [S. 26 f.], Abschnitt 8 [S. 69 ff.]).
5. Auf Basis finanzwirtschaftlicher Daten der Jahre 2009 bis 2011 kommt eine Expertenschätzung zu mittelfristigen Effekten für die untersuchten sieben Krankenhäuser. Unter Darstellung verschiedener Szenarien ergeben sich die nachfolgend genannten Simulationsergebnisse:

SZENARIO 1: Bei einer Fortschreibung der Erträge und Aufwendungen entsprechend der Entwicklung der Jahre 2009 bis 2011 wird mittelfristig ein negatives Ergebnis in Höhe von rund -89 Mio. € erwartet.

SZENARIO 2: Bei einer Zentralisierung der sekundären und tertiären Leistungsbe-
reiche wird mittelfristig ein negatives Ergebnis in Höhe von rund -2 Mio. € erwartet.

SZENARIO 3: Bei Zentralisierung (wie im Szenario 2) und zusätzlichem Abbau von Überkapazitäten – etwa durch eine Optimierung von Patientenverweildauern – wird mittelfristig ein positives Ergebnis in Höhe von rund +12 Mio. € erwartet.

Insgesamt weisen die Simulationsergebnisse der Szenarien 2 und 3 Verbesserungen gegenüber der Fortschreibung der Entwicklung (Szenario 1) in einer Größenordnung von 87 Mio. € bzw. 101 Mio. € auf. Nur bei den in Szenario 3 getroffenen Annahmen könnten die Krankenhäuser profitabel arbeiten. (Abschnitt 8 [S. 69 ff.]).

6. Für die bauliche Infrastruktur und die medizinische Ausstattung aller betrachteten Krankenhäuser wurden in den Jahren 2001 bis 2011 in Summe 1,1 Mrd. € investiert oder befanden sich zum Prüfungszeitpunkt in der Investitionsbewilligung. Diese umfassten neben den Fördermitteln des Landes oder den Zuschüssen der Träger auch Eigenmittel der Krankenhäuser. Die eigenfinanzierten In-

vestitionsanteile der Krankenhäuser belasteten durch Abschreibungen und Zinsen deren operative Ergebnisse. (Abschnitt 6.8.2 [S. 39 ff.]).

- 7.** Von den gesamten rund 336.000 m² im Krankenhausbetrieb befindlichen Nutzflächen entsprachen rund 84.000 m² noch nicht dem aktuellen Stand der Technik. Für ihre Sanierung bzw. Restrukturierung sind nach einer vorsichtigen Expertenschätzung weitere Investitionen von rund 250 Mio. € notwendig. (Abschnitt 6.8.2 [S. 39 ff.]).
- 8.** In den Kliniken des Main-Taunus-Kreises, des Hochtaunuskreises und in Frankfurt Höchst, die bis zu 25 km voneinander entfernt liegen, sind Investitionen in Höhe von 470 Mio. € genehmigt bzw. in der Ausführung. Es war zu Beginn dieser Prüfung nicht erkennbar, dass die Krankenhäuser untereinander Abstimmungen auf Grundlage der Patientenbehandlung im Hinblick auf bauliche Maßnahmen getroffen hatten. Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, die Bauplanungen an klinikübergreifend abzustimmenden Kapazitätsplanungen und Leistungskonzepten auszurichten. Die Stadt Frankfurt am Main und der Main-Taunus-Kreis haben gegen Ende des örtlichen Prüfungsverfahrens erste Gespräche über eine mögliche Kooperation bzw. Fusion ihrer Krankenhäuser aufgenommen. (Abschnitt 6.8.2 [S. 39 ff.], Abschnitt 6.8.4 [S. 50 f.]).
- 9.** Nicht nur für die Investitionen in Gebäude und Anlagen, sondern auch für die Folgekosten (Betriebskosten, Instandhaltungen) sind Steuerungs- und Kontrollinstrumente einzusetzen. Gleiches gilt für die Medizintechnik. Für strategisch wirtschaftliche Entscheidungen zu Instandhaltungen, sinnvollem Eigen-/ Fremdleistungseinsatz und angemessener (Re-)Investitionsplanung fehlten den Krankenhäusern, deren Entscheidungsgremien und den Krankenhausträgern weitgehend wichtige Informationen. Zur Optimierung des Mitteleinsatzes für Investitionen und bei der Bewirtschaftung der Anlagen sowie der Medizintechnik könnte die Bildung regionaler Kooperationen bzw. Verbünde beitragen. (Abschnitt 6.8.2 [S. 39 ff.], Abschnitt 6.8.5 [S. 52 ff.] und Abschnitt 6.9 [S. 53 ff.]).
- 10.** Zukunftsfähige Strukturen von Krankenhausbauten sind aus den funktionalen Anforderungen zu entwickeln. Die baulichen Standards sollten so gewählt werden, dass Flexibilität für die Zukunft gewahrt bleibt. Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, bei künftigen Krankenhausplanungen Tragraster und Geschosshöhen für die Gebäudegrundstruktur zu verwenden, die aus der medizinisch-funktionalen Betriebsorganisationsplanung und -strategie abzuleiten sind. Die Prüfung hat beispielhaft gezeigt, dass ein Tragraster von 7,20 m x 7,20 m zu schwerwiegenden funktionalen Einschränkungen im Betrieb führen kann. (Abschnitt 6.8.3 [S. 44 ff.]).
- 11.** Bei der Prüfung der Planungsprozesse wurde offensichtlich, dass es keine einheitliche Ablauf- und Qualitätsstruktur gab. Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, aus den medizinischen Prozessabläufen Anforderungsprofile an Funktionsbereiche und Bettenbereiche abzuleiten. Die Krankenhäuser sollten sich an den Anforderungen der DIN 18205 (Bedarfsplanung im Bauwesen) orientieren: Danach

gehört es zu den Pflichten des Bauherren, im Vorfeld der Gebäudeplanung zunächst die Projektziele (Qualitäten, Kosten und Termine) zu definieren. Dies schafft die Voraussetzung für eine effiziente Planung und Umsetzung der Baumaßnahmen. (Abschnitt 6.8.4 [S. 50 f.]).

- 12.** Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) stellt hohe Anforderungen an medizinische Einrichtungen und das Hygienefachpersonal. Die Überörtliche Prüfung empfiehlt auch unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten zu untersuchen, ob entsprechende Qualifikationen an jedem Standort vorgehalten werden sollten. Alternativ sollte die Einrichtung eines zentralen Hygieneinstituts erwogen werden. (Abschnitt 6.3 [S. 24 f.]).
- 13.** Den Kommunen wurden u.a. detaillierte Auswertungen zum medizinischen Leistungsgeschehen zur Verfügung gestellt. Sie erhielten damit anonymisierte Vergleichsdaten, mit denen es möglich ist, die medizinische Ausrichtung ihres Krankenhauses zu analysieren und strategisch zu steuern. (Abschnitt 6.2.1 [S. 15 ff.]).

Trägerbezogene Feststellungen

- 14.** Die Beteiligungsverwaltung hat die Aufgabe, die Informationen zu dem Beteiligungsunternehmen zu bündeln und zu analysieren. Insgesamt war festzustellen, dass die Berichte der Geschäftsführung regelmäßig Unternehmenskennzahlen enthielten, die sich nur auf hoher Aggregationsebene (bspw. Daten aus der Gewinn- und Verlustrechnung) befanden. Eine zu empfehlende betriebswirtschaftliche Analyse der Unternehmensdaten mit einer differenzierten Betrachtung der unterschiedlichen medizinischen Leistungsbereiche der Krankenhäuser lag bei keiner Beteiligungsverwaltung der geprüften Kommunen vor. (Abschnitt 7.2.2 [S. 61 f.], Abschnitt 7.2.5, [S. 66 ff.]).
- 15.** Die Beteiligungsverwaltung sollte durch ihre Analysen den von der Kommune entsandten Mandatsträgern im Aufsichtsrat ergänzende und differenziertere Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung stellen. Die Beteiligungsverwaltungen waren unterschiedlich organisiert. Auffällig war in mehreren Kommunen eine unangemessen niedrige Personalausstattung. Die Beteiligungsverwaltungen nahmen nur vereinzelt eine Mandatsträgervorbereitung aller kommunalen Aufsichtsratsmitglieder vor. (Abschnitt 7.2.3 [S. 63 ff.]).
- 16.** In den Krankenhäusern mehrerer Trägerkommunen wurden die Aufsichtsräte über die tatsächliche wirtschaftliche Lage verspätet informiert. Sie konnten nicht rechtzeitig auf die Geschäftsentwicklung des Krankenhauses Einfluss nehmen. Die Aufsichtsräte sollten auf eine zeitnahe Informationsbereitstellung hinwirken. (Abschnitt 7.2.4 [S. 65 f.]).

4. Prüfungsvolumen

Die Überörtliche Prüfung betrachtete acht kommunale Krankenhausträger. Bei sieben Trägern war es möglich, durch örtliche Unterrichtungen auch das Krankenhausgeschehen mit zu analysieren.

Das Prüfungsvolumen umfasst die Erträge und Aufwendungen der in die 168. Vergleichende Prüfung einbezogenen sieben Krankenhäuser für die Jahre 2009 bis 2011. Allein im Jahr 2011 beliefen sich deren Erträge auf insgesamt 1,19 Mrd. €, deren Aufwendungen auf 1,27 Mrd. €. Sechs Krankenhäuser des Vergleichs verzeichneten in 2011 negative Jahresergebnisse. Die Summe aller Jahresergebnisse der sieben Krankenhäuser betrug im Jahr 2011 rund -79 Mio. €.

5. Überblick

5.1 Vorbemerkung

Die Überörtliche Prüfung untersuchte die Tätigkeit der kommunalen Beteiligungsverwaltung sowie die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser und die sich für die Träger hieraus ergebenden Risiken. Unmittelbar bei den Krankenhäusern unterrichtete sie sich über Aufbau- und Ablauforganisation ausgewählter Bereiche und Wirtschaftseinheiten.

Um eine ganzheitliche Betrachtung des kommunalen Krankenhauswesens zu ermöglichen, wurden die Krankenhäuser sowohl hinsichtlich ihrer medizinischen Leistungsfähigkeit als auch hinsichtlich ihrer Gebäude- und Anlagenstruktur sowie der Medizintechnik analysiert. Umfängliche Begehungen der für das Patientenwohl kritischen Bereiche, wie OP, Intensivbereich, Zentrale Notaufnahme und Stationen wurden vorgenommen.

Unterschiedliche Rahmenbedingungen (Lage: Einzugsgebiet, Zentralität) und Systematiken in der Finanzbuchhaltung begrenzten den Detaillierungsgrad der Aussagen. Ausgehend von der ganzheitlichen medizinisch-ökonomischen Analyse für einzelne Krankenhäuser sowie der vergleichenden Betrachtung der sieben Krankenhäuser wurde ein fundierter Überblick über die aktuelle Situation und Auffälligkeiten gewonnen. Aufbauend auf den Feststellungen wurden grundsätzliche Empfehlungen formuliert, die sich an Träger, Krankenhäuser sowie die Planungsbehörde richten. Im weiteren Verfahren sollten sie bezüglich der Konsequenzen ihrer Umsetzung noch fundiert, evaluiert und in einen Maßnahmenplan übersetzt werden. Ferner wurden mittelfristig realisierbare Potenziale ermittelt.

Die Teilprivatisierung der HSK Kliniken Wiesbaden² vom 29. Mai 2012 hatte zur Folge, dass der Überörtlichen Prüfung die örtlichen Unterrichtsrechte³ nicht mehr eingeräumt wurden, obgleich die Landeshauptstadt Wiesbaden (mittelbar) Mehrheitsgesellschafterin blieb. Die Landeshauptstadt Wiesbaden bemühte sich bei der Teilprivatisierung um den Fortbestand der Unterrichtsrechte. Dies gelang ihr allerdings nicht, da der strategische Partner den Fortbestand der Unterrichtsrechte ablehnte. Wegen des fehlenden örtlichen Unterrichtsrechts der Überörtlichen Prüfung bei den HSK Kliniken konnten Informationen lediglich anhand der im Bundesanzeiger veröf-

² HSK, Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH, Kliniken der Landeshauptstadt Wiesbaden; im Jahr 2010 mit einer Bettenzahl von 990 und Fallzahl von nahezu 45.000

³ Unterrichtsrechte nach § 54 HGrG i.V.m. § 123 Abs. 1 HGO

fentlichten Jahresabschlüsse der Jahre 2010 und 2009 gewonnen werden; danach beliefen sich die Jahresfehlbeträge der HSK Kliniken auf -7,9 Mio. € (2010) und -7,0 Mio. € (2009). Der Jahresabschluss für das Jahr 2011 war zum Zeitpunkt der Prüfung noch nicht öffentlich zugänglich.

Für die Landeshauptstadt Wiesbaden war deshalb eine ganzheitliche Betrachtung - auch im Vergleich zu den anderen in die Prüfung einbezogenen Trägern und Krankenhäusern - nicht möglich. Konsequenzen für die medizinischen Bereiche selbst, aber in besonderer Weise auch für die aktuelle wirtschaftliche Lage des Krankenhauses insgesamt und in der Folge für den kommunalen Haushalt der Landeshauptstadt Wiesbaden konnten sonach nicht aufgezeigt werden. Angesichts der dargelegten Konsequenzen eines fehlenden örtlichen Unterrichtsrechts und der Erfahrungen am Beispiel der HSK Kliniken Wiesbaden erachtete es die Überörtliche Prüfung als angemessen und notwendig, dem Hessischen Landtag unter dem 12. April 2013 einen Bericht zuzuleiten, der auch einen Gesetzesänderungsvorschlag zu § 123 Abs. 1 und Abs. 2 HGO enthält.

Die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung durch leistungsfähige Krankenhäuser ist eine öffentliche Aufgabe des Landes, der Landkreise und der kreisfreien Städte. Krankenhäuser werden von Landkreisen, Gemeinden, dem Landeswohlfahrtsverband Hessen und sonstigen Körperschaften des öffentlichen Rechts selbst oder in deren Auftrag von Dritten errichtet und betrieben, soweit sie nicht von freigemeinnützigen und privaten Trägern errichtet und betrieben werden (§ 3 HKHG 2011).⁴ Die gegebene Vielfalt der Krankenhausträger ist zu beachten (§ 1 Abs. 3 HKHG 2011). Die Krankenhausbetten in Hessen verteilten sich im Jahr 2011 auf öffentliche (49 %), auf private (25 %) und auf freigemeinnützige (26 %) Träger (vgl. auch Ansicht 4).⁵ Hessenweit verzeichneten im Jahr 2010 nur 60 % aller kommunalen Krankenhäuser positive Jahresergebnisse.

Die Betriebskosten der Krankenhäuser werden von den Krankenkassen getragen, die Investitionskosten werden im Wege öffentlicher Förderung finanziert (§ 4 KHG).⁶

Die Hessische Gemeindeordnung verlangt von den Körperschaften, ihr Vermögen und ihre Einkünfte so zu verwalten, dass ihre Gemeindefinanzen gesund bleiben (§ 10 HGO). Das Krankenhausgeschehen⁷ hat demnach auch unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Aspekte zu erfolgen. Wirtschaftliche Fehlentwicklungen bei den kommunalen Krankenhäusern können zu Haushaltsrisiken der Träger werden.

5.2 Das deutsche DRG-System

Seit dem Jahr 2004 werden die Betriebskosten über ein diagnosebezogenes Fallpauschalensystem – das DRG-System (Diagnosis Related Group⁸) – vergütet. Die DRG

⁴ Zweites Gesetz zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen (Hessisches Krankenhausgesetz 2011 - HKHG 2011) vom 21. Dezember 2010 (GVBl. I S. 587) zuletzt geändert durch Gesetz vom 15. September 2011 (GVBl. I S. 425 f.)

⁵ vgl. Statistisches Bundesamt, Fachreihe 12, Fachserie 6.1.1

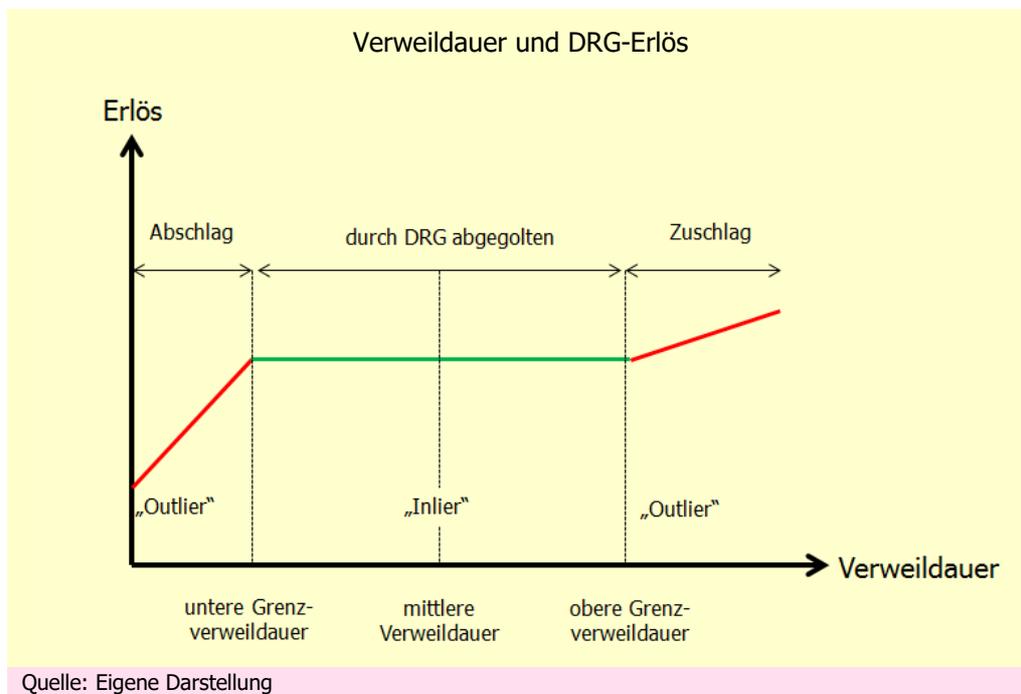
⁶ Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Gesetz vom 3. April 2013 (BGBl. I S.617)

⁷ Unter dem Krankenhausgeschehen werden hier alle Krankenhausleistungen nach § 2 KHEntgG zzgl. Leistungen der Belegärzte sowie alle ertragsrelevanten Leistungen (bspw. vor- und nachstationäre Behandlungen, ambulante Leistungen, Apothekenleistungen) verstanden.

⁸ Diagnosebezogene Fallgruppen stellen ein ökonomisch medizinisches Patientenklassifikationssystem dar, bei dem die Krankenhausfälle auf Basis ihrer Diagnosen und erfolgten Behandlungen in Fallgruppen klassifiziert werden, die nach dem für die Behandlung erforderlichen ökonomischen Aufwand bewertet sind. Die

sind kostenhomogene und diagnosebezogene Fallgruppen. Für die Einstufung eines Behandlungsfalls zur Abrechnung im DRG-System sind die Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen, die durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Prozeduren, die Entlassungsart, die Verweildauer sowie patientenbezogene Merkmale (wie Alter, Geschlecht, Aufnahmegewicht bei Neugeborenen), etc. die entscheidenden Kriterien.

Für die Wirtschaftlichkeit der Behandlung eines Falls ist die Verweildauer eines Patienten im Krankenhaus ausschlaggebend (Ansicht 2).



Ansicht 2: Verweildauer und DRG-Erlös.

Eine DRG berücksichtigt alle dokumentierten Diagnosen und Prozeduren und liefert die Basis für die Abrechnung eines stationären Behandlungsfalls. Wenn der Patient zwischen unterer und oberer Grenzverweildauer entlassen wird (Inlier), bekommt ein Krankenhaus eine DRG-Vergütung ohne Zu- und Abschläge. Wird der Patient unterhalb bzw. oberhalb der Grenzverweildauer entlassen (Outlier), wird die Vergütung durch entsprechende Ab- oder Zuschläge geändert.

Eine DRG ist je nach Schweregrad der Krankenhausbehandlung und der sich hieraus ergebenden Kostenintensität unterschiedlich bewertet. Der Referenzwert einer standardisierten Behandlung hat ein Relativgewicht von 1,0; dies entspricht einem Case Mix-Punkt. Je nach Schweregrad hat ein einzelner Behandlungsfall einen höheren oder niedrigeren Wert.⁹ Die Vergütung der erbrachten Krankenhausleistung ist ein Produkt aus der Multiplikation von Case Mix-Punkten und dem Basisfallwert (Base-Rate).¹⁰ Die Summe aller Case Mix-Punkte bildet den Case Mix (CM) des Krankenhauses. Der Case Mix dividiert durch die Behandlungsfälle ergibt einen Case Mix-Index (CMI). Diese

DRG unterscheiden sich anhand ihres klinischen Inhalts und Ressourcenverbrauchs und bilden die Grundlage für die Finanzierung, Budgetierung und Abrechnung von Krankenhausleistungen. Maßgeblich ist das jeweils im Berichtsjahr geltende German-DRG-Klassifikationssystem mit den entsprechenden gültigen Diagnose- und Prozedurenschlüsseln. Quelle: Statistisches Bundesamt.

⁹ Zum Beispiel wird die DRG „F12D: Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen DRG: Eingriff, Alter < 16 Jahre“ mit einer Relativgewicht von 3,580 Punkten bewertet.

¹⁰ Der Basisfallwert stellt den Grundpreis einer stationären Leistung mit einem Relativgewicht von 1,0 dar (2013: 3.066,60 € in Hessen).

Kennzahl ist ein Indikator für den durchschnittlichen Schweregrad der erbrachten medizinischen Leistungen des Krankenhauses.

5.3 Krankenhauslandschaft in Hessen

Ansicht 3 zeigt die Entwicklung der Krankenhauslandschaft in Hessen in den Jahren 2005 bis 2011 anhand ausgewählter Daten und Kennzahlen.

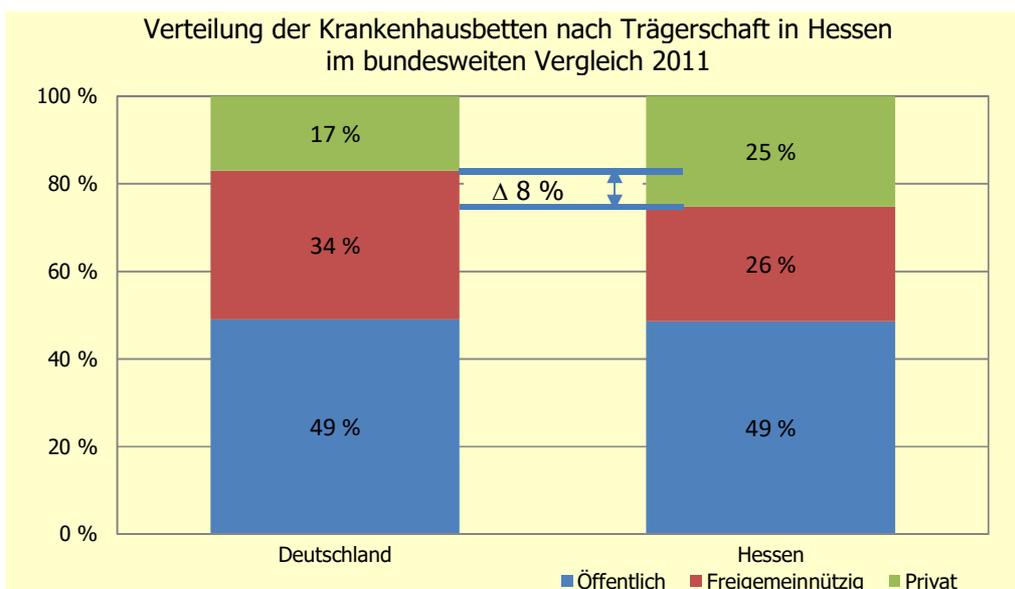
Hessische Krankenhauslandschaft in den Jahren 2005 bis 2011					
Jahr	Kranken- häuser	Fälle	Verweil- dauer	Belegungen	Betten- auslastung
	Zahl	Zahl	Tage	Tage	%
2005	175	1.182.374	8,4	9.919.000	73,2 %
2006	179	1.176.918	8,4	9.832.000	76,8 %
2007	180	1.190.815	8,2	9.799.000	76,4 %
2008	181	1.218.878	8,1	9.910.000	76,9 %
2009	182	1.251.757	8,0	10.053.000	77,5 %
2010	181	1.271.478	7,9	10.016.000	76,6 %
2011	174	1.298.471	7,7	10.067.000	76,7 %
6-Jahres- Entwicklung	-1 %	+10 %	-8 %	+1 %	+3,5 %-Punkte

Quelle: Statistisches Bundesamt 2012, Fachserie 12, Reihe 6.1.1; Eigene Darstellung.

Ansicht 3: Hessische Krankenhauslandschaft in den Jahren 2005 bis 2011.

Hessenweit stiegen die Fallzahlen der Krankenhäuser (+10 %) bei gleichzeitig niedrigerer Verweildauer (-8 %). Damit verbunden war eine leichte Steigerung der Belegungstage (+1 %) bei höherer Bettenauslastung (+3,5 %-Punkte).

In Hessen verteilen sich die Krankenhausbetten auf die unterschiedlichen Krankenhausträger anders als im bundesweiten Vergleich (Ansicht 4).



Ansicht 4: Verteilung der Krankenhausbetten nach Trägerschaft in Hessen im bundesweiten Vergleich 2011.

5.3 Krankenhauslandschaft in Hessen

Nahezu die Hälfte der Krankenhausbetten befindet sich in Hessen, wie auch im Bundesdurchschnitt, in der Trägerschaft der öffentlichen Hand. Der Anteil der Krankenhausbetten privater Träger lag in Hessen bei 25 %, im bundesweiten Vergleich bei 17 % und damit um 8 %-Punkte niedriger.

6. Klinikbezogene Feststellungen

6.1 Methodik

Die Leistungsbereiche der Krankenhäuser¹¹ wurden nach drei Kategorien unterteilt:

- Der primäre Leistungsbereich umfasst die bettenführenden Fachabteilungen eines Krankenhauses, die medizinische Leistungen unmittelbar am Patienten erbringen.
- Zu dem sekundären Leistungsbereich zählen die den primären Bereich direkt unterstützenden, nicht-bettenführenden Bereiche der Krankenversorgung (Anästhesiologie, Radiologie, bildgebende Verfahren, Krankenhaushygiene, Apotheke, Labor oder Pathologie u.a.).
- Zu dem tertiären Leistungsbereich zählen patientenferne Bereiche (Verwaltung, Wirtschaft und Versorgung [Küche, Wäscherei] sowie Technik und Bau).

Die Vergleichende Prüfung beinhaltete Analysen des primären Leistungsbereichs anhand von Kennzahlen, die sich aus der Auswertung krankenhauseigener Daten¹² für alle Behandlungsfälle der Jahre 2009 bis 2011 ergaben. Die angewandte Methodik¹³ erlaubte eine fachbereichsunabhängige Stärken-Schwächen-Analyse des medizinischen Leistungsbereichs, die eine Vergleichbarkeit der Krankenhäuser nach Hauptdiagnosegruppen (MDC) gewährleistete.¹⁴ Die verschiedenen Analysen des gesamten medizinischen Bereichs bezogen sich auf MDC, auf Fachabteilungen sowie auf klinische Leistungsgruppen (Abschnitt 6.2, S. 12 ff.). Bei weiteren Analysen wurden Fallzahlen und der Schweregrad der stationären Behandlungsfälle ausgewertet. Dies erlaubte auch Aussagen zur Qualität der Leistungen sowie zu möglichen Synergien der Krankenhäuser. Es wurde außerdem für alle Krankenhäuser des Vergleichs eine ausreichende Bettenkapazität basierend auf dem Leistungsvolumen des Jahres 2010 berechnet.

Weitere medizinisch-ökonomische Analysen der Krankenhäuser basieren auf Daten der Finanzbuchhaltung in Verbindung mit dem Leistungsvolumen (Case Mix-Punkte) der Krankenhäuser. Mit der Kennzahl „€ pro Case Mix-Punkt“ wurde ein Bezug zwischen Erträgen, Aufwendungen und Leistungen der Krankenhäuser hergestellt. Sie erlaubte Aussagen im Hinblick auf Auffälligkeiten bei den Ertrags- und Aufwandsposten der Krankenhäuser. Somit konnten die Krankenhäuser unabhängig von ihrer Größe und Struktur in einen objektiven Vergleich aufgenommen werden. Neben dem Kostenstellenvergleich wurde ein Kostenartenvergleich nach primären (medizinischen), sekundären und tertiären Bereichen vorgenommen (vgl. Abschnitt 6.6, S. 27 ff.).

In den folgenden Auswertungen in den Abschnitten 6.2 bis 6.7 (Ansicht 6 bis Ansicht 23) wurden die Analyseergebnisse durch ein Zufallsverfahren anonymisiert.¹⁵ Die der Öffentlichkeit zugänglichen betrieblichen Daten der Krankenhäuser, etwa im Bundesanzeiger veröffentlichte Jahresabschlüsse, werden nicht anonymisiert dargestellt.

¹¹ Die HSK Kliniken, Wiesbaden, konnten nicht vergleichend analysiert werden, da der Überörtlichen Prüfung keine Unterrichtsrechte nach § 54 HGrG im Gesellschaftsvertrag (nach Teilprivatisierung im Jahr 2012) eingeräumt wurden. Aus diesem Grund beschränkte sich die Überörtliche Prüfung bei ihrer Analyse auf sieben Krankenhäuser.

¹² Diese Daten umfassten umfangreiche und abrechnungsrelevante Angaben zu allen Behandlungsfällen gemäß § 301 SGB V in Verbindung mit § 21 KHEntgG (§ 21-Daten).

¹³ zur näheren Beschreibung der Methodik vgl. Abschnitt 9, S. 75 ff.

¹⁴ zur Leistungsstruktur der Krankenhäuser vgl. Abschnitt 10, S. 78 ff.

¹⁵ vgl. auch Redaktionelle Hinweise auf S. VI f.

6.2 Leistungsstruktur der Krankenhäuser und ihre Entwicklung

Die einbezogenen sieben Krankenhäuser (10 Krankenhausstandorte) wiesen unterschiedliche Strukturen auf. Die Krankenhäuser mit mehreren Standorten wurden als eine Organisationseinheit betrachtet.¹⁶

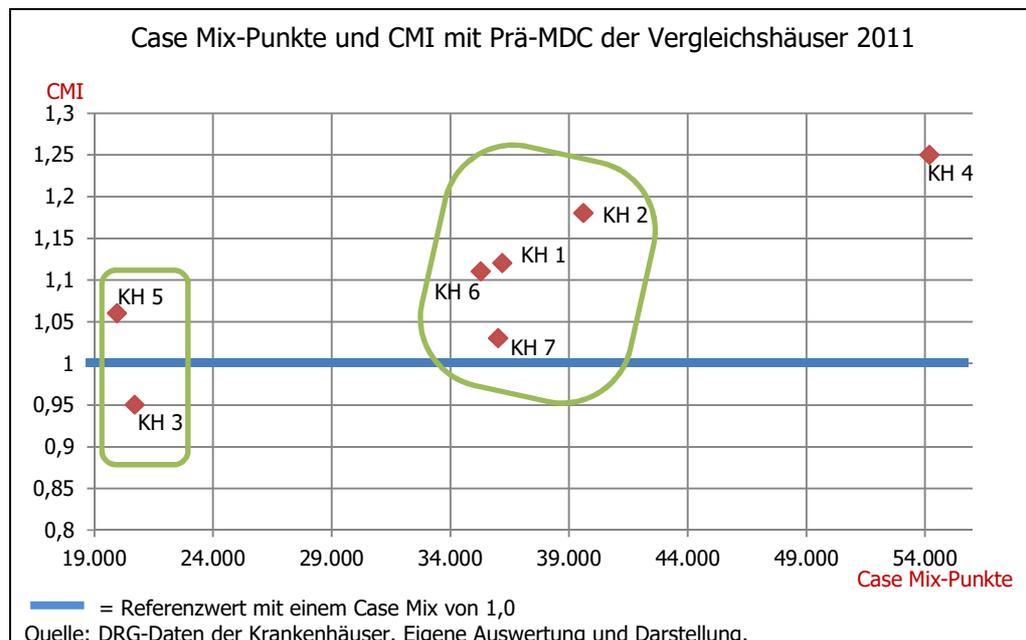
Struktur der Krankenhäuser im Jahr 2011							
	Darmstadt	Frankfurt	Fulda	Kassel	Offenbach	Hochtaunus	Main-Taunus
Zahl der Häuser	2	1	1	1	1	2	2
Betten	863	986	893	1.118	891	495	523

Quelle: für Bettenangaben: Daten des Leistungsreports der hessischen Plankrankenhäuser 1990-2010, Wiesbaden 2012. Eigene Erhebungen und Darstellung.

Ansicht 5: Struktur der Krankenhäuser im Jahr 2011.

Über die in Ansicht 5 dargestellten Daten hinaus, ist für eine Betrachtung des medizinischen Leistungsgeschehens auch der durchschnittliche Schweregrad der Behandlungsfälle heranzuziehen. Ansicht 6 zeigt dieses für das Jahr 2011 mit Hilfe einer Case Mix/ Case Mix-Index – Matrix.

Auf der horizontalen Achse in Ansicht 6 wird jedes Krankenhaus nach der Zahl der insgesamt erwirtschafteten Case Mix-Punkte dargestellt. Der auf der vertikalen Achse abgebildete Case Mix-Index (Schweregrad) ergibt sich aus der Division der Case Mix-Punkte des jeweiligen Krankenhauses und der Summe der Behandlungsfälle.



Ansicht 6: Case Mix-Punkte und CMI mit Prä-MDC der Vergleichshäuser 2011.

¹⁶ Das Klinikum Kassel gehört mehrheitlich zur Gesundheit Nordhessen Holding AG, die noch weitere vier Krankenhäuser führt; diese wurden nur mit ihrem baulichen Anlagevermögen (Abschnitt 6.8) in die Vergleichsanalyse einbezogen. Diese sind das Krankenhaus Bad Arolsen GmbH in Bad Arolsen sowie die Kreiskliniken Kassel GmbH mit drei Standorten: Kreisklinik Helmarshausen in Bad Karlshafen, Kreisklinik Hofgeismar in Hofgeismar, Kreisklinik Wolfhagen in Wolfhagen. Die Abteilungen dieser Häuser wurden größtenteils als Belegabteilungen geführt und medizinnahe Bereiche (bspw. Radiologie) waren ausgelagert. Um die statistische Signifikanz des Vergleichs zu erhalten, wurden diese Krankenhausbetriebe nicht in die Analyse einbezogen.

Ansicht 6 zeigt eine differenzierte Positionierung von ähnlich großen Krankenhäusern auf.¹⁷ Allein das Krankenhaus 3 verzeichnete einen Case Mix-Index von unter 1 Case Mix-Punkt. Die Krankenhäuser 3 und 5 wiesen bei unterschiedlichem Case Mix-Index vergleichsweise geringe Case Mix-Punkte auf. Die Krankenhäuser 1, 2, 6 und 7 befanden sich im mittleren Korridor des Krankenhausvergleichs. Das Krankenhaus 4 war durch den höchsten durchschnittlichen Schweregrad gekennzeichnet und erreichte die meisten Case Mix-Punkte.

In einer weiteren Analyse wurde die Entwicklung des Leistungsgeschehens der Krankenhäuser für die Jahre 2009 bis 2011 aufgezeigt. Dabei wurde die Entwicklung der Case Mix-Punkte aufgliedert in:

- eine fallzahlinduzierte Entwicklung, die die Steigerung/ Senkung der Behandlungsfälle im Prüfungszeitraum erklärt und
- eine CMI-induzierte Entwicklung, die die Zunahme/ Abnahme der medizinischen Komplexität der Behandlungsfälle (Schweregrad) aufzeigt.

Die beiden Entwicklungen werden in Ansicht 7 zusammenfassend dargestellt.

Veränderung der Case Mix-Punkte je Krankenhaus im Jahr 2011 gegenüber 2009								
	KH 1	KH 2	KH 3	KH 4	KH 5	KH 6	KH 7	Summe
Case Mix-Punkte	+1.182	-253	+1.594	+4.284	+1.719	+1.701	+2.497	+12.724
in %	+1,7 %	-0,3 %	+4,1 %	+4,2 %	+4,6 %	+2,5 %	+3,7 %	+2,7 %
fallzahlinduziert	+742	-376	-487	+2.407	+2.261	+1.081	+1.157	6.786
CMI-induziert	+440	+122	+2.081	+1.877	-542	+620	+1.339	5.938

Quelle: DRG-Daten der Krankenhäuser 2009 bis 2011; Eigene Auswertung und Darstellung.

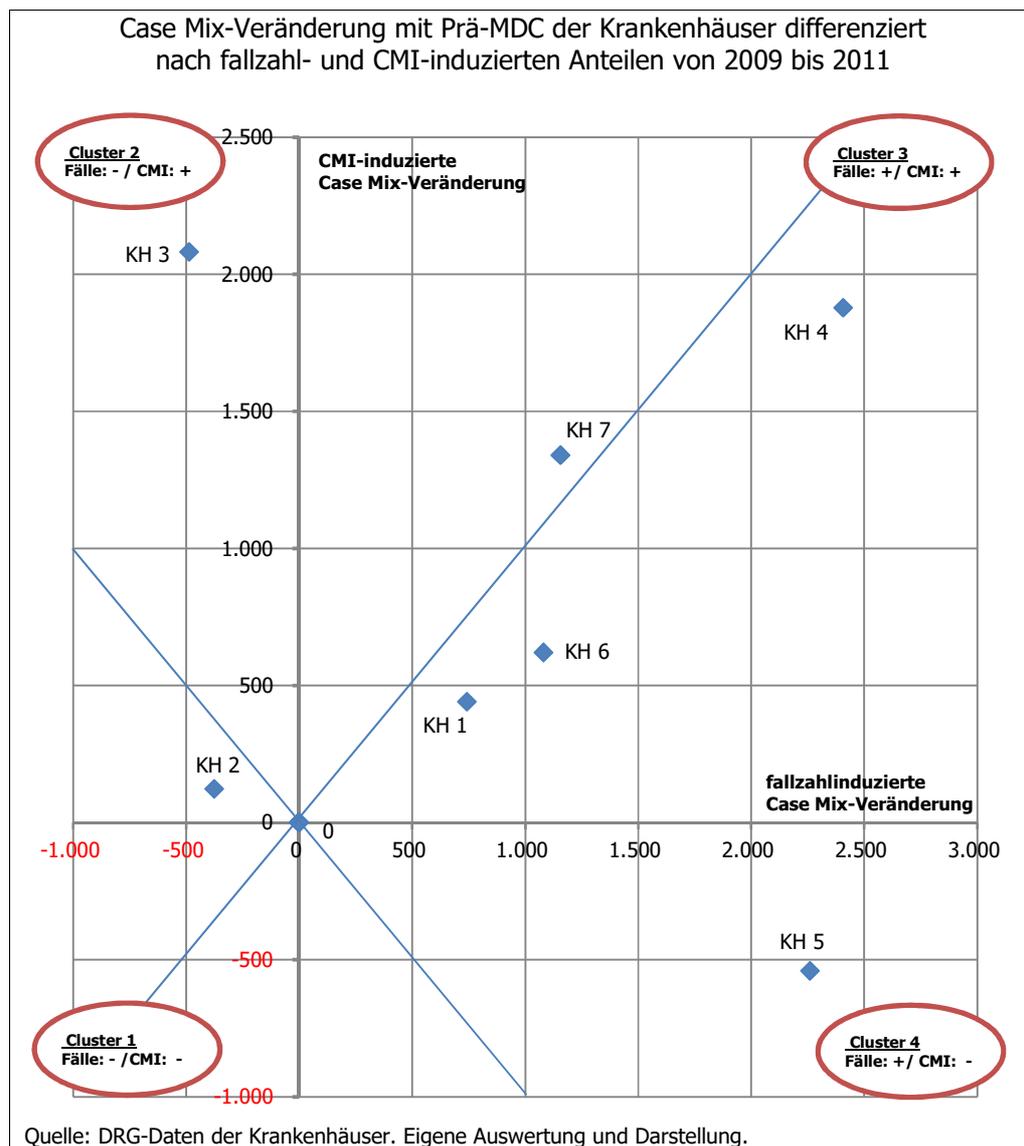
Ansicht 7: Veränderung der Case Mix-Punkte je Krankenhaus im Jahr 2011 gegenüber 2009.

Insgesamt hatten die Krankenhäuser im Prüfungszeitraum ein Wachstum um 2,7 % oder in Höhe von 12.724 Case Mix-Punkten. Das Wachstum war zu 53 % mit der positiven Entwicklung der Fallzahlen (6.786 Punkte) und zu 47 % mit einer CMI-induzierten Steigerung (5.938 Punkte) begründet. Das heißt, dass die verglichenen Krankenhäuser insgesamt eine Steigerung der Case Mix-Punkte – und damit ein Umsatzwachstum - sowohl durch mehr Behandlungsfälle als auch durch einen höheren durchschnittlichen Schweregrad erzielten.

Ansicht 7 verdeutlicht die unterschiedliche Entwicklung der Case Mix-Punkte. Die stärkste prozentuale Steigerung der Case Mix-Punkte gelang dem Krankenhaus 5 mit 4,6 %. Eine negative Entwicklung mit -0,3 % verzeichnete das Krankenhaus 2.

Ansicht 8 zeigt mittels einer Clusterung die fallzahl- und CMI-induzierte Entwicklung der Case Mix-Punkte für die Jahre 2009 bis 2011. Ausgangspunkt war die Positionierung jedes Krankenhauses im Jahr 2009 („0“-Punkt). Anhand von Diagonalen wurde je Cluster eine über-/ unterproportionale fallzahl- und CMI-induzierte Entwicklung aufgezeigt.

¹⁷ Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Prä-MDC bei den Analysen des medizinischen Leistungsgeschehens hinsichtlich ihrer hohen Vergütung/ Schweregrad im DRG-System deutlich herausragen. Es handelt sich um die den Hauptdiagnosegruppen vorgeschalteten Diagnosegruppen, die Sonderfälle (wie Fälle im Bereich der Langzeitbeatmung, Transplantationen) enthalten.



Ansicht 8: Case Mix-Veränderung mit Prä-MDC der Krankenhäuser differenziert nach fallzahl- und CMI-induzierten Anteilen von 2009 bis 2011.

Cluster 1 beinhaltet die Krankenhäuser, deren Case Mix-Punkte insgesamt zurückgingen, wobei sowohl die Fallzahl als auch der Schweregrad der behandelten Fälle abnahmen. Unterhalb der Diagonale verlieren die Krankenhäuser besonders an medizinischer Komplexität, oberhalb der Linie verloren sie besonders an Fallzahlen. Krankenhäuser innerhalb dieses Clusters sind besonders gefährdet, da sich sowohl die Fallzahlen als auch der durchschnittliche Schweregrad der erbrachten medizinischen Leistungen im Zeitablauf negativ entwickelten. In diesem Cluster befanden sich keine Krankenhäuser der Vergleichenden Prüfung.

Cluster 2 beinhaltet die Krankenhäuser, die gleichzeitig eine fallzahlinduzierte Abnahme und eine schweregradbezogene Zunahme ihrer Case Mix-Punkte aufwiesen. Im Cluster 2 sind die Krankenhäuser 2 und 3 positioniert. Einen fallzahlinduzierten Rückgang der Case Mix-Punkte konnte das Krankenhaus 2 nicht mit Zunahme an medizinischer Komplexität ausgleichen. Dem Krankenhaus 3 gelang es, die rückläufigen Fallzahlen mit einer CMI-induzierten Steigerung zu kompensieren.

Cluster 3 beinhaltet die Krankenhäuser, die gleichzeitig eine fallzahlinduzierte und eine schweregradbezogene Zunahme von Case Mix-Punkten aufwiesen. Oberhalb der Dia-

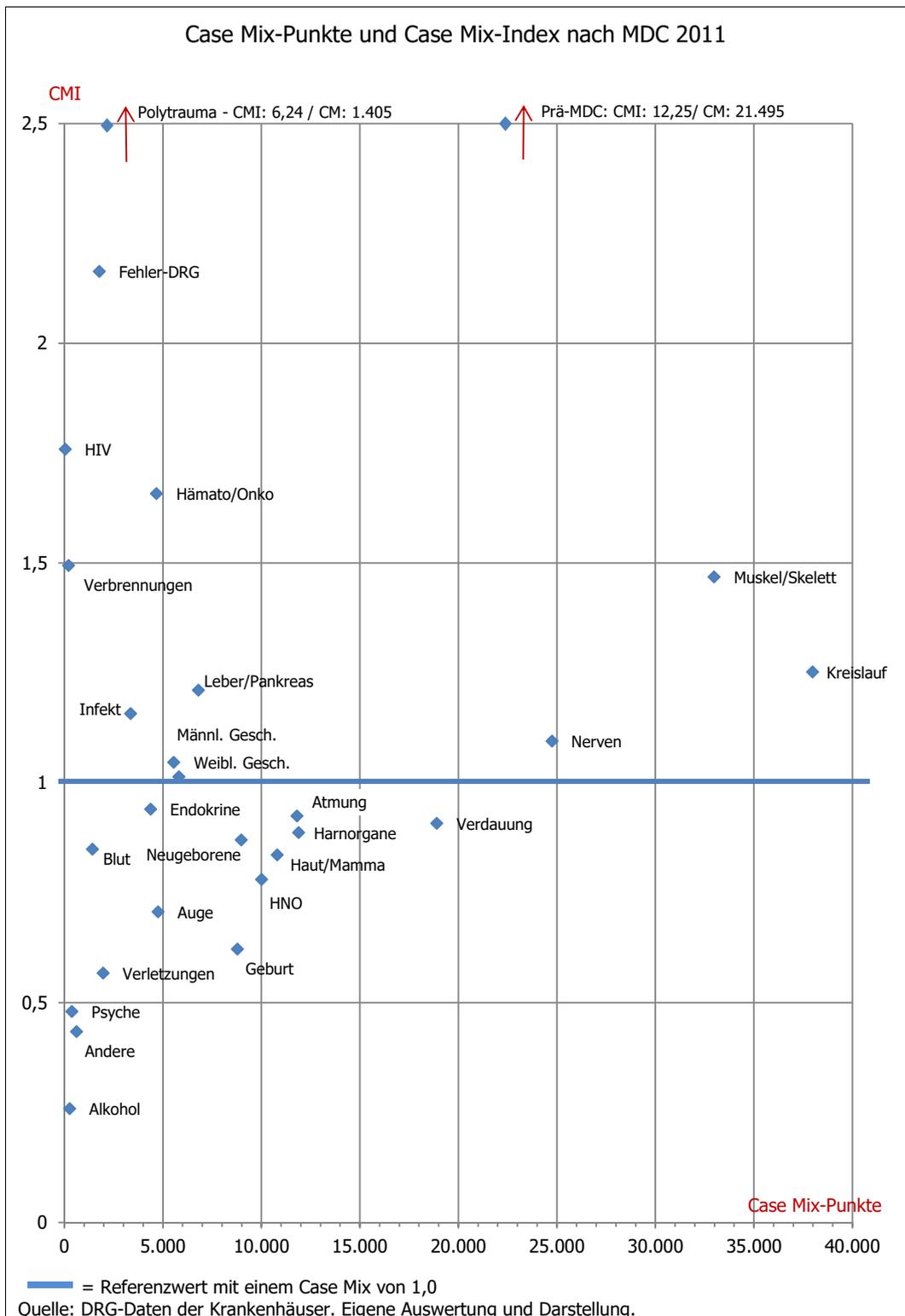
gonale sind die Krankenhäuser positioniert, deren Punktezunahme mehr CMI- als fallzahlinduziert war. In diesem Bereich befand sich das Krankenhaus 7. Unterhalb der Diagonale liegt der umgekehrte Fall vor. In diesem Bereich sind die Krankenhäuser abgebildet, die eine fallzahlinduzierte Case Mix-Steigerung aufwiesen. Die Krankenhäuser 1, 4 und 6 wuchsen überwiegend durch die Zunahme der Fallzahl bei gleichzeitig steigendem durchschnittlichen Schweregrad.

Cluster 4 beinhaltet die Krankenhäuser, die gleichzeitig eine fallzahlinduzierte Zunahme und eine schweregrad-induzierte Abnahme ihrer Case Mix-Punkte verzeichneten. Oberhalb der Diagonale nahmen die Case Mix-Punkte der Krankenhäuser insgesamt zu, unterhalb ab. In diesem Cluster befindet sich das Krankenhaus 5, dessen Case Mix-Punkte fallzahlinduziert stiegen. Mit Zunahme der Fallzahlen gelang es dem Krankenhaus 5, dem CMI-induzierten Rückgang zu begegnen und Umsatzsteigerungen zu verzeichnen. Der rückläufige CMI weist auf Verlust von Behandlungsfällen mit hohem Schweregrad hin.

Die Analysen lassen Rückschlüsse auf die Positionierung der Krankenhäuser und die strategische Ausrichtung des medizinischen Leistungsgeschehens zu. Zur Bewertung der wirtschaftlichen Ergebnisse im Detail sollten die Krankenhäuser zusätzliche Auswertungen unter Berücksichtigung der mit der Leistungserstellung verbundenen Kosten vornehmen.

6.2.1 Krankenhausübergreifende Entwicklung der Leistungsgruppen

Die Leistungsschwerpunkte der sieben Krankenhäuser wurden - unabhängig von den Fachabteilungen - anhand der erwirtschafteten Case Mix-Punkte in den einzelnen Hauptdiagnosegruppen (MDC) analysiert. Das stationäre Leistungsgeschehen wird in Ansicht 9 mittels einer Case Mix-Punkte/ Case Mix-Index Matrix abgebildet.



Ansicht 9: Case Mix-Punkte und Case Mix-Index nach MDC 2011.

In den Krankenhäusern zusammen wurden die meisten Case Mix-Punkte mit der Behandlung der übergeordneten MDC „Kreislauf“, „Muskel/Skelett“, „Nerven“ und „Verdauung“ erbracht.

Die Verteilung des Leistungsgeschehens nach MDC zeigt sich in Ansicht 10.

Verteilung der Case Mix-Anteile auf die MDC 2011							
	KH 1	KH 2	KH 3	KH 4	KH 5	KH 6	KH 7
Prä-MDC	8,4 %	7,3 %	3,7 %	15,5 %	6,1 %	7,2 %	7,2 %
Nerven	10,7 %	9,8 %	7,4 %	10,2 %	4,6 %	13,0 %	12,2 %
Auge	0,1 %	5,7 %	0,0 %	2,5 %	0,0 %	3,4 %	0,1 %
HNO	3,8 %	4,7 %	5,1 %	4,5 %	1,5 %	6,6 %	2,0 %
Atmung	4,7 %	4,6 %	5,6 %	4,3 %	7,3 %	4,3 %	5,2 %
Kreislauf	17,6 %	12,8 %	15,7 %	15,1 %	18,5 %	17,0 %	14,5 %
Verdauung	8,3 %	7,7 %	12,2 %	5,1 %	13,1 %	6,3 %	7,6 %
Leber/Pankreas	2,4 %	2,8 %	3,6 %	2,3 %	4,5 %	2,8 %	2,6 %
Muskel/Skelett	14,7 %	16,8 %	22,6 %	8,6 %	17,8 %	8,7 %	14,2 %
Haut/Mamma	2,6 %	2,7 %	2,8 %	6,7 %	3,8 %	7,0 %	3,9 %
Endokrine	2,7 %	1,2 %	2,3 %	1,3 %	1,7 %	1,2 %	2,6 %
Harnorgane	5,0 %	2,7 %	4,9 %	4,9 %	4,3 %	6,0 %	6,5 %
Männl. Geschl.	2,6 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %	2,3 %	1,7 %	5,0 %
Weibl. Geschl.	1,6 %	1,3 %	2,6 %	2,4 %	3,2 %	3,7 %	2,5 %
Geburt	3,3 %	4,4 %	4,0 %	3,0 %	4,2 %	3,4 %	3,9 %
Neugeborene	4,6 %	7,6 %	1,4 %	3,5 %	1,6 %	0,9 %	4,6 %
Blut	0,6 %	0,5 %	0,8 %	0,6 %	0,5 %	0,6 %	0,5 %
Hämato/Onko	2,0 %	1,7 %	0,4 %	3,3 %	0,5 %	2,5 %	1,2 %
HIV	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Infekt	1,4 %	2,0 %	1,1 %	1,1 %	1,1 %	1,5 %	1,4 %
Psyche	0,1 %	0,3 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %
Alkohol	0,1 %	0,1 %	0,4 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
Polytrauma	0,9 %	0,3 %	0,2 %	0,9 %	0,4 %	0,4 %	0,6 %
Verletzungen	0,8 %	0,7 %	0,7 %	0,9 %	1,5 %	0,7 %	0,8 %
Verbrennungen	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %
Andere	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,5 %	0,1 %	0,3 %	0,2 %
Fehler	0,7 %	0,5 %	0,6 %	1,0 %	0,9 %	0,7 %	0,6 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Ges. ohne Prä-MDC	91,6 %	92,7 %	96,3 %	84,5 %	93,9 %	92,8 %	92,8 %

Farberklärung:
rot = Hauptdiagnosen mit höheren Case Mix-Anteilen (über Median)
blau = Hauptdiagnosen mit niedrigeren Case Mix-Anteilen (unter Median)
Quelle: DRG-Daten der Krankenhäuser. Eigene Auswertung und Darstellung.

Ansicht 10: Verteilung der Case Mix-Anteile auf die MDC 2011.

Ansicht 10 zeigt eine unterschiedliche Schwerpunktsetzung des stationären Leistungsspektrums der einzelnen Krankenhäuser. Während beispielsweise bei den Krankenhäusern 2 und 3 der größte Case Mix-Anteil bei der MDC „Muskel/Skelett“ zu verzeichnen war, waren in den Krankenhäusern 1, 5, 6 und 7 die MDC „Kreislauf“ am stärksten. Beim Krankenhaus 4 hatte die Prä-MDC den höchsten Case Mix-Anteil. Somit waren beim Leistungsspektrum aller untersuchten Krankenhäuser die MDC „Muskel/Skelett“, „Nerven“ und „Kreislauf“ am stärksten ausgeprägt.

Die Entwicklung einzelner Hauptdiagnosegruppen wird mit der bereits beschriebenen Clusterung (fallzahlinduzierte und CMI-induzierte Entwicklung) verdeutlicht.



Ansicht 11: Case Mix-Veränderung differenziert nach fallzahl- und CMI-induzierten Anteilen auf Basis von MDC (2009 bis 2011).

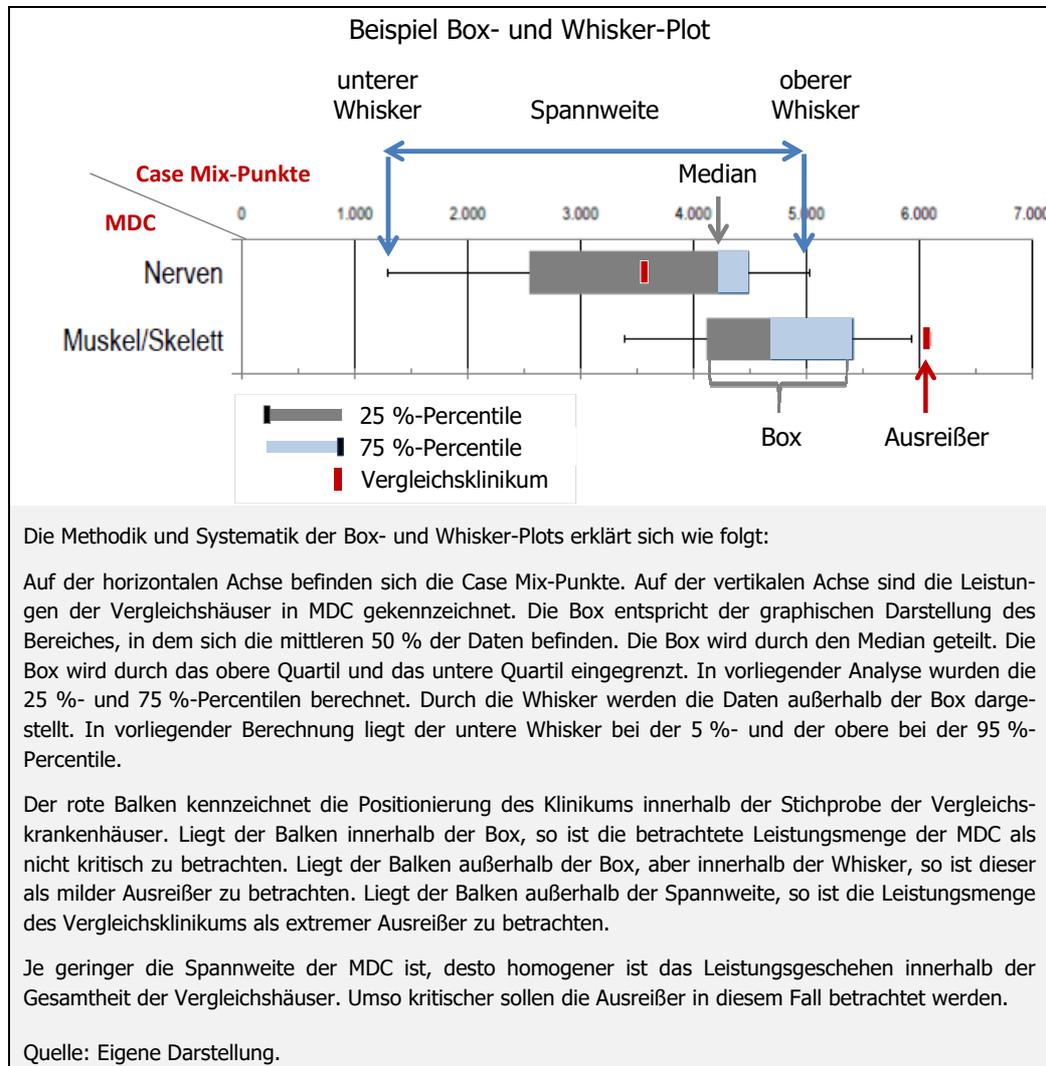
Das Cluster 3 in Ansicht 11 zeigt, dass über alle Krankenhäuser hinweg die MDC „Kreislauf“ die höchste CMI-induzierte und eine hohe fallzahlinduzierte Case Mix-Steigerung in den Jahren 2009 bis 2011 hatte. Die MDC „Nerven“ entwickelte sich überwiegend fallzahlinduziert und weniger CMI-induziert.

Im Cluster 4 verzeichnete die MDC „Muskel/Skelett“ eine starke fallzahlinduzierte Steigerung bei leichtem CMI-induzierten Rückgang. Die Prä-MDC verzeichnete eine fallzahlinduzierte Steigerung mit 3.109 Case Mix-Punkten und einen CMI-induzierten Rückgang von -509 Punkten.

Detaillierte Auswertungen des medizinischen Leistungsgeschehens wurden den Krankenhäusern und ihren Trägern auf individueller Datenbasis zur Verfügung gestellt. Sie erhielten damit auch anonymisierte Vergleichsdaten, mit denen es ihnen möglich ist, ihre medizinische Ausrichtung zu analysieren und strategisch zu steuern.

6.2.2 Krankenhausindividuelle Leistungsstruktur

Voraussetzung für die strategische Steuerung eines Krankenhauses ist eine detaillierte Analyse des medizinischen Leistungsgeschehens. In der vorliegenden Untersuchung wurde die Leistungsstruktur der einzelnen Krankenhäuser verglichen. Die Ergebnisse der Untersuchung werden mit Hilfe von Box- und Whisker-Plots dargestellt.

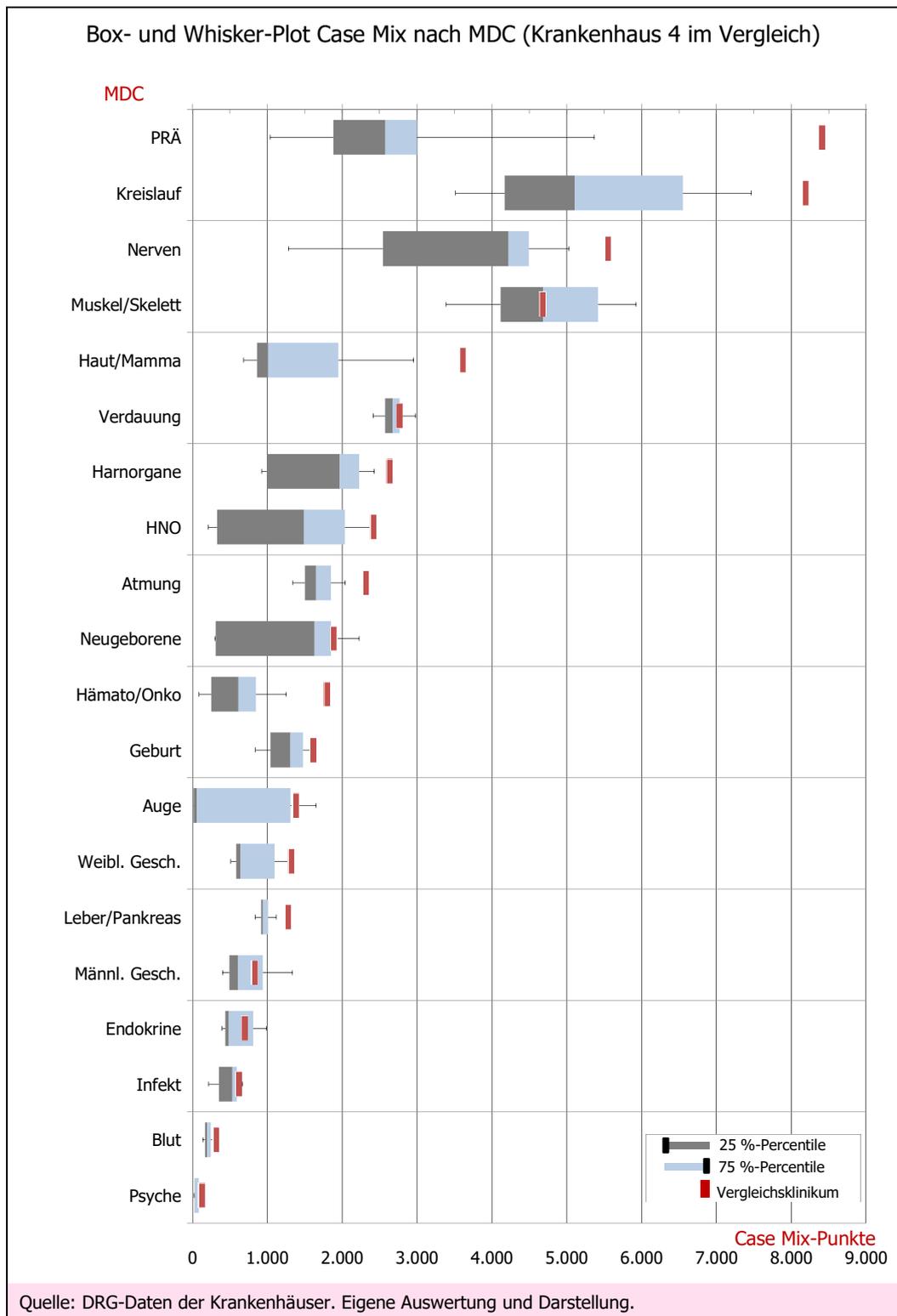


Ansicht 12: Beispiel Box- und Whisker-Plot.

Anhand der Positionierung der MDC eines einzelnen Krankenhauses in der Box- und Whisker-Plot ist ersichtlich, wie leistungsstark es im Vergleich zu den sechs hier einbezogenen Krankenhäusern ist. Ein Leistungswert der MDC innerhalb der Box zeigt ein vergleichsweise homogenes Leistungsgeschehen auf. Liegt der Leistungswert über der 95 %-Perzentile, ist zu klären, ob dies eine Stärke darstellt, die noch intensiviert werden kann, oder ob Fehlanreize vorliegen.

Die Analyse der Leistungsstärke einzelner Krankenhäuser über die MDC schafft die Grundlage zur Entwicklung von Strategien für das künftige Leistungsgeschehen. Dies wird am Beispiel des Krankenhauses 4 (Ansicht 13) und des Krankenhauses 5 (Ansicht 14) verdeutlicht.¹⁸

¹⁸ Für jedes Krankenhaus wurden jeweils die Top 20 der MDC ausgewählt und bewertet. Die Sortierung erfolgte nach Case Mix-Volumen je MDC in abnehmender Reihenfolge.



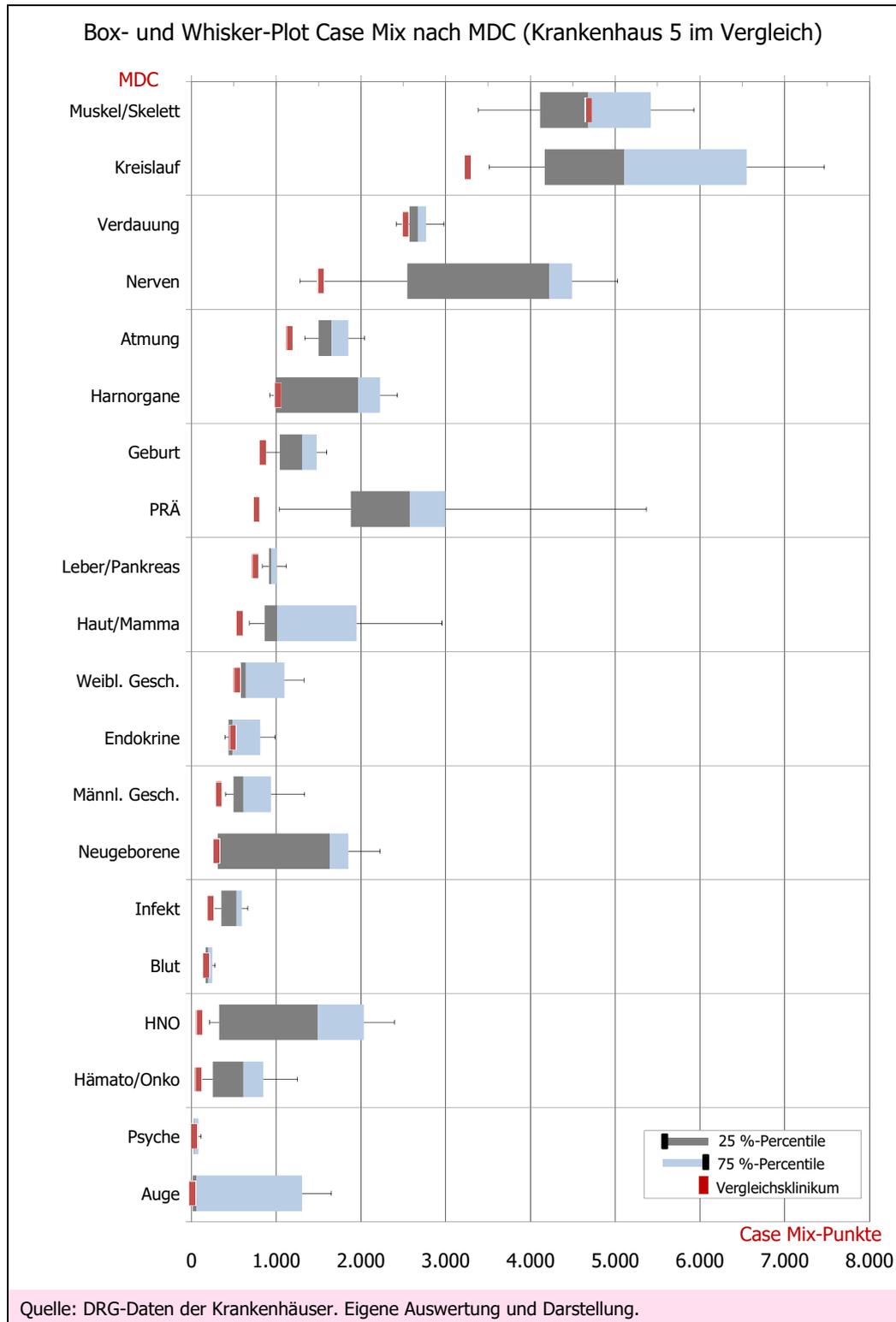
Ansicht 13: Box- und Whisker-Plot Case Mix nach MDC (Krankenhaus 4 im Vergleich).

Krankenhaus 4 war überdurchschnittlich stark in den MDC „Nerven“, „Haut/Mamma“, „Harnorgane“, „Atmung“, „Hämato/Onko“ und „Leber/Pankreas“, da es in diesen Kategorien oberhalb der 95 %-Perzentile lag. Vergleichsweise stark war die Positionierung des Krankenhauses 4 in den MDC, „HNO“, „Geburt“, „weibliche Geschlechtsorgane“ und „Blut“ zu sehen (größer 75 %-Perzentile und kleiner 95 %-Perzentile).

Prä-MDC sowie die MDC „Kreislauf“ lagen über 8.000 Case Mix-Punkte. Die Überörtliche Prüfung empfiehlt zu untersuchen, ob hier Fehlanreize zu einer Übersteuerung

des Leistungsangebots bestehen, oder ob es einen sachlichen Grund gibt, der auf eine besondere Stärke des Krankenhauses hindeutet.

Die Analyse im Krankenhaus 5 ergab folgendes Bild.



Ansicht 14: Box- und Whisker-Plot Case Mix nach MDC (Krankenhaus 5 im Vergleich).

Im Gegensatz zum Krankenhaus 4 war das Krankenhaus 5 unterdurchschnittlich in den MDC „Kreislauf“, „Atmung“, „Prä-MDC“, „Leber/Pankreas“, „Haut/Mamma“, „männliche Geschlechtsorgane“ sowie „HNO“ bezogen auf die Leistungsmenge. Die

Überörtliche Prüfung empfiehlt dem Krankenhaus 5, das Leistungsspektrum zu hinterfragen und eine Medizinstrategie aufgrund einer detaillierten Stärken- und Schwächenanalyse zu erarbeiten.

Die Leistungsstrukturen der anderen Vergleichshäuser sind ebenfalls mit Hilfe von Box- und Whisker-Plots dargestellt (vgl. Abschnitt 10, S. 78 ff.).

Die Analyse der Leistungsstrukturen nach MDC-Gruppen lässt folgende Schlüsse zu:

- Einige Krankenhäuser erzielten in einzelnen MDC-Gruppen mit ihren erbrachten Leistungen relativ geringe Case Mix-Punkte.
- Bedingt durch hohe Fallzahlen oder durch einen höheren durchschnittlichen Schweregrad erreichten einige Häuser relativ viele Case Mix-Punkte in einzelnen MDC-Gruppen.

Ob ein Haus seine Leistungen in einzelnen Bereichen verändern oder beibehalten sollte, ist auch im Hinblick auf übrige stationäre Versorgung der Bevölkerung im regionalen Umfeld zu bewerten. Erst dann lassen sich konkrete Empfehlungen für die Leistungsmenge und Dichte unter dem Aspekt einer qualitativ verbesserten und ökonomisch sinnhafteren Patientenversorgung bestimmen.

6.2.3 Qualität der Leistungserbringung - Patientenwohl

Für die Qualität der Leistungserbringung sind neben theoretischen Medizinkenntnissen auch andere qualitätssteigernde Aspekte, wie Routine und Expertise, maßgeblich. Für die nachfolgenden Auswertungen unterstellt die Überörtliche Prüfung, dass höhere Fallzahlen auch zur Steigerung der medizinischen Behandlungsqualität führen. Dieser Zusammenhang zwischen Fallzahl und Überlebenswahrscheinlichkeit bei großen komplexen chirurgischen Eingriffen wurde das erste Mal in einer wissenschaftlichen Arbeit von Birkmeyer im Jahr 2003 aufgezeigt.¹⁹ Diese Ausarbeitung hat dazu geführt, dass das Thema Mindestmengen weitverbreitet diskutiert wurde²⁰ und die Frage der Mindestmenge den Standardsetzer²¹ in Deutschland beschäftigt hat.

Ansicht 15 zeigt insbesondere deutliche Fallzahlenspreizungen in den folgenden Bereichen.

¹⁹ vgl. „Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States“, John D. Birkmeyer, M.D., Therese A. Stukel, Ph.D., Andrea E. Siewers, M.P.H., Philip P. Goodney, M.D., David E. Wennberg, M.D., M.P.H. and F. Lee Lucas, Ph.D. in *N Engl J Med* 2003; 349:2117-27.

²⁰ Der von Birkmeyer beobachtete Zusammenhang zwischen der Anzahl der Patienten der einzelnen operativen Gruppen und der Überlebenswahrscheinlichkeit ist in der anschließenden wissenschaftlichen Fachdiskussion nicht unumstritten geblieben. Es gibt einzelne Publikationen, die zu einem anderen Ergebnis gekommen sind, weil sie sich auf gut reproduzierbare chirurgische Eingriffe bezogen.

²¹ siehe beispielsweise Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der der Versorgung von Früh- und Neugeborenen vom 20. September 2005, (veröffentlicht BAnz 2005, Nr. 205, S. 15 684), in Kraft getreten am 1. Januar 2006, zuletzt geändert am 20. August 2009 (BAnz. 2009 S. 4450) in Kraft getreten am 1. Januar 2010, Quelle: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/41/>, zuletzt aufgerufen am 29. April 2013.

Ausgewählte klinische Leistungsgruppen nach Fallzahl 2011								
MDC	Klinische Leistungsgruppen	Fallzahl						
		KH 1	KH 2	KH 3	KH 4	KH 5	KH 6	KH 7
Nerven	Neurologie-Apoplexie (Schlaganfallbehandlung)	627	685	328	901	193	869	1.302
Atmung	Lunge/ Thorax-Chirurgisch	125	112	20	244	54	49	65
Kreislauf	Kardiologie-Ablation	213	0	16	341	0	65	0
Muskel/ Skelett	Ortho/ Unfall-Wirbelsäule	1.209	957	1.054	842	373	1.085	619
Hämato/ Onko	Leukämie	76	48	2	180	8	9	57
Polytrauma	Polytrauma	20	55	9	62	17	34	21

Farberklärung: rot = Maximum, blau = Minimum
Quelle: DRG-Daten der Krankenhäuser. Eigene Darstellung.

Ansicht 15: Ausgewählte klinische Leistungsgruppen nach Fallzahl 2011.

Deutlich wird die Heterogenität bei den Fallzahlen der Leistungserbringung anhand der ausgewählten Leistungsgruppen für die einzelnen Krankenhäuser (Ansicht 15):

- Neurologie-Apoplexie (Schlaganfallbehandlung): von 193 Fällen im Krankenhaus 5 bis zu 1.302 Fällen im Krankenhaus 7
- Lunge/ Thorax-Chirurgisch (chirurgische Therapie der Lunge): von 20 Fällen im Krankenhaus 3 bis 244 Fällen im Krankenhaus 4
- Kardiologie-Ablation (invasive Therapie) im Bereich des Herzens bei Herz-Rhythmus-Störungen: von 16 im Krankenhaus 3 bis zu 341 im Krankenhaus 4
- Ortho/ Unfall-Wirbelsäule (operative Versorgung der Wirbelsäule): von 373 im Krankenhaus 5 bis 1.209 im Krankenhaus 1
- Leukämie: von 2 Fällen im Krankenhaus 3 bis 180 im Krankenhaus 4
- Polytrauma: von 9 Fällen im Krankenhaus 3 bis 62 im Krankenhaus 4

Für Leistungsgruppen, die in obiger Darstellung durch besonders geringe Fallzahlen auffallen, sollte unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten abgewogen werden, ob es zielführend ist, diese an den Standorten weiterhin zu erbringen.²² Sofern es sich um ein solitär gelegenes Haus handelt, kann z.B. auf das Angebot einer Schlaganfallbehandlung schon deswegen nicht verzichtet werden, weil in vertretbarer räumlicher Entfernung keine adäquate Versorgung angeboten wird. Es ist also in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob etwa aus Versorgungsgründen auch eine medizinische Leistungsgruppe trotz Unterschreitung einer Mindestmenge aufrechtzuerhalten ist oder nicht. Diese Frage stellt sich vor allem bei elektiven²³ Maßnahmen, nicht jedoch bei der Notfallversorgung. Denn diese Frage mag im Fall eines solitär gelegenen Kran-

²² Die Rückschlüsse zwischen der Fallzahl und der Qualität beziehen sich nicht auf die Versorgung von sterbenden Patienten, die mit einem palliativen Ansatz beispielsweise bei der Diagnose fortgeschrittener Leukämie in der letzten Lebensphase wohnortnah behandelt werden. Hier tritt automatisch die Diagnose Leukämie als Hauptkodierung auf, was allerdings keine wirkliche Behandlung der Leukämie, sondern die Behandlung im präfinalen Status impliziert. Diese Interpretation gilt nur für wenige dieser Krankheitsbilder und sollte unter diesem Aspekt differenziert betrachtet werden.

²³ Elektive Maßnahmen sind planbare, nicht auf einem Notfall basierende Leistungen.

6.3 Hygiene

kenhauses anders zu beantworten sein als etwa für ein Krankenhaus in der Mitte der Rhein-Main-Region, wo eine Vielzahl von Krankenhäusern ansässig ist.

Die Prüfungsergebnisse lassen keine Rückschlüsse auf eine mögliche Reduzierung von konkreten Fachabteilungen/ Doppelvorhaltungen bei medizinischen Leistungen zu. Das Krankenhausumfeld (private, freigemeinnützige und andere öffentliche Träger) wurde nicht untersucht. Gleichwohl bestehen nach Einschätzung der Überörtlichen Prüfung Optimierungspotenziale. Die Krankenhäuser und ihre Träger sollten Möglichkeiten eruieren, ihre Fachabteilungen durch Spezialisierung und Kooperation zu konzentrieren. Ziel sollte es sein, neben einer gesteigerten Qualität zum Wohle des Patienten vor allem Doppelvorhaltungen von Infrastruktur und Personal zu vermeiden. Es empfiehlt sich, der Frage nachzugehen, ob man die umsatzstarken Abteilungen durch eine Bündelung und Konzentration der Leistungen im Primärbereich weiter stärken kann. Zudem würde dies die ökonomische Situation der Krankenhäuser verbessern.

6.3 Hygiene

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) wurde zuletzt am 28. Juli 2011 geändert. Zahlreiche Änderungen stellen erhöhte Anforderungen an die medizinischen Einrichtungen u.a. für die fortlaufende Dokumentation und Auswertung der Resistenzen und des Antibiotikaverbrauchs. Hintergrund der neuen Anforderungen war die steigende Anzahl der nosokomialen Infektionen durch resistente Erreger. Jährlich erwerben bis zu 600.000 Patienten eine nosokomiale Infektion²⁴ während ihres Krankenhausaufenthalts und bis zu 15.000 Menschen sterben an den Folgen solcher Infektionen.²⁵ Die Vernachlässigung der Hygienevorschriften und -regularien kann sogar Stations- und Hausschließungen zur Folge haben. Neben dem Imageschaden können hieraus auch hohe negative wirtschaftliche Effekte resultieren. Nach Expertenmeinung²⁶ sind mindestens ein Drittel dieser Infektionen durch gezielte Präventionsmaßnahmen vermeidbar.

Nach dem IfSG sind die Leiter der medizinischen Einrichtungen für die Durchführung der vom Robert Koch-Institut (RKI) empfohlenen Präventionsmaßnahmen verantwortlich, um die Gesundheit und Sicherheit ihrer Patienten zu gewährleisten. Die Pflicht zur Umsetzung und Durchsetzung der gesetzlichen Anforderungen liegt bei den Vertretern der Krankenhäuser und hat haftungsrechtliche Relevanz.²⁷

Bei der Vergleichenden Prüfung der sieben hessischen Krankenhäuser wurden Einheitskennzahlen (mikrobiologische Daten der Resistenzentwicklung der Krankenhäuser) und infektiologisch relevante Daten (z.B. Noroviren-Infektionen) jedes Krankenhauses abgefragt. Zudem wurden Begehungen der Häuser durchgeführt, um einen Überblick über die Situation der Krankenhaushygiene zu erhalten. Bei den Begehungen und bei der Prüfung der Unterlagen stellte sich die Situation der geprüften Kran-

²⁴ Es handelt sich um eine Infektion, die im Zuge eines Aufenthaltes oder einer Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung aufgetreten ist.

²⁵ Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze. Deutscher Bundestag. Drucksache 17/5708.

²⁶ Prof. Dr. med. Axel Kramer, Lehrstuhlinhaber des Instituts für Krankenhaushygiene und Umweltmedizin der Universitätsmedizin Greifswald, ehemaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene, Prüfungsverantwortlicher Bereich Hygiene, Senior Experte der MedAdvisors GmbH, Hamburg.

²⁷ § 93 Abs. 1 S. 1 AktG i.V.m. § 76 AktG begründet die Sorgfaltspflicht des Vorstands und die Pflicht zur Einrichtung eines Überwachungssystems zur frühzeitigen Erkennung von gefährdenden Entwicklungen gewertet. Bezug genommen wird auch häufig auf den Bereich des Ordnungswidrigkeitenrechts zur Haftung der Aufsichtspflichtigen im Unternehmen (§§ 130, 9 OWiG) und zur Haftung des Unternehmens selbst.

kenhäuser als durchweg zufriedenstellend dar. Die sieben untersuchten Krankenhäuser messen dem Thema Hygiene eine wichtige Bedeutung bei.

Trotz hoher Anstrengungen der Krankenhäuser ist fraglich, ob die Anforderungen des IfSG, vor allem im Hinblick auf Personalqualifikation, bis zum geforderten Zeitpunkt umgesetzt werden können. Die Überörtliche Prüfung empfiehlt auch unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten zu untersuchen, ob entsprechende Qualifikationen an jedem Standort vorgehalten werden sollten. Alternativ sollte die Einrichtung eines zentralen Hygieneinstituts erwogen werden.

6.4 Kapazitätsperspektive

Mittels einer Kapazitätsanalyse wurde ein Orientierungswert bezüglich der notwendigen Ressourcen für die Leistungserbringung der Krankenhäuser beziffert. Die aktuellsten vorliegenden Bettenzahlen²⁸ stammen aus dem Jahr 2010. Aus diesem Grund basiert die Berechnung der Kapazitätsperspektive auf den DRG-Daten der Krankenhäuser für das Jahr 2010.

In Ansicht 16 sind die Ausgangsparameter als Summenwerte der Vergleichskrankenhäuser dargestellt:

Ausgangsparameter 2010 für eine Kapazitätsperspektive								
Fallzahl	Outlier	Belegungstage	Verweildauer Tage	„teure“ Tage ¹⁾	Quote „teure“ Tage	Tage unter UGVWD	Tage oberhalb OGVWD	Tage Verlegung
214.312	45.034	1.452.549	6,8	152.673	10,5 %	91.044	35.206	19.443

¹⁾ „teure“ Tage: bei den Inlier die Tage zwischen mittleren Verweildauer und oberen Grenzverweildauer, vgl. auch Ansicht 2
 UGVWD: untere Grenzverweildauer
 OGVWD: obere Grenzverweildauer
 Quelle: DRG-Daten der Krankenhäuser 2009 bis 2011. Eigene Erhebungen und Darstellung.

Ansicht 16: Ausgangsparameter 2010 für eine Kapazitätsperspektive.

Die Berechnungssystematik geht von einer durchschnittlichen Bettenauslastung von 85 % aus.²⁹

Wie sich ferner eine optimierte Steuerung der Verweildauern – insbesondere der Anteil der Inlier³⁰ – auf eine Reduzierung von Belegungstagen und damit der Kapazitäten auswirken könnte, zeigt Ansicht 17.

²⁸ Planbetten

²⁹ Die Annahme von 85 % wurde aus dem Expertenwissen und der Herleitung der Bettenbedarfsplanung einzelner Bundesländer für Erwachsenensomatik als Zielwert für ein Krankenhaus abgeleitet.

³⁰ Inlier sind Patienten mit Liegezeit innerhalb des Intervalls der unteren und oberen Grenzverweildauer. Demgegenüber sind Outlier die Patienten mit Liegezeit außerhalb des Intervalls, das durch die untere und obere Grenzverweildauer definiert wird. Außerhalb des Intervalls entlassene Patienten führen durch Ab- und Zuschläge zu wirtschaftlichen Einbußen (vgl. auch Ansicht 2).

6.5 Umfeldanalyse nach regionalen Gegebenheiten

Kapazitätsperspektive						
Betten ¹⁾	Bettenkap. I ²⁾	Bettenkap. II ³⁾	Bettenkap. III ⁴⁾	Differenz zu Bettenkap. I	Differenz zu Bettenkap. II	Differenz zu Bettenkap. III
5.262	4.686	4.602	4.280	576	660	982

¹⁾ Bettenzahl bezieht sich auf die Summe der Planbetten (5.767) ohne die Betten der Psych./Psychosomatik (505)

²⁾ Bettenkapazität I: bei 85 % Nutzungsgrad

³⁾ Bettenkapazität II: bei 85 % Nutzungsgrad und 20 % Verkürzung der Verweildauer der Inlier oberhalb der mittleren Verweildauer („teure“ Tage)

⁴⁾ Bettenkapazität III: Bettenkapazität II zzgl. 10 % Verkürzung der Verweildauer der Inlier unterhalb der mittleren Verweildauer

Quelle: DRG-Daten der Krankenhäuser 2009 bis 2011. Eigene Erhebungen und Darstellung.

Ansicht 17: Kapazitätsperspektive.

Bei der Annahme der Auslastung von 85 % über alle Krankenhäuser ergibt sich eine freie Kapazität in einer Größenordnung von 576 Betten (Ansicht 17). Bei zusätzlich optimierter Verweildauersteuerung ergibt sich eine freie Kapazität in einer Größenordnung von bis zu 982 Betten.

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt eine Optimierung der Verweildauersteuerung und eine Reduzierung der vorhandenen Kapazitäten³¹ in einer Größenordnung von mindestens 500 Betten. Geringere Belegungstage, die in Bettenabbau umgesetzt werden können, bedeuten niedrigere Kosten. Diese Potenziale wurden bei der Szenarienbetrachtung im Szenario 3 (vgl. Abschnitt 8) berücksichtigt.

6.5 Umfeldanalyse nach regionalen Gegebenheiten

Nicht nur die Betrachtung einzelner Krankenhäuser, sondern auch die Berücksichtigung der Wettbewerber im regionalen Umfeld ist von entscheidender Bedeutung. Für die Umfeldanalyse wurden die DRG-Daten³² jeweiliger Krankenhäuser nach Patientenherkunft herangezogen.

Die Analyse ergab regionale Unterschiede: Das Klinikum Fulda, Klinikum Kassel und Klinikum Darmstadt wiesen eine relativ hohe Wettbewerbsstärke auf. Die anderen Krankenhäuser, vor allem die Kliniken des Main-Taunus-Kreises und die Hochtaunus-Kliniken, befanden sich in starkem Wettbewerb. Aufgrund einer hohen Krankenhausedichte war die Konkurrenz in der Rhein-Main-Region besonders stark. Somit stand den vorgehaltenen Kapazitäten eine vergleichsweise geringe Patientenzahl gegenüber. Die teilweise geringe Nachfrage nach einzelnen medizinischen Leistungen (seltene Eingriffe) kann einen Einfluss auf die qualitativen Aspekte der Patientenversorgung haben (vgl. Abschnitt 6.2.3). Um diese Situation zu vermeiden, sollte das Versorgungsangebot gerade in diesen Wettbewerbsregionen unter Berücksichtigung der Leistungen freigemeinnütziger, privater und anderer öffentlicher Krankenhäuser abgestimmt werden.

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, den gesamten Bereich der primären Patientenversorgung hessenweit zu analysieren und zu restrukturieren, um damit eine Basis für ein

³¹ Dieser Kapazitätsabbau soll unter Berücksichtigung der vorhandenen Isolationsquoten in einzelnen Fachabteilungen und baulichen Gegebenheiten (1-Bett-Zimmer) erfolgen.

³² Die Analyse der postleitzahlbezogenen § 21-Daten reflektiert weder im Ballungsgebiet noch in den ländlichen Gebieten das komplette Versorgungsangebot. Aus diesem Grund wies die Umfeldanalyse grundsätzliche systematische Schwächen auf, so dass aus diesen Daten keine direkte Schlussfolgerung auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen der Bevölkerung gezogen werden kann.

einheitliches Versorgungskonzept zu schaffen. Dieses soll gegebenenfalls Krankenhäuser außerhalb der Landesgrenzen berücksichtigen, da die Patienten sich bei ihrer Nachfrage nicht nur an Landesgrenzen orientieren.

Die Ergebnisse der Umfeldanalyse wurden bei der Szenarienbetrachtung im Abschnitt 8 berücksichtigt.

6.6 Ertrags- und Aufwandsanalyse

Ansicht 18 bildet die Entwicklung der Erträge und Aufwendungen der Jahre 2009 bis 2011 der untersuchten Krankenhäuser ab.

Übersicht der Erträge und Aufwendungen 2009 bis 2011										
	2009			2010			2011			2009 - 2011
	Erträge	Aufwendungen	Ergebnis	Erträge	Aufwendungen	Ergebnis	Erträge	Aufwendungen	Ergebnis	Summe
	T€	T€	T€	T€	T€	T€	T€	T€	T€	T€
KH 1	163.405	167.388	-3.983	161.367	164.513	-3.146	165.281	171.911	-6.630	-13.759
KH 2	198.511	195.063	3.448	198.459	195.801	2.658	187.033	196.205	-9.172	-3.066
KH 3	100.782	100.782	0	102.836	102.836	0	97.360	100.524	-3.164	-3.164
KH 4	216.747	213.953	2.794	233.772	233.772	0	258.593	258.593	0	2.794
KH 5	84.536	90.688	-6.153	96.844	104.211	-7.367	128.631	135.490	-6.859	-20.379
KH 6	171.946	176.771	-4.825	169.070	200.433	-31.362	169.269	215.392	-46.124	-82.311
KH 7	164.934	166.932	-1.997	168.086	173.502	-5.416	183.833	190.518	-6.685	-14.098
Summe	1.100.861	1.111.576	-10.715	1.130.433	1.175.067	-44.633	1.190.000	1.268.633	-78.634	-133.982

Farberklärung:

grün = Jahresüberschuss, rot = Jahresfehlbetrag (im Falle von KH3 nach Verrechnung der Verlustübernahme durch den Träger)

Quelle: Daten der Finanzbuchhaltung der Krankenhäuser. Eigene Berechnungen.

Ansicht 18: Übersicht der Erträge und Aufwendungen 2009 bis 2011.

Von den sieben Krankenhäusern hatten im Jahr 2009 fünf einen Jahresfehlbetrag; zusammen ergaben die Jahresergebnisse einen kumulierten Verlust in Höhe von rund 11 Mio. €. Sechs Krankenhäuser des Vergleichs verzeichneten in 2011 negative Jahresergebnisse. Über alle sieben Krankenhäuser ergab sich ein Verlust von rund 79 Mio. €.

Im Falle von Krankenhaus 3 wurden in den Jahren 2009 und 2010 Trägerzuschüsse geleistet, um Verluste in Höhe von 9,7 Mio. € und 7,6 Mio. € auszugleichen.

Das Krankenhaus 4 erzielte auch in 2010 und 2011 positive Ergebnisse, welche Ausschüttungen an Träger zuließen. Nach diesen Ausschüttungen wurde ein ausgeglichenes Ergebnis im Jahresabschluss ausgewiesen.

Das Krankenhaus 2 wies abgesehen vom Jahr 2011 (Jahresfehlbetrag von rund 9 Mio. €) positive Ergebnisse aus. Der Fehlbetrag in 2011 war vor allem auf rückläufige Umsatzerlöse zurückzuführen, die kurzfristig nicht durch Kostensenkung kompensiert werden konnten.

Zusammenfassend wird festgehalten, dass im Jahr 2011 trotz gestiegener Erträge mit einem Gesamtvolumen von rund 1,19 Mrd. € die Krankenhäuser nicht in der Lage waren die überproportional steigenden Aufwendungen in Höhe von rund 1,27 Mrd. €

6.6 Ertrags- und Aufwandsanalyse

zu kompensieren (Ansicht 18). Einen Überblick über die Personal- und Sachaufwendungen gibt Ansicht 19.

Personal- und Sachaufwendungen 2009 bis 2011										
Jahr	Krankenhaus/ Aufwand	KH 1	KH 2	KH 3	KH 4	KH 5	KH 6	KH 7	Summe	Anteil
		Mio. €								
2009	Personalaufwand	96	105	48	132	26	97	88	593	53 %
	Sachaufwand ₍₁₎	44	50	38	50	29	40	51	302	27 %
	Sachaufwand ₍₂₎	27	40	14	32	36	40	28	217	20 %
2010	Personalaufwand	96	108	50	125	25	101	92	597	51 %
	Sachaufwand ₍₁₎	45	50	38	54	33	48	53	321	27 %
	Sachaufwand ₍₂₎	23	38	15	55	46	52	28	257	22 %
2011	Personalaufwand	101	115	50	129	24	107	96	622	49 %
	Sachaufwand ₍₁₎	47	52	36	63	32	46	59	335	26 %
	Sachaufwand ₍₂₎	23	29	15	67	79	62	36	312	25 %
Entwicklung 2009 - 2011	Personalaufwand	5	10	2	-4	-2	10	7	29	
	in % p.a.	3 %	5 %	2 %	-1 %	-4 %	5 %	4 %	2 %	
	Sachaufwand ₍₁₎	4	1	-2	13	4	7	8	33	
	in % p.a.	3 %	2 %	-3 %	12 %	5 %	7 %	8 %	5 %	
	Sachaufwand ₍₂₎	-4	-11	0	36	43	22	8	95	
	in % p.a.	-8 %	-15 %	4 %	45 %	48 %	24 %	13 %	20 %	
	Gesamt	5	1	0	45	45	39	24	157	
	in % p.a.	1 %	0 %	0 %	10 %	22 %	10 %	7 %	7 %	

Anmerkung: Entwicklung 2011 gegenüber 2009 ist als geometrisches Mittel dargestellt.

Sachaufwand₍₁₎: Kontenklasse 6 (Betriebliche Aufwendungen wie bspw. medizinischer Bedarf, Verwaltungsbedarf usw.)

Sachaufwand₍₂₎: Kontenklasse 7 (Zinsaufwand usw.)

Quelle: Daten der Krankenhäuser. Eigene Aufstellung gemäß den Zuordnungskatalogen.

Ansicht 19: Personal- und Sachaufwendungen 2009 bis 2011.

Die Personalaufwendungen insgesamt stiegen 2011 gegenüber 2009 durchschnittlich um 2 % pro Jahr und die betrieblichen Aufwendungen, die das tatsächliche Leistungsgeschehen widerspiegeln (Sachaufwendungen₍₁₎), um 5 % pro Jahr.

Die hohe Steigerung des Aufwands in Krankenhaus 5 (22 %) war zum größten Teil auf die Auflösung von Ausgleichsposten zurückzuführen. Bei den Sachaufwendungen₍₁₎ verzeichnete das Krankenhaus eine Steigerung von 5 % und war in der Betrachtung der Vergleichskrankenhäuser nicht außergewöhnlich. Der Anteil der Personalaufwendungen am Gesamtaufwand war trotz Tarifierhöhungen leicht rückläufig (53 % im Jahr 2009 zu 49 % im Jahr 2011). Auffallend war die hohe Bandbreite der Entwicklung des Personalaufwands. Während sich dieser im Krankenhaus 6 um 5 % erhöhte, war in den Krankenhäusern 4 und 5 ein Rückgang erkennbar. Dieser Rückgang war mit einer Auslagerung des Personals auf Tochtergesellschaften zu begründen, was sich jedoch in höheren Sachkosten widerspiegelt.

Mit der Kennzahl „€ pro Case Mix-Punkt“ wurde ein Bezug zwischen Erträgen, Aufwendungen und Leistungen der Krankenhäuser hergestellt (Ansicht 20). Sie erlaubte Aussagen im Hinblick auf Auffälligkeiten bei den Ertrags- und Aufwandspositionen³³

Erträge und
Aufwendungen in
€ pro Case Mix-Punkt

³³ Bei der Prüfung wurden die Daten der Finanzbuchhaltung der Krankenhäuser nach der im Abschnitt 9 beschriebenen Methodik vergleichbar gemacht. Erträge aus Fördermitteln, Erträge aus der Auflösung von

der Krankenhäuser. Somit konnten die Krankenhäuser unabhängig von ihrer Größe und Struktur in einen objektiven Vergleich aufgenommen werden.

Ausgewählte Ertrags- und Aufwandspositionen im Vergleich (in € pro Case Mix-Punkt)										
	2011							Durchschnitt		
	KH 1	KH 2	KH 3	KH 4	KH 5	KH 6	KH 7	2011	2009	Entwicklung in % p.a.
Jahresergebnis	-153	-232	-183	0	-343	-186	-1.307	-325	-47	-
Erträge gesamt ¹⁾ davon:	4.701	4.722	4.566	4.771	6.441	5.104	4.797	4.918	4.802	1,2 %
- aus DRG-Entgelten	2.981	3.075	3.046	3.104	3.003	3.134	3.002	3.061	3.043	0,3 %
- aus Zuschlägen	27	51	17	23	35	29	92	39	65	-22,7 %
- aus ambulanten Leistungen § 116b SGB V	0	86	255	4	0	93	23	70	47	22,2 %
- aus Apothekenversorgung	420	212	3	0	0	91	196	113	152	-13,7 %
- Erträge aus Fördermitteln nach dem KHG	89	81	94	142	1.591	210	82	241	100	55,5 %
Aufwand gesamt ²⁾ davon:	4.854	4.954	4.749	4.771	6.785	5.289	6.104	5.243	4.848	4,0 %
Personalaufwand	2.416	2.905	2.794	2.373	1.214	2.652	3.041	2.570	2.586	-0,3 %
Medizinischer Bedarf – Fremdpersonal, Konsile, Integr. Versorgung	257	96	60	57	10	87	163	97	58	29,7 %
Wirtschaftsbedarf, sonstige Fremdleistungen	3	16	72	20	0	90	32	36	24	23,7 %
Instandhaltung, davon:										
Gebäude, Betriebstechnik	70	80	57	57	70	188	64	84	125	-18,1 %
Medizintechnik	62	115	123	115	55	68	51	90	75	9,7 %
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	23	26	9	55	169	9	281	76	30	59,3 %
Auflösung von Ausgleichsposten und Zuführungen der Fördermittel nach KHG	91	53	99	149	1.535	212	7	224	121	36,1 %
Abschreibungen – Abschreibungen Sachanlagen	68	143	81	173	405	326	292	205	158	13,7 %
Sonstige ordentl. Aufwendungen – externe Dienstleistungen	74	0	0	0	1.395	11	127	142	105	16,4 %

Anmerkung: Entwicklung 2011 gegenüber 2009 ist als geometrisches Mittel dargestellt. Die Durchschnittswerte 2011 bzw. 2009 berechnen sich als Summe der Erträge bzw. Aufwendungen aller sieben Krankenhäuser geteilt durch die Gesamtzahl der Case Mix-Punkte.

¹⁾ inkl. Erträge aus Fördermitteln nach dem KHG; Zuweisungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand sowie Zuwendungen Dritter; Erträge aus der Einstellung von Ausgleichsposten aus Darlehensförderung und für Eigenmittelförderung; Erträge aus der Auflösung von Sonderposten, Verbindlichkeiten nach dem KHG und Ausgleichsposten aus Darlehensförderung

²⁾ inkl. Auflösung von Ausgleichsposten und Zuführungen der Fördermittel nach dem KHG zu Sonderposten oder Verbindlichkeiten KHG: Krankenhausfinanzierungsgesetz

Quelle: Daten der Krankenhäuser; Eigene Erhebungen und Darstellung

Ansicht 20: Ausgewählte Ertrags- und Aufwandspositionen im Vergleich (in € pro Case Mix-Punkt).

Sonderposten, Erträge und Aufwendungen für Ausgleichs- oder Erstattungen verzerren das tatsächliche Bild der Ertragslage. Zum einen, da einige der genannten Posten erfolgsneutral gebucht werden, zum anderen, weil bspw. durch bestimmte Erstattungen die tatsächliche Inanspruchnahme einer Leistung nicht eindeutig abgebildet wird.

Die gesamten Erträge der Krankenhäuser in € pro Case Mix-Punkt stiegen im Zeitraum 2009 bis 2011 um durchschnittlich 1,2 % pro Jahr (oder 58 € pro Case Mix-Punkt). Die Aufwendungen hingegen wuchsen um durchschnittlich 4,0 % pro Jahr (oder 198 € pro Case Mix-Punkt) an.

Ansicht 20 zeigt über den betrachteten Prüfungszeitraum ein durchschnittliches Wachstum in Höhe von 0,3 % pro Jahr bei den Erträgen aus DRG-Entgelten. Das bedeutet für die weitere Analyse, dass sich der Wert des einzelnen Case Mix-Punkts und die damit in direkten Zusammenhang stehenden Ertragskomponenten wie beispielsweise Zusatzentgelte und Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) um 0,3 % pro Jahr erhöht hat. Diese Veränderung der Mengenkomponenten (DRG-Leistungen) ist maßgeblich für die Beurteilung aller Aufwandsveränderungen in € pro Case Mix-Punkt.

Der oben beschriebenen leichten Erhöhung stand ein deutlicher Rückgang von durchschnittlich rund 23 % pro Jahr (oder 13 € pro Case Mix-Punkt) an Erlösen aus Zuschlägen gegenüber. Ferner zeigte sich ertragsseitig, gemessen an den stationären Leistungskenngrößen, eine Zunahme der ambulanten Erträge nach § 116b SGB V in Höhe von rund 22 % pro Jahr (oder 12 € pro Case Mix-Punkt). Dies zeigte ein steigendes Volumen an hochspezialisierten Leistungen sowie bei seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen.

Die Erträge aus Apothekenversorgung verringerten sich im Prüfungszeitraum um rund 14 % pro Jahr (oder 20 € pro Case Mix-Punkt).

Anders als die Erhöhung des Gesamtaufwands (4,0 % pro Jahr) stiegen auf der Ertragsseite die DRG-Entgelte der Krankenhäuser nur um 0,3 % pro Jahr (oder 9 € pro Case Mix-Punkt). Die Personalaufwendungen waren mit 0,3 % pro Jahr (oder 8 € pro Case Mix-Punkt) rückläufig. Demgegenüber stiegen die Aufwendungen für den medizinischen Bedarf sowie die Aufwendungen für externe Dienstleistungen, Fremdpersonal oder auch Fremdleistungen stark an (rund 30 % pro Jahr oder 20 € pro Case Mix-Punkt).

Zinsen und ähnliche Aufwendungen (Veränderung von +59 % pro Jahr oder 23 € pro Case Mix-Punkt) sowie Abschreibungen (Veränderung von +14 % pro Jahr oder 24 € pro Case Mix-Punkt) belasteten zunehmend die Ergebnisse der Krankenhäuser, da sie aus dem operativen Betrieb finanziert werden müssen.

Ergebnisse nach Leistungsbereichen

Im Folgenden wird ein Überblick über das aufwands- und ertragsseitige Betriebsgeschehen auf Leistungsebene im Jahr 2011 gegeben. Im Fokus liegen dabei die Differenzierungen der Ergebnisse nach den folgenden Leistungsbereichen:

- Primärer Leistungsbereich (medizinischer Bereich)
- Sekundärer Leistungsbereich (bspw. Apotheke, Sterilisation)
- Tertiärer Leistungsbereich (bspw. Verwaltung)

Ansicht 21 fasst die für diese Analyse bedeutendsten Werte zusammen.

Ausgewählte Ertrags- und Aufwandspositionen nach Bereichen vor Umlagen 2011								
Bereich	KH 1	KH 2	KH 3	KH 4	KH 5	KH 6	KH 7	Summe
	T€							
Primärer Bereich	57.461	54.775	21.533	86.735	30.540	54.958	41.837	347.840
Sekundärer Bereich	-29.103	-27.421	-10.713	-31.105	-14.768	-27.553	-10.951	-151.614
Tertiärer Bereich, davon:	-34.936	-36.710	-12.886	-51.368	-22.475	-75.478	-37.564	-271.418
<i>Leitung und allg. Verwaltung</i>	-14.576	-17.638	-4.621	-5.309	-6.865	-29.571	-19.539	-98.120
<i>Technik und Bau</i>	-7.213	-6.530	-4.293	-31.110	-6.372	-23.693	-8.373	-87.584
<i>Wirtschaft und Versorgung</i>	-11.182	-9.384	-1.652	-11.959	-8.160	-19.264	-6.713	-68.313
Sonstige Einrichtungen ¹⁾	-52	184	-1.098	-4.262	-155	1.949	-7	-3.442
Ergebnis								-78.634

¹⁾ Sonstige Einrichtungen umfassen die Betriebe, die mit der stationären Versorgung nicht unmittelbar korrelieren, bspw. Produktionsbetriebe, Gesundheitsakademien, etc.
Quelle: Daten der Krankenhäuser; Eigene Erhebungen.

Ansicht 21: Ausgewählte Ertrags- und Aufwandspositionen nach Bereichen vor Umlagen 2011.

Der primäre Leistungsbereich erwirtschaftete insgesamt rund 348 Mio. €. Das Gesamtergebnis des primären Leistungsbereichs reichte jedoch nicht aus, um die Fehlbeiträge der Sekundär- und Tertiärbereiche abzudecken. So ergab sich im Jahr 2011 ein Verlust über alle sieben Krankenhäuser in Höhe von rund 79 Mio. €.

Insgesamt ist die finanzielle Situation von sechs der sieben geprüften Krankenhäuser schlecht, so dass – unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten und gesetzlichen Vorschriften – der sekundäre Bereich (ZSVA, Apotheke, Medizintechnik, etc.) weitmöglichst zentralisiert werden sollte. Kooperationen oder weiterreichende Verbünde solcher sekundären Bereiche könnten hierbei erhebliche Einsparpotentiale erschließen.³⁴ Für die Optimierung des primären Leistungsbereichs wird auf die Ausführungen in Abschnitt 6.2 (S. 12 ff.) verwiesen.

Hinsichtlich des tertiären Bereichs sollte untersucht werden, inwieweit dessen Aufgaben (Verwaltung, Bau und Technik, etc.) spezialisiert und konzentriert werden können. So könnte etwa an eine Zusammenlegung von administrativen Bereichen (Buchhaltung, Personalverwaltung) gedacht werden. Durch kurzfristig mögliche Kooperationen oder mittelfristig entwickelbare Verbünde können Kosten verringert und eine wirtschaftliche Stabilisierung der Krankenhäuser erreicht werden. Investitions- und Transaktionskosten einer solchen Strukturänderung bzw. Zentralisierung sind für die einzelnen Reorganisationskonzepte in Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen zu beziffern.

³⁴ vgl. auch die Ausführungen in Abschnitt 8, S. 69 ff.

6.7 Maßnahmen zur Steuerung und Kontrolle

6.7.1 Risikomanagementsystem

Jede unternehmerische Tätigkeit ist aufgrund der Unsicherheit künftiger Entwicklungen mit Chancen und Risiken verbunden. Risiken, die isoliert betrachtet von nachrangiger Bedeutung sind, können im Zusammenwirken oder durch Kumulation im Zeitablauf zu einem bestandsgefährdenden Risiko werden. Im Bereich des Klinikbetriebes können daneben auch solche Risiken vorliegen, die das Patientenwohl gefährden.³⁵

Die Gesamtheit aller organisatorischen Regelungen und Maßnahmen zur Risikoerkennung und zum Umgang mit den Risiken unternehmerischer Betätigung kann als Risikomanagement bezeichnet werden.³⁶ Ein Risikomanagementsystem hat die Aufgabe, bestehende Risiken zu erfassen, zu analysieren und zu bewerten. Außerdem hat es risikobezogene Informationen in systematisch geordneter Weise an die zuständigen Entscheidungsträger weiterzuleiten.

Im Rahmen der Analyse der Risikomanagementsysteme wurden die nachstehend genannten Bestandteile untersucht, um ein Bild von den Systemen zu erhalten (Ansicht 22).

Übersicht Risikomanagementsysteme der Kliniken							
	KH 1	KH 2	KH 3	KH 4	KH 5	KH 6	KH 7
Aufbau und Fortentwicklung	✓	✓	✓	✓	○	○	●
Fortschreibung Risikokatalog	jährlich, anlassbezogen	halbjährlich	halbjährlich	jährlich, anlassbezogen	●	jährlich	●
Reichweite	✓	✓	○	✓	○	○	●
Verantwortlichkeiten	✓	✓	✓	✓	○	✓	●
Organisatorische Einbindung Risikobeauftragter	Medizinmanagement	kfm. Controlling, med. Controlling	Stabstelle QRM	Medizin, Technik, Pflege, Verwaltung	Sanierungsstab	kfm. Controlling	●
Vertretungsregelung	✓	✓	✓	✓	✓	✓	●
Risikoidentifikation	✓	●	✓	✓	○	○	●
Risikogruppierung	✓	●	✓	✓	●	○	●
Wahrscheinlichkeitsstufen	4 - 8	4 - 8	4 - 8	4 - 8	●	<4	●
Stufen für Schadenshöhen	4 - 8	4 - 8	<4	4 - 8	●	<4	●
Risikoberichtswesen	✓	●	✓	✓	○	○	●
Berichtszyklus	jährlich	●	halbjährlich	monatlich, quartalsw., jährlich	14-tägig	jährlich	●

³⁵ Als Leitbild für die Ausgestaltung und Reichweite eines Risikomanagementsystems vgl. IDW PS 340 vom 11. September 2000: Die Prüfung des Risikofrüherkennungssystems nach § 317 Abs. 4 HGB.

³⁶ Gegenstand der Prüfung ist das System „Risikomanagement“. Dementsprechend wird nur die Identifikation, der Umgang sowie eine angemessene Reaktionsmöglichkeit bei eintretenden Ereignissen beurteilt. Eine Beurteilung der einzelnen Risiken sowie deren Auswirkung bei Ereigniseintritt war nicht Gegenstand der Prüfung.

Übersicht Risikomanagementsysteme der Kliniken							
	KH 1	KH 2	KH 3	KH 4	KH 5	KH 6	KH 7
Ad-hoc	✓	●	✓	✓	●	✓	●
Handbuch bzw. Verfahrensdokumentation	✓	✓	✓	✓	●	○	●
Veröffentlichung	Intranet, E-Mail	Intranet, E-Mail	Intranet	Intranet (geplant)	●	Intranet, Papierform	●
Gesamtbild	✓	○	✓	✓	○	○	●

✓ = sichergestellt / vorhanden / ausreichend
 ○ = teilweise sichergestellt/ teilweise vorhanden/ teilweise ausreichend
 ● = nicht sichergestellt / nicht vorhanden / nicht ausreichend
 Quelle: Eigene Erhebungen

Ansicht 22: Übersicht Risikomanagementsysteme der Kliniken.

Die Risikomanagementsysteme der Krankenhäuser wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten implementiert und waren in Aufbau, Organisation und Reichweite sehr unterschiedlich. Die Risikomanagementsysteme in drei Krankenhäusern waren zielführend implementiert. Dagegen war in einem geprüften Krankenhaus ein Risikomanagementsystem formell vorhanden, die Nutzung dieses Systems konnte aber nicht nachgewiesen werden (Krankenhaus 7).

Zu den Risikomanagementsystemen der Krankenhäuser³⁷ wurden nachfolgende Feststellungen getroffen:

- Aufbau und Fortentwicklung der Risikomanagementsysteme:

Während ein Krankenhaus bereits seit 2002 über ein Risikomanagementsystem verfügte, wurde das Risikomanagementsystem in einem anderen Krankenhaus erst im Jahr 2012 abschließend eingeführt. In zwei Krankenhäusern wurde erst im Jahr 2012 mit der Einführung eines umfassenden Systems begonnen. Der Aufbau der Systeme erfolgte grundsätzlich durch interne Stellen/Abteilungen und wurde zusätzlich durch den Abschlussprüfer überwacht. In einem Krankenhaus wurde eine zusätzliche Planstelle für das Risikomanagement geschaffen. Ein anderes Krankenhaus verfügte lediglich im Rahmen eines Sanierungsprogramms über ein partielles Risikomanagementsystem.

- Reichweite des Risikomanagementsystems:

Die implementierten Systeme umfassten beim Großteil der geprüften Kliniken alle Abteilungen, Bereiche und vorhandenen Tochterunternehmen. In einem Krankenhaus war das Risikomanagementsystem noch nicht in die Praxis umgesetzt. Ein anderes Krankenhaus konnte den Nachweis einer umfassenden Reichweite nicht erbringen.

- Verantwortlichkeiten beim Risikomanagement:

Neben den Geschäftsführern als Hauptverantwortliche waren in allen Krankenhäusern Risikomanagementverantwortliche benannt. Es gab Vertretungsregelungen.

³⁷ Die HSK Kliniken, Wiesbaden, finden keine Berücksichtigung.

- Risikoidentifikation:

Erkannte Risiken wurden in einem Risikokatalog aufgenommen. Sie waren nach ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit und möglicher Schadenhöhe jeweils in vier bis acht Stufen beurteilt. Die Risikogruppen in den jeweiligen Risikokatalogen der einbezogenen Krankenhäuser betrafen das regulatorische Umfeld³⁸, die Veränderungen der Wettbewerbsstruktur³⁹, die medizinischen Prozesse⁴⁰, die Prozesse der Verwaltung⁴¹ sowie die medizinische und bauliche Infrastruktur⁴².

Bei den Krankenhäusern wurden die drei Risiken mit den höchsten Eintrittswahrscheinlichkeiten, die drei Risiken mit der größten Schadenshöhe und den die drei Risiken mit der höchsten Gefährdungsstufe erhoben. Von herausragender Bedeutung sind demnach in den Kliniken das Kostenrisiko aus anstehenden Tarifierhöhungen, die Arbeitsmarktentwicklung, das schlechte Zahlungsverhalten der Kostenträger sowie die Beanstandungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen.

- Risikoberichtswesen:

Die Geschäftsleitungen der Krankenhäuser wurden über Risiken turnusmäßig informiert. Der Berichtszyklus variierte dabei zwischen vierzehntägiger und jährlicher Berichterstattung. Ausgenommen davon sind anlassbezogene Meldungen, welche ad-hoc kommuniziert werden.

Aus der Verpflichtung für Aktiengesellschaften, ein Risikofrüherkennungssystem einzurichten, wird die Pflicht zum Aufbau eines Risikomanagementsystems abgeleitet. Unabhängig von möglicherweise hieraus ableitbaren Rechtspflichten für Gesellschaften in anderen Rechtsformen, empfiehlt die Überörtliche Prüfung deren Einsatz für alle Krankenhäuser. Die Einrichtung eines geeigneten und wirksamen Risikomanagementsystems liegt in der Verantwortung von Geschäftsführung und Aufsichtsrat.

6.7.2 Internes Kontrollsystem

Ziel eines Internen Kontrollsystems ist es, durch geeignete Maßnahmen in den betrieblichen Prozessen Kontrollen zu realisieren. Diese Kontrollen sollen dazu führen, die Wahrscheinlichkeit für Fehler in den Arbeitsabläufen zu verringern sowie aufgetretene Fehler aufzudecken. Damit sollten negative Wirkungen auf die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage vermindert werden. Interne Kontrollsysteme⁴³ werden grundsätzlich in prozessintegrierte (insbesondere das Vieraugenprinzip oder Zugriffskontrollen für finanzrelevante IT-Systeme) und prozessunabhängige (Interne Revision) Kontroll- und Überwachungsmaßnahmen unterteilt.

Die Internen Kontrollsysteme wurden in ausgewählten Kernbereichen der Krankenhäuser hinsichtlich der definierten Ablauforganisation untersucht: Vertragscontrolling/ Einkauf, Personalmanagement, Abrechnung von Krankenhausleistungen, Schadensfäl-

³⁸ u.a. Änderungen spezifischer Gesetze (Strahlenschutz, Transfusionsmedizin, Brandschutz), arbeits- und sozialrechtliche Änderungen, Änderung der Abgeltung von Dienstleistungen (DRG)

³⁹ u.a. Änderung der Anbietersituation im Umfeld des Krankenhauses, Veränderungen der Zuweiserstrukturen, Veränderung des Einweisungsverhaltens, Veränderungen der Patientenerwartungen und -ansprüche

⁴⁰ u.a. therapeutische und pflegerische Abläufe, veränderte Anforderungen an medizinische Leistungen, Produkt-/ Dienstleistungshaftung, Zuweiser-/ Kostenträgermanagement

⁴¹ u.a. Strategie- und Managementrisiken, Personalwesen, Einkauf, Finanzrisiken, Öffentlichkeitsarbeit

⁴² u.a. Infrastrukturrisiken, Gebäudemanagement, Ausschreibungsänderungen, Informationstechnische Risiken

⁴³ grundlegend IDW PS 261 n.F. vom 1. März 2012: Feststellung und Beurteilung von Fehlerrisiken und Reaktionen des Abschlussprüfers auf die beurteilten Fehlerrisiken

le und Versicherungsschutz, Periodenabschluss sowie Berichtswesen. Erfahrungsge-
mäß können sich Schwächen und Fehler in diesen Bereichen aufgrund der hohen Zahl
gleichartiger Transaktionen negativ auf die wirtschaftliche Lage auswirken.

Ausgewählte Ergebnisse zu den Regelungen für die Internen Kontrollsysteme lassen
sich wie folgt zusammenfassen:

Im Bereich Vertragscontrolling/ Einkauf sollen interne Kontrollmaßnahmen sowohl
eine sachgerechte als auch eine wirtschaftlich vertretbare Handlungsweise im Hinblick
auf bezogene Fremdleistungen sowie Materialaufwendungen gewährleisten. Darüber
hinaus sollen dolose Handlungen verhindert oder aufgedeckt werden.

Vertragscontrolling/
Einkauf

Im Rahmen der Vergleichenden Prüfung wurden die Organisation des Einkaufs, die
Bedarfsermittlung, die Bestellabwicklung, der Wareneingang, die Rechnungsprüfung,
der Zahlungsausgang und die Reklamationsbearbeitung untersucht.

Im betrachteten Bereich ergaben sich keine Hinweise für Auffälligkeiten. Lediglich
zwei Krankenhäuser konnten keine einheitlichen Verfahrensanweisungen für die Be-
darfsermittlung und Bestellabwicklung vorweisen.

Auffällig waren die Unterschiede bei der Freigabegrenze der Geschäftsführung. Wäh-
rend in einem Krankenhaus der Vergleichsgruppe Anschaffungen ab 5.000 € durch die
Geschäftsführung genehmigt werden mussten, lag die Freigabegrenze der Geschäfts-
führung in einem anderen Krankenhaus bei 50.000 €. Zwei Krankenhäuser verfügten
über keine dokumentierten Freigabegrenzen.

Interne Kontrollsysteme des Personalmanagements haben schwerpunktmäßig die
Aufgabe, den optimalen Einsatz der Mitarbeiter sowie die korrekte Gehaltsabrechnung
und zeitliche Erfassung der Arbeitsleistung zu gewährleisten.

Personal-
management

In einem Krankenhaus wurden Tantiemen und Sonderurlaube gewährt, ohne dass die
Bemessung dieser Leistungsanreize dem Grunde oder der Höhe nach nachgewiesen
werden konnte. Diese undifferenzierte Verfahrensweise sollte durch ein vorab be-
stimmtes, dokumentiertes und nachvollziehbares Leistungsanreizsystem ersetzt wer-
den. Ansonsten ergaben sich keine Hinweise für Auffälligkeiten.

Die Abrechnung der erbrachten Leistungen gegenüber den Krankenkassen als den
Kostenträgern ist ein wesentlicher Kernprozess. Interne Kontrollsysteme tragen dazu
bei, eine korrekte Abrechnung von Krankenhausleistungen sicherzustellen, um sowohl
ein Optimum an Umsatzerlösen zu generieren als auch Überprüfungen durch Dritte
(u.a. durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen - MDK) standzuhal-
ten.

Abrechnung von
Krankenhaus-
leistungen

In diesem Bereich ergaben sich keine Hinweise für Auffälligkeiten.

Interne Kontrollsysteme im Bereich Schadensfälle und Versicherungsschutz sollen die
Patientensicherheit nachhaltig erhöhen. Damit wird die Schadens- und Leistungshöhe
der Versicherung minimiert wie auch die Prämienzahlung gesenkt.

Schadensfälle und
Versicherungsschutz

Die Krankenhäuser setzten in diesem Bereich unterschiedliche Standards. Während
die Mehrzahl der Krankenhäuser bereits ein sog. CIRS (Critical Incident Reporting
System) zur Erhöhung der Patientensicherheit implementiert hatte, befand sich das
CIRS in einem Krankenhaus in der Erprobungsphase; ein weiteres Krankenhaus ver-
fügte zum Prüfungszeitpunkt über kein CIRS.

Des Weiteren erfassten die Krankenhäuser zum Teil Personen- und Sachschäden nicht
zentral. Nur ein geringer Teil der Krankenhäuser nutzte die Möglichkeit eines umfas-
senden Haftpflichtreports.

Periodenabschluss

Das Interne Kontrollsystem im Bereich Periodenabschluss soll die periodengerechte Erfassung aller Geschäftsvorfälle gewährleisten. Rückwirkende Änderungen nach Buchungsschluss sollen grundsätzlich vermieden oder nur mit der entsprechenden Sonderberechtigung ausgeführt werden.

Die Krankenhäuser stellten die Mängel in Bezug auf periodengerechte Erfassung von Geschäftsvorfällen im Verlauf des Prüfungszeitraums weitgehend ab. Krankenhäuser, die über ein vergleichsweise enges und strukturiertes Berichtswesen verfügten, konnten frühzeitig und problemlos ihren Jahresabschluss erstellen.

Berichtswesen

Interne Kontrollmaßnahmen im Rahmen des Berichtswesens gewährleisten, dass sowohl die Geschäftsführung als auch der Aufsichtsrat und die Gesellschafter über aktuelle Entwicklungen zeitgerecht und umfassend informiert werden. Auf diese Weise können Maßnahmen rechtzeitig eingeleitet werden, um Vermögensschäden des Krankenhauses zu vermeiden.

- Berichterstattung an die Geschäftsführung

Die Berichterstattung der Fachbereiche an die Geschäftsführungen war in den Krankenhäusern unterschiedlich ausgestaltet. Es wurde deutlich, dass nicht alle Klinikleitungen eine zeitlich, inhaltlich und eine der Wirtschaftslage angepasste optimale Informationsgewinnung und –auswertung wählten. Folglich konnten nicht alle Geschäftsführungen immer über alle notwendigen Informationen verfügen. Die betroffenen Geschäftsführungen konnten somit nicht auf mögliche Planungsabweichungen zeitnah reagieren.

- Berichterstattung der Geschäftsführung an den Aufsichtsrat und an die Gesellschafter

Auch die Berichterstattung der Geschäftsführungen an die Aufsichtsräte war unterschiedlich. So wurde der Aufsichtsrat eines Krankenhauses unabhängig von den Aufsichtsratssitzungen jeden Monat sehr detailliert informiert, während in einem anderen Krankenhaus die Geschäftsführung dem Aufsichtsrat lediglich einmal im Quartal berichtete.

Interne Revision

Eine Interne Revision ist grundsätzlich als Teil des prozessunabhängigen Internen Kontrollsystems nicht in das operative Geschäft eingebunden. Organisatorisch drückt sich dies dadurch aus, dass sie als unabhängige Stabsstelle etabliert sein sollte. Sie sollte sowohl planmäßige als auch anlassbezogene Prüfungen vornehmen. Ansicht 23 zeigt einen vergleichenden Überblick über die Ausgestaltung der Internen Revision.

Ausgestaltung der Internen Revision							
	KH 1	KH 2	KH 3	KH 4	KH 5	KH 6	KH 7
Interne Revision als unabhängige Stabsstelle	●	✓ ¹⁾	●	●	✓	✓	●
Jährlicher Revisionsplan	n.d.	✓	○	○	●	✓	n.d.
anlassbezogene Revisionshandlungen	n.d.	✓	✓	✓	✓	✓	✓

✓ = vorhanden/ umgesetzt; ● = nicht vorhanden/ nicht umgesetzt; ○ = teilweise vorhanden/ teilweise umgesetzt; n.d. = nicht dokumentiert;
¹⁾ Aufgabe wird auftragsgemäß durch Schwestergesellschaft wahrgenommen
 Quelle: Befragungen, eigene Darstellung.

Ansicht 23: Ausgestaltung der Internen Revision.

Die Prüfungshandlungen bezogen sich auf den Aufbau und den Ablauf der Internen Revision. Zur Beurteilung des Ablaufs wurden schwerpunktmäßig die Prüfungsplanung der Internen Revision sowie deren Auswertungen und Berichterstattungen untersucht.

Formal bestand bei allen Krankenhäusern eine Interne Revision. Im Krankenhaus 7 war zwar eine Interne Revision formal vorhanden, jedoch konnten keine dokumentierten Ergebnisse über ihre durchgeführten Prüfungen vorgelegt werden. Im Krankenhaus 4 war die Stelle der Internen Revision vakant. Im Krankenhaus 2 nahm die Aufgabe der Internen Revision auftragsgemäß ein Schwesterunternehmen regelmäßig wahr.

Die Überörtliche Prüfung hält es angesichts der komplexen Strukturen eines Krankenhausbetriebs für zielführend, eine angemessene und wirksame Interne Revision sicherzustellen.

6.7.3 Compliance Management System

Compliance ist die Verantwortung der Organe einer Gesellschaft, die Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen, vertraglicher Verpflichtungen und interner Richtlinien bzw. Regelungen zu gewährleisten. Hierzu zählen neben internen Arbeits- und Dienstabweisungen auch die eigens gesetzten ethischen Regularien und Standards.⁴⁴ Angestrebtes Ziel von Compliance ist es somit, die Haftungsrisiken, denen Geschäftsführer/Vorstände, Aufsichtsräte, Mitarbeiter und das Unternehmen selbst im Rahmen der alltäglichen Geschäftsaktivitäten unterliegen, zu minimieren.⁴⁵ Die Kontrolle eines den Verhältnissen des Unternehmens entsprechenden Compliance Management Systems fällt in den Pflichtenkatalog der Überwachungstätigkeit des Aufsichtsrats.⁴⁶

Keines der geprüften Krankenhäuser verfügte im Prüfungszeitraum über ein umfassendes Compliance Management System. Um die Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen an einen Krankenhausbetrieb sicherzustellen, sollte nach Auffassung der Überörtlichen Prüfung ein funktionsfähiges Compliance Management System eingerichtet werden.

6.8 Bauliche und technische Infrastruktur

6.8.1 Einführung

Die baulichen Strukturen haben die medizinischen Prozesse und die technischen Abläufe funktional zu unterstützen. Sie bestimmen über die äußere und innere Erschließung, die Vernetzung der Funktionsbereiche sowie die funktional-räumlichen Bedingungen für Personal, Patienten und Besucher. Sie beeinflussen die Höhe der Investitionen sowie die Betriebskosten eines Krankenhauses.

Bei jeder Baumaßnahme sind bereits im Planungsprozess klare Vorgaben aus der medizinischen Betriebsorganisation einzubeziehen.

In der vergleichenden Prüfung wurden die baulichen Strukturen hinsichtlich der Investitionen, der Betriebskosten sowie der medizinischen Funktionalität analysiert. Dabei wurden neben den Planungs- und Bauunterlagen auch Daten der Finanzbuchhaltung

⁴⁴ Schneider, ZIP 2003, S. 645; Baumbach/Hueck-Zöllner/Noack, § 35 GmbHG, Rn. 68a

⁴⁵ Hauschka, in: Hauschka (Hrsg.), Corporate Compliance, § 1, Rn. 24

⁴⁶ vgl. Hüffer, § 111 AktG, Rn. 3 m.w.N. Zu beachten ist die Möglichkeit des Aufsichtsrats nach § 107 Abs. 3 Satz 2 AktG aus seiner Mitte einen Prüfungsausschuss zu bestellen, der das Interne Kontrollsystem überwacht.

herangezogen sowie Begehungen und Interviews während der örtlichen Erhebungen durchgeführt.

In die Untersuchung wurden die Krankenhäuser mit ihren einzelnen Standorten unter Berücksichtigung der im Prüfungszeitraum⁴⁷ genutzten Gebäude und der in Planung oder im Bau befindlichen Maßnahmen einbezogen. Abweichend zu den übrigen klinikbezogenen Untersuchungen (Abschnitte 6.2 bis 6.7) wurden auch Gebäude- und Anlagestruktur der Standorte der Kreiskliniken Kassel GmbH⁴⁸ und des Krankenhauses Bad Arolsen GmbH beurteilt. Damit war es möglich, Krankenhäuser ähnlicher Größe in der Vergleichenden Prüfung zu bewerten.

Kennwerte

Für den Vergleich der baulichen Anlagen der Krankenhäuser wurden zwei Größenklassen gebildet:

- Große Krankenhäuser mit über 800 Betten / über 31.000 m² Nutzfläche
- Kleine Krankenhäuser mit bis zu 400 Betten / unter 15.000 m² Nutzfläche

Diese Aufteilung basiert auf den unterschiedlichen Baustrukturen durch die sehr unterschiedlichen Flächengrößen von unter 15.000 m² bis über 31.000 m², sowie den unterschiedlichen Ausprägungen des medizinischen Leistungsgeschehens (vgl. Abschnitt 6.2): Für kleinere Krankenhäuser ergibt sich danach eine geringere technische Komplexität. Das Krankenhaus Bad Homburg mit 474 Betten wurde aufgrund der Nutzfläche von 31.428 m² in den Vergleich der großen Krankenhäuser aufgenommen.

Im Folgenden wurden für jedes Krankenhaus drei Flächenkategorien definiert:

- Für die Bewertung der zukünftigen Klinikstrukturen (Ansicht 24) wurden die Flächen ermittelt, die in den nächsten Jahren in Betrieb bleiben sowie die aktuell im Bau oder Umstrukturierung befindlichen Gebäudeteile und in vorgelegter Planung befindlichen Projekte.
- In den Ansichten zur Analyse der Investitionskosten (Ansicht 25 und Ansicht 26) sind nur die Flächen der betrachteten Einzelprojekte abgebildet.
- In Ansicht 27 und Ansicht 28 wurden als Bewertungsbasis der getätigten Instandhaltungsinvestitionen die zum Prüfungszeitpunkt in Betrieb befindlichen Bestandsflächen aufgeführt.

⁴⁷ Prüfungszeitraum: Jahre 2009 bis 2011. Da Planungs- und Realisierungszeiträume im Krankenhausbau bei größeren Projekten zwischen 7 und 10 Jahren betragen, wurde der Datenerhebungszeitraum in diesem Teilbereich auf 11 Jahre erweitert.

⁴⁸ Krankenhäuser in Helmarshausen, Hofgeismar, Wolfhagen

Kennwerte der großen und kleinen Krankenhäuser								
Große Krankenhäuser								
	Darmstadt	Frankfurt	Offenbach	Fulda	Kassel	Bad Homburg	Gesamt	
Nutzfläche ¹⁾	51.414 m ²	36.729 m ² ⁴⁾	58.284 m ² ⁵⁾	45.053 m ²	60.785 m ²	31.428 m ²	283.693 m ²	
Betten ²⁾	975	807	858	982	1.092	474	5.188	
Struktur ³⁾	Stapeltyp	Stapeltyp	Stapeltyp	Stapeltyp	Stapeltyp	Stapeltyp		
Kleine Krankenhäuser								
	Bad Arolsen	Helmars- hausen	Hofgeismar	Wolfhagen	Bad Soden	Hofheim	Usingen	Gesamt
Nutzfläche ¹⁾	7.912 m ²	2.974 m ²	5.030 m ²	3.909 m ²	15.219 m ² ⁶⁾	10.505 m ²	6.878 m ²	52.426 m ²
Betten ²⁾	146	66	120	88	325	176	100	1.021
Struktur ³⁾	Paralleltyp	Stapeltyp	Stapeltyp	Stapeltyp	Paralleltyp	Stapeltyp	Stapeltyp	
Summe	Nutzfläche							336.119 m ²
	Betten							6.209

¹⁾ Nutzfläche ist die zum Zeitpunkt der örtlichen Erhebungen in Betrieb und in vorgelegter Planung befindliche Flächen.

²⁾ aufstellbare Betten

³⁾ Der Stapeltyp bezeichnet ein Gebäude, bei dem die Funktionsbereiche der Klinik konzentriert in den Sockelebenen (Breitfuß) angeordnet sind. Darüber stapeln sich die Pflegeebenen. Demgegenüber realisiert der Paralleltyp die Funktions- und Pflegeebenen auf derselben Ebene.

⁴⁾ aktuelle Neubaufäche; die im Betrieb verbleibende Bestandsfläche konnte nicht angegeben werden.

⁵⁾ inklusive des aktuell noch im Teilbetrieb befindlichen Bestands-Hochhauses

⁶⁾ eigene Berechnung

Quelle: Angaben der Krankenhäuser

Ansicht 24: Kennwerte der großen und kleinen Krankenhäuser.

Insgesamt wurden eine zum Prüfungszeitpunkt in Betrieb befindliche und für die nahe Zukunft prognostizierte Nutzfläche von 336.119 m² sowie 6.209 aufstellbare Betten herangezogen.

6.8.2 Investitionen und Instandhaltung

Ansicht 25 und Ansicht 26 zeigen die in den betrachteten Krankenhäusern in den letzten Jahren durchgeführten bzw. zum Prüfungszeitpunkt geplanten baulichen Maßnahmen. Neben den absoluten Kosten sind Kennwerte pro m² Nutzfläche bzw. pro Bett errechnet. Diese lassen eine Vergleichbarkeit zu.

[Investitionen](#)

Investitionen der großen Krankenhäuser							
	Darmstadt	Frankfurt	Fulda	Kassel	Offenbach	Hochtaunus	Summe [Durchschnitt ¹⁾]
Umfang	(a) Konservative Medizin (b) Zentraler Neubau	Teilneubau	Mutter-Kind Zentrum	1.+2. Bauabschnitt	Teilneubau	Neubau (a) Bad Homburg (b) Usingen ²⁾	
Status	(a) realisiert (b) Planung	Planung	realisiert	in Bau	realisiert	in Bau	
Betten	(a) 278 (b) 697	807	79	386	680	(a) 474 (b) 100	3.501
Nutzfläche	(a) 10.664 m ² (b) 26.659 m ²	36.729 m ²	4.089 m ²	18.466 m ²	29.741 m ²	38.306 m ²	164.654 m ²
Investitionen	(a) 58,9 Mio. € (b) 130,0 Mio. €	197,8 Mio. €	15,4 Mio. €	140,7 Mio. €	170,0 Mio. €	185,1 Mio. €	897,9 Mio. €
- je m ²	(a) 5.523 € (b) 4.876 €	5.385 €	3.772 €	7.621 €	5.716 €	4.831 €	[5.453 €]
- je Bett ³⁾	(a) 211.870 € (b) 186.514 €	245.105 €	195.219 €	364.583 €	250.000 €	322.408 €	[256.467 €]

¹⁾ Durchschnittswerte errechnen sich aus den Summenwerten.

²⁾ Für Investitionskosten lag nur die Gesamtangabe inkl. Standort Usingen vor.

³⁾ vgl. zur Bandbreite der Kennwerte die nachfolgenden textlichen Erläuterungen

Quelle: Angaben der Krankenhäuser; Eigene Erhebungen und Darstellung

Ansicht 25: Investitionen der großen Krankenhäuser.

Die Investitionen im Klinikum Darmstadt zeigen den jüngsten Teilersatzneubau für den Bereich der Konservativen Medizin (Haus 6). Außerdem sind die zum Prüfungszeitpunkt in Planung befindlichen weitreichenden Ergänzungs- und Umbauten aufgeführt, die im Zuge der Auflösung des Standorts Eberstadt und seiner Integration in den Standort Grafenstraße im Zentrum Darmstadts notwendig sind. Dieses Projekt befindet sich in der Antragsstellungsphase. Für die Konservative Medizin lief zum Zeitpunkt der örtlichen Erhebungen die Prüfung des Verwendungsnachweises. Die Kosten lagen trotz der geringen Komplexität im oberen Bereich des Vergleichs. Gleichwohl ist keine zukunftsfähige Klinikstruktur entstanden (vgl. Abschnitt 6.8.3, S. 50).

Für das Klinikum Frankfurt Höchst wurde die Planung eines Ersatzneubaus bewilligt. Das Projekt befand sich in einem frühen Planungsstadium. Die Weiternutzung von Bestandsgebäudeteilen, z.B. des Wirtschaftshofs und Teilen des Untergeschosses des Bestands, war noch nicht abschließend fixiert.

Das Klinikum Fulda und das Klinikum Kassel gingen den Weg der schrittweisen Teilersatzneubauten und Umstrukturierungen der Bestandsstruktur. Somit konnten nur Teilprojekte benannt werden. Der Vergleich der Investitionen der Krankenhäuser bezogen auf die Nutzfläche zeigte einen geringen Wert im Klinikum Fulda. Dieser erklärt sich durch die Art des Projekts „Mutter-Kind-Zentrum“ mit geringen technischen Anforderungen. Der Wert ist mit den anderen Großkliniken nicht vergleichbar. Die Kosten der zum Prüfungszeitpunkt geplanten umfänglichen Maßnahmen wurden von dem Klinikum Fulda noch nicht beziffert.

Im Klinikum Kassel waren ebenfalls über 65 % der Gebäude neu gebaut oder als Neubau geplant. Das Klinikum wies den Maximalwert €/ m² Nutzfläche mit einer erheblichen Differenz zum Durchschnittswert aus. Dieser Wert ist zu erklären durch die

bauabschnittsweise Erstellung der angegebenen Bauphasen und die besondere Komplexität durch die Erstellung im laufenden Krankenhausbetrieb.

Das Klinikum Offenbach hatte einen Ersatzneubau realisiert, jedoch wesentliche Bestandsgebäude noch nicht aus dem Betrieb genommen. Hierdurch erklärt sich die Differenz „aktuell in technischem Betrieb“ befindlicher Flächen (Ansicht 24) zu den Neubauf Flächen (Ansicht 25).

In den Krankenhäusern Bad Homburg und Usingen wurde mit der Erstellung von Ersatzneubauten begonnen. Das Investitionsvolumen wurde von den Hochtaunus-Kliniken auf insgesamt 185 Mio. € beziffert.

Auffällig waren die hohen Investitionen pro Bett in den Hochtaunus-Kliniken und im Klinikum Kassel. In den Hochtaunus-Kliniken handelte es sich um komplette Krankenhausstrukturen. Der Kennwert belegt eine im Verhältnis zur Gesamtnutzfläche geringe Bettenzahl. Im Klinikum Kassel war dies durch die geringe Anzahl von Betten in den mit Kosten belegten Bauphasen zu erklären.

In den letzten Jahren wurden nach den Angaben der Kliniken in den geprüften großen Krankenhäusern rund 898 Mio. € (vgl. Ansicht 25) in Projekten mit Neubauten und/oder weitgreifenden Umbauten investiert bzw. befanden sich zum Prüfungszeitpunkt in der Investitionsbewilligung (inkl. Hochtaunus-Kliniken an den Standorten Bad Homburg und Usingen mit einer Gesamtinvestitionssumme). Die Summe der Nutzflächen der angegebenen Projekte betrug 164.654 m². Hieraus ergab sich ein durchschnittlicher Investitionswert von 5.453 €/m² Nutzfläche.

Investitionen
pro Bett

Investitionen der kleinen Krankenhäuser						
	Bad Arolsen	Hofgeismar	Wolfhagen	Bad Soden	Hofheim	Summe [Durchschnitt ¹⁾]
Umfang	Umbau und Erweiterung	Neubau	Neubau	Umbau ¹⁾	Neubau	
Status	Planung	Planung	Planung	realisiert	in Bau	
Betten	146	120	88	- ²⁾	176	530
Nutzfläche	7.912 m ²	5.030 m ²	3.909 m ²	9.081 m ²	8.835 m ²	34.766 m ²
Investitionen	23,3 Mio. €	27,7 Mio. €	23,6 Mio. €	45,1 Mio. €	42,4 Mio. €	162,1 Mio. €
- je m ²	2.950 €	5.501 €	6.025 €	4.966 €	4.799 €	[4.661 €]
- je Bett	159.841 €	230.583 €	267.614 €	- ²⁾	240.909 €	[-]

¹⁾ Durchschnittswerte errechnen sich aus den Summenwerten.

²⁾ überwiegend Funktionsräume, teilweise in angegliederter Privatklinik
Quelle: Angaben der Krankenhäuser; Eigene Erhebungen und Darstellung

Ansicht 26: Investitionen der kleinen Krankenhäuser.

Bei den kleinen Krankenhäusern in Ansicht 26 fiel das Krankenhaus Bad Arolsen auf. Der geringe Investitionswert pro m² erklärte sich durch die bereits in den letzten Jahren vorgenommenen Instandhaltungen (vgl. Unterabschnitt Instandhaltung, S. 42 ff.). Geplant waren die Restrukturierung im laufenden Betrieb sowie ein Erweiterungsbau.

Ebenfalls im laufenden Betrieb umgebaut und erweitert wurde das Krankenhaus in Bad Soden.

Ersatzneubaumaßnahmen wurden bei den Hochtaunus-Kliniken an den Standorten Bad Homburg und Usingen sowie bei den Kliniken des Main-Taunus-Kreises am Standort Hofheim vorgenommen.

In den betrachteten kleinen Krankenhäusern wurden Investitionen in Höhe von 162 Mio. €⁴⁹ in Neu- oder Umbauten getätigt bzw. geplant. Sie betrafen eine Nutzfläche von 34.766 m². Hieraus ergab sich ein durchschnittlicher Investitionswert von 4.661 €/ m² Nutzfläche.

Für die bauliche Infrastruktur und die medizinische Ausstattung aller betrachteten Krankenhäuser wurden in den Jahren 2001 bis 2011 in Summe von rund 1,1 Mrd. €⁵⁰ investiert oder befand sich zum Prüfungszeitpunkt in der Investitionsbewilligung. Allein hiervon waren Investitionen in Höhe von 470 Mio. € genehmigt bzw. in der Ausführung für die Kliniken des Main-Taunus-Kreises, des Hochtaunuskreises und in Frankfurt Höchst. Diese drei Krankenhäuser liegen lediglich bis zu 25 km voneinander entfernt. Die Krankenhäuser hatten weitgehend untereinander keine Abstimmungen im Hinblick auf bauliche Maßnahmen getroffen. Zur Finanzierung der Investitionen wurden neben den Fördermitteln des Landes oder Zuschüssen der Träger auch Eigenmittel der Krankenhäuser eingesetzt. Diese eigenfinanzierten Investitionsanteile der Krankenhäuser belasteten durch Abschreibungen und Zinsen deren operative Ergebnisse.

Investitionsbedarf

Das Verhältnis der künftig im Krankenhausbetrieb befindlichen Flächen (336.119 m² Nutzfläche) zu den neu gebauten, modernisierten bzw. zum Prüfungszeitpunkt in Planung befindlichen Flächen (199.420 m² Nutzfläche), zeigt, dass 60 % der Nutzflächen auf aktuellem Stand der Technik waren. Die verbleibenden Nutzflächen teilten sich auf in 15 % oder 50.500 m² Nutzfläche, die kurzfristig aus dem technischen Krankenhausbetrieb genommen werden können (überwiegend Flächen in Offenbach am Main [Hochhaus] und Kassel [mehrere Gebäude]) sowie 25 % oder rund 84.000 m² Nutzfläche, die in den nächsten Jahren noch zu sanieren und zu restrukturieren sind. Wie Ansicht 25 zeigt, ergibt sich ein Durchschnittswert von 5.453 €/ m² Nutzfläche. Selbst bei einer vorsichtigen Schätzung mit einem unteren Referenzwert von 3.000 €/ m² Nutzfläche (die technisch aufwändigen Bereiche sind überwiegend erneuert), ergibt sich mittelfristig über die Fläche ein weiterer Investitionsbedarf von rund 250 Mio. €.

Instandhaltungen

Instandhaltungen sind den Gebäudewert erhaltende Maßnahmen. Diese definieren sich nach DIN 31051:2012-09 – Norm zu Grundlagen der Instandhaltung.

Für Zwecke dieser Untersuchung wurden in Ermangelung von Instandhaltungsbudgets oder Instandhaltungsbudgetplanungen die Instandhaltungsaufwendungen aus der Finanzbuchhaltung herangezogen. In keinem Krankenhaus wurde in der Finanzbuchhaltung zwischen Instandhaltung und wertverbessernden Maßnahmen mit Bezug zu Gebäuden und deren Flächendarstellungen so unterschieden, dass eine bauliche Auswertung zu Einzelgebäuden möglich war.

Die Instandhaltungsaufwendungen wurden als Gesamtsumme je Krankenhaus in Beziehung zu der gesamten Nutzfläche gesetzt (Ansicht 27 und Ansicht 28). Diesen Kennzahlen wurden Referenzwerte des Statistischen Bundesamts „Instandhaltungskosten von Krankenhäusern“ (120 € bis 150 €/ m² Nutzfläche und Jahr)⁵¹ gegenübergestellt.

⁴⁹ Summe aus Investitionen der kleinen Krankenhäuser (ohne Usingen)

⁵⁰ Summe der Investitionen aus Ansicht 25 und Ansicht 26

⁵¹ vgl. Statistisches Bundesamt 2010, Fachserie 12 Reihe 6.3

Instandhaltungen der großen Krankenhäuser							
	Darmstadt	Frankfurt	Fulda	Kassel	Offenbach	Bad Homburg	Summe [Durchschnitt]
Zeitraum ¹⁾	11	3	3	3	11	3	
Nutzfläche	56.000 m ²	50.575 m ²	44.818 m ²	65.881 m ²	64.814 m ²	23.588 m ²	305.676 m ²
Instandhaltungen	45 Mio. €	15 Mio. €	6 Mio. €	12 Mio. €	38 Mio. €	2 Mio. €	
- jährlich	4,1 Mio. €	4,9 Mio. €	2,1 Mio. €	3,9 Mio. €	3,4 Mio. €	0,8 Mio. €	19,3 Mio. €
- je m ² und Jahr	73 €	97 €	48 €	59 €	53 €	33 €	[63 €]

¹⁾ 11-Jahreszeitraum für die Jahre 2001 bis 2011, 3-Jahreszeitraum für die Jahre 2009 bis 2011
Quelle: Angaben der Krankenhäuser; Eigene Erhebungen und Darstellung

Ansicht 27: Instandhaltungen der großen Krankenhäuser.

Für die bestehenden Gebäude wurden aus den, von den Krankenhäusern benannten, Instandhaltungsaufwendungen ein Durchschnittswert von 19,3 Mio. € pro Jahr für die großen Kliniken berechnet. Dies ergab einen Durchschnittswert von 63 €/ m² Nutzfläche pro Jahr bei Zugrundelegung der Bestandsfläche von 305.676 m² vor Realisierung aktueller Projekte.⁵²

Instandhaltungen der kleinen Krankenhäuser					
	Bad Arolsen	Helmars hausen, Hofgeismar und Wolfhagen	Bad Soden und Hofheim	Usingen	Summe [Durchschnitt]
Zeitraum ¹⁾	3	3 ²⁾	11	3	
Nutzfläche	7.300 m ²	17.653 m ²	20.113 m ²	5.748 m ²	50.814 m ²
Instandhaltungen	5 Mio. €	7 Mio. €	23 Mio. €	0,5 Mio. €	
- jährlich	1,6 Mio. €	2,3 Mio. €	2,1 Mio. €	0,2 Mio. €	6,2 Mio. €
- je m ² und Jahr	226 €	132 €	103 €	29 €	[122 €]

¹⁾ 11-Jahreszeitraum für die Jahre 2001 bis 2011, 3-Jahreszeitraum für die Jahre 2009 bis 2011
²⁾ Bestandsflächen in einer Summe zusammengefasst, da die Kosten in einer Summe angegeben wurden
Quelle: Angaben der Krankenhäuser; Eigene Erhebungen und Darstellung

Ansicht 28: Instandhaltungen der kleinen Krankenhäuser.

Für die kleinen Krankenhäuser wurde aus den, von den Kliniken benannten, Instandhaltungsaufwendungen ein Wert von durchschnittlich 6,2 Mio. € pro Jahr bei einer Bestandsfläche von 50.814 m² berechnet. Damit wurden 122 €/ m² Nutzfläche vor Realisierung aktueller Projekte durchschnittlich aufgewendet. Die Differenz zu den großen Krankenhäusern ist deutlich.

Bei den kleineren Krankenhäusern stand diesem höheren Wert der Instandhaltungsaufwendungen eine geringere Investitionssumme gegenüber (vgl. Unterabschnitt Investitionen, S. 39 ff.). Obwohl im Krankenhaus Bad Arolsen (GNH Kliniken) vergleichsweise hohe Instandhaltungen (Aufwendungen von durchschnittlich 226 €/ m²

⁵² vgl. zur Ermittlung der Bestandsfläche die Definition der Flächenkategorien auf S. 38

Nutzfläche) durchgeführt wurden, war für weitere Umbauten und Teilerweiterungen ein hohes Investitionsvolumen geplant. In den Kreiskliniken Wolfhagen und Hofgeismar sowie den Kliniken des Main-Taunus-Kreises in Hofheim waren Ersatzneubauten offenkundig notwendig.

Eine Abschätzung des aktuellen Instandhaltungsstaus berechnete sich aus den 84.000 m² Nutzfläche, die funktional noch nicht saniert waren und in den letzten 11 Jahren eine durchschnittliche Instandhaltung von 71 €/ m² Nutzfläche⁵³ erfahren hatten. Demzufolge ergibt sich gegenüber dem unteren Referenzwert des Statistischen Bundesamts von 120 €/ m² ein überschlägiges jährliches Instandhaltungsdefizit von rund 50 €/ m². Die Summe der Instandhaltungsrückstände belief sich demnach für 11 Jahre auf rund 46 Mio. €. Dies stellte aufgrund der lückenhaften Datenlage lediglich eine grobe Orientierung dar. Würden alternativ die zuvor berechneten Investitionen in Höhe von 250 Mio. € vorgenommen (vgl. vorangegangenen Unterabschnitt Investitionen, S. 39 ff.), dann wären die abgeschätzten Instandhaltungsrückstände von 46 Mio. € nicht mehr gegeben.

Aus der künftigen Bestandsfläche von 336.119 m² Nutzfläche ließ sich für die sieben geprüften Krankenhäuser ein jährlicher Instandhaltungsbedarf von 40,3 Mio. €, unter Zugrundelegung des unteren Referenzwerts von 120 €/ m² Nutzfläche, abschätzen. Dieser Bedarf ist unabhängig von den Investitionen in Neu- oder Ersatzbauten insgesamt anzusetzen.

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, insbesondere bei dieser Größenordnung, dass alle Krankenhäuser detaillierte Instandhaltungsplanungen (inklusive Budgetplanungen)⁵⁴ aufstellen. Auch die Krankenhausträger sollten die Investitions-/ Instandhaltungsbedarfe ihrer Häuser kennen, um die baulichen Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung zu erhalten und dem Substanzverzehr entgegenzuwirken.

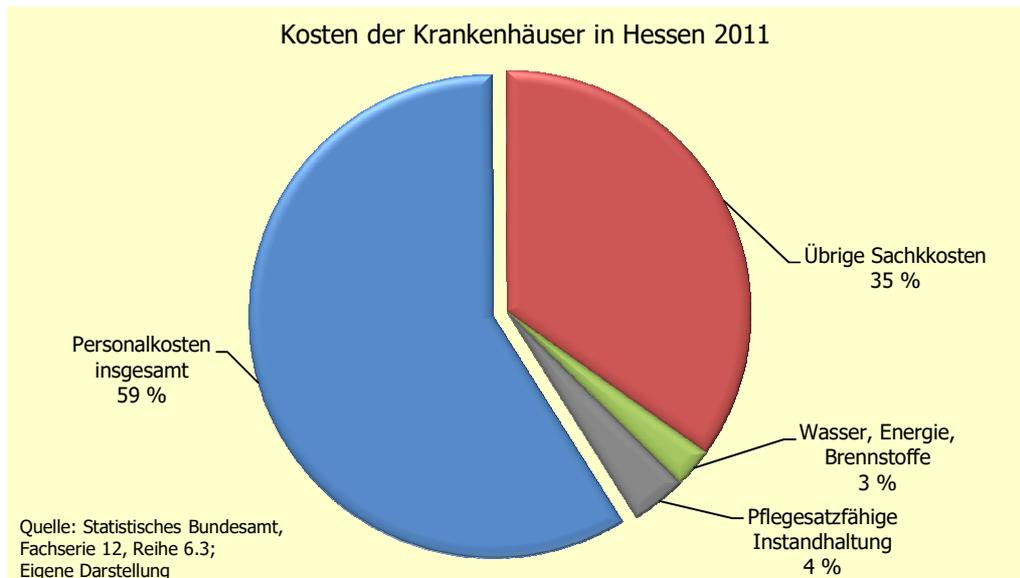
Bei den Teilneubauprojekten ist die Reduzierung der Nutzflächen eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass sich die Investitionen amortisieren können. Aktuell zeigt jedoch das Beispiel Klinikum Offenbach, bei dem ein Ersatzneubau am Standort realisiert wurde, dass die Außerbetriebnahme des Altgebäudes (Hochhaus) eine besondere Schwierigkeit darstellt. Allein der technische Betrieb des nur noch im Kellergeschoss genutzten Altgebäudes erfordert zusätzliche Bewirtschaftungskosten. Dort bedarf es einer konsequenten Umsetzung der geplanten Maßnahmen durch die Krankenhausleitung.

6.8.3 Gebäudegrundstruktur und Funktionalität

Die Gebäudeabmessungen, insbesondere die Flächen eines Krankenhauses, haben wesentlichen Einfluss auf die Betriebskosten. Nach Angabe des Statistischen Bundesamtes waren im Jahr 2011 in Hessen 41 % der Kosten Sachkosten. Hierin enthalten sind u.a. rund 7 % Gebäudesach- und Energiekosten (Ansicht 29).

⁵³ gewichteter Durchschnittswert für große und kleine Krankenhäuser aus Ansicht 27 und Ansicht 28

⁵⁴ Diese könnten sich an den Vorgaben der DIN 31051 orientieren.



Ansicht 29: Kosten der Krankenhäuser in Hessen 2011.

Für die Bewirtschaftung der Krankenhausgebäude und deren Infrastruktur ist ein angemessenes Flächenmanagement notwendig. Dieses umfasst Steuerungswerkzeuge für Maßnahmen der Instandhaltung und Wartung sowie die Investitionsplanung.

Flächenmanagement

Das Flächenmanagement dient vorrangig:

- der Steuerung von flächenorientierten Dienstleistungen in Ausschreibung und Prüfung (bspw. Reinigungs- und Wartungsleistungen),
- der Zuordnung der Flächen und Räume zu Funktionen und Kostenzuweisung,
- der Vermeidung wiederholter, undifferenzierter Flächenermittlungen in verschiedenen Verwaltungsbereichen mit hohem Fehlerquotienten und hoher Ineffizienz im Personaleinsatz.

In allen Krankenhäusern wurden im Rahmen der Untersuchung gravierende Mängel im Bereich des Flächenmanagements festgestellt. Dies war in allen Häusern entweder nicht umfassend vorhanden oder fehlerbehaftet. Nach Aussage der Krankenhäuser beabsichtigen diese, die aufgezeigten Mängel zu beheben und ein für die Steuerung adäquates Flächenmanagement aufzubauen.

Die betrieblichen Abläufe werden von der baulichen Struktur der Krankenhäuser beeinflusst. Die Grundstruktur „Stapeltyp“⁵⁵ fördert die betriebsorganisatorisch sinnvolle Konzentration von Funktionsbereichen und Zusammenfassung der Funktionen in interdisziplinären Einheiten. So lässt der Stapeltyp der Gebäudegrundstruktur eine Konzentration der Vertikalerschließung bei gleichzeitiger Ausbildung von zentralen Ver- und Entsorgungsstützpunkten in den Ebenen zu. Es entsteht ein System der kurzen Wege.

Grundstruktur der Gebäude

Alle untersuchten Klinikneubauten und großen Krankenhäuser sind in der Grundstruktur „Stapeltyp“ errichtet. Demgegenüber ist der „Paralleltyp“ durch Realisierung der Funktions- und Pflegebereiche auf derselben Ebene gekennzeichnet.

⁵⁵ Kliniken weisen überwiegend zwei Strukturtypen auf: Stapeltyp oder Paralleltyp. Der Stapeltyp bezeichnet ein Gebäude, bei dem die Funktionsbereiche der Klinik konzentriert in den Sockelebenen (Breitfuß) angeordnet sind. Darüber stapeln sich die Pflegeebenen. Demgegenüber realisiert der Paralleltyp die Funktions- und Pflegebereiche auf derselben Ebene.

6.8 Bauliche und technische Infrastruktur

Die Krankenhäuser in Bad Arolsen und Bad Soden sind Paralleltypen, die durch Umbauten und Teilerweiterungsgebäude restrukturiert wurden bzw. werden.

Die Nutzungsflexibilität ist abhängig von den baulichen Gegebenheiten wie Geschosshöhe, Statik, Tragraster, Schachtanordnungen, Verteiltrassen der Medien und den technischen Transportsystemen (Ansicht 30).

Bauliche Grundstruktur der großen und kleinen Krankenhäuser für ausgewählte Neubauten bzw. Planungen						
Große Krankenhäuser						
	Darmstadt	Frankfurt	Offenbach	Fulda	Kassel	Bad Homburg
	Neubau 2010 (Konservative Medizin)	Neubauplanung 2012	Neubau 2010	aus Zielplanung und Plänen	Bauabschnitte der letzten Jahre	Neubauplanung 2012
Tragraster	7,80 m x 7,80 m	7,80 m x 7,80 m	7,20 m x 7,20 m	7,20 m bis 8,40 m ¹⁾	7,20 m bis 8,00 m ¹⁾	7,50 x 7,50 m
Geschosshöhe Funktionsbereich	3,40 m	4,20 m bis 4,45 m	3,85 m bis 4,20 m	3,30 m bis 4,00 m	3,80 m	4,50 m
Geschosshöhe Bettenbereiche	3,40 m	3,45 m bis 3,85 m	3,36 m	3,30 m	3,63 m	3,50 bis 4,50 m
Transportsystem	Elektrowagen	manuell	AWT	Rohrpost, AWT, manuell	manuell	keine Angabe
Kleine Krankenhäuser						
	Bad Arolsen	Wolfhagen	Hofgeismar	Hofheim	Bad Soden	Usingen
	Neubau oder Umbau	Neubauplanung	Neubauplanung	Neubauplanung 2010	Umbau + Erweiterung	Neubauplanung
Tragraster	unterschiedlich	8,40 x 8,40 m	8,40 x 8,40 m	7,20 x 7,20 m	unterschiedlich	7,50 x 7,50 m
Geschosshöhe Funktionsbereich	3,12 bis 3,95 m	4,20 m	4,20 m	4,28 m	3,44 m	4,50 m
Geschosshöhe Bettenbereiche	3,12 bis 3,95 m	3,30 m	3,30 m	3,57 m	3,41 bis 3,66 m	3,50 m
Transportsystem	manuell	manuell	manuell	manuell	manuell	k.A.

AWT = Automatische Warentransportanlage
¹⁾ Spannweite für unterschiedliche Gebäudeteile
 Quelle: Angaben der Krankenhäuser, eigene Auswertungen

Ansicht 30: Bauliche Grundstruktur der großen und kleinen Krankenhäuser für ausgewählte Neubauten bzw. Planungen.

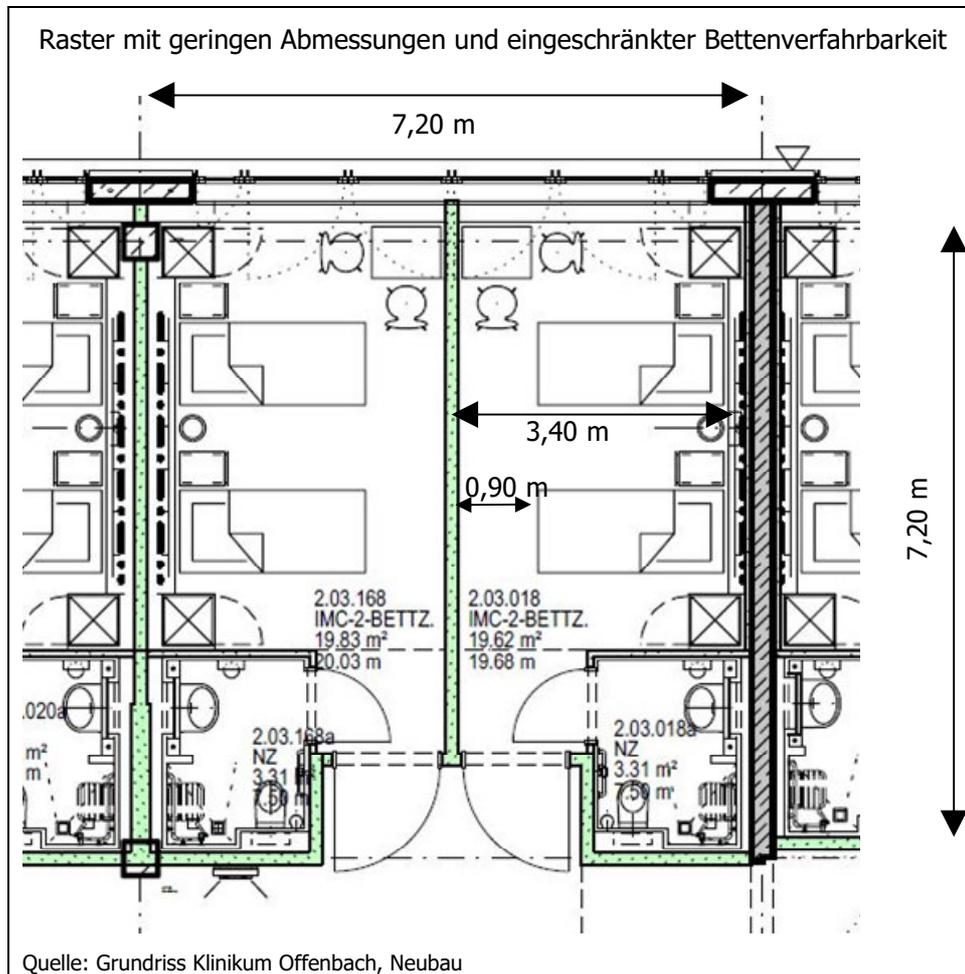
Tragraster und Geschosshöhen

Bei den Klinikbauten, die Stapeltypen sind, müssen die die Ebenen durchlaufenden Tragraster so gewählt werden, dass unterschiedliche Funktionen realisiert werden können. Das Tragraster bei Stapeltypen sollte durch das Allgemeinpflegezimmer, als dem strukturbestimmenden Raummodul mit einem durchschnittlichen Anteil an der Gesamtfläche von rund 25 % des Klinikums, bestimmt werden. Dieses erfordert funktionsbedingt mindestens eine lichte Raumbreite von 3,60 m.

Die geprüften Klinikneubauten weisen sehr unterschiedliche Tragraster auf:

- Das Raster mit den geringsten Abmessungen ist im aktuellen Neubau des Klinikum Offenbach mit 7,20 m x 7,20 m realisiert. Aus diesem Maß ergeben sich lichte Raumbreiten für die Bettzimmer von bis zu 3,45 m. Das Beispiel Offenbach zeigt, dass es zu wesentlichen funktionalen Einschränkungen in den Allgemein-

pfegeziimmern und zu schwerwiegenden Nutzungsdefiziten in der Intermediate Care-Pflege (IMC) kommt. In der IMC sind die als Zweibettzimmer geplanten Räume innerhalb der erforderlichen Pflegestufe nur als Einbettzimmer zu nutzen (Ansicht 31). Dies führt zum Verlust von 50 % Bettenkapazität in diesem Funktionsbereich.



Ansicht 31: Raster mit geringen Abmessungen und eingeschränkter Bettenverfahrbarkeit.

In Hofheim wies das im Bau befindliche Gebäude ebenfalls ein 7,20 m Raster auf. Da in dieser Klinik aufgrund des medizinischen Profils mit einem hohen Anteil multimorbider Patienten zu rechnen ist, sollten die Anforderungen an die Betreuung geriatrischer Patienten Berücksichtigung finden. Die geriatrischen Fachverbände⁵⁶ empfehlen um 20 % erhöhte Flächenanforderungen an die Patientenzimmer. Gründe sind neben der Behindertengerechtigkeit die medizinisch erforderliche Frühmobilisierung des Patienten am Patientenbett. Die entstehende Raumgeometrie in einem 7,20 x 7,20 m Raster lässt für diese Nutzung keine ausreichende lichte Raumbreite und Raumtiefe zu.

- Die Tragraster von 7,50 m x 7,50 m für das Klinikum Frankfurt Höchst (Planung) bzw. 7,80 m x 7,80 m der Hochtaunus-Kliniken an den Standorten Usingen und Bad Homburg (aktuelle Baumaßnahmen) sind funktional sinnvoll und in der Tragkonstruktion wirtschaftlich.

⁵⁶ Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e. V., Empfehlungen für die Klinisch-Geriatrische Behandlung, 1998

- Ein Raster von 8,40 m x 8,40 m lag den Planungen für die Ersatzneubauten der Kreiskliniken in Wolfhagen und Hofgeismar zugrunde. Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, die Wirtschaftlichkeit dieser Grundstruktur unter Berücksichtigung der Erstinvestition und der baulichen Betriebskosten unter Einbeziehung der Pflegeökonomie und –qualitäten nachzuweisen. Die Kliniken begründeten die erhöhten Flächenanforderungen mit den Anforderungen eines behindertengerechten Betenzimmers und den Empfehlungen⁵⁷ der geriatrischen Fachverbände.

Neben dem Tragraster kommt der Geschosshöhe der Klinikgebäude besondere Bedeutung zu. Generell geben Stapeltypen die Möglichkeit in einzelnen Geschossen unterschiedliche Geschosshöhen gemäß den medizinisch-technischen Anforderungen der Bereiche auszuführen. Die Geschosshöhen geben den Raum für technische Installationen vor. Die Mindestanforderung für die lichte Raumhöhe im Bettenbereich beträgt gemäß dem Stand der Technik mindestens 2,70 m. Dies wird auch belegt durch die – allerdings nicht mehr gültigen – Krankenhausbauverordnungen, z.B. KhBauVO NRW, gültig bis 2009, § 27, die eine Höhe von 2,70 bis 3,00 m vorsahen.

Eine lichte Raumhöhe von 2,70 m erfordert je nach Konstruktionsart eine Geschosshöhe von mindestens 3,20 m (Konstruktionshöhe: Deckenverkleidung, Estrich und Rohdecke von rund 50 cm). In den Funktionsbereichen sind aufgrund der medizintechnischen Vorgaben lichte Raumhöhen von 3,00 m und Geschosshöhen von mindestens 4,10 m sachgerecht.

In den Funktionsbereichen mit hohen technischen Anforderungen wiesen alle Neubauplanungen eine Mindesthöhe von 4,20 m bis zu 4,50 m auf. Ausnahme bildete auch hier der Neubau des Klinikums Offenbach mit einer Geschosshöhe von 3,85 m in einzelnen Funktionsbereichen. Eine solche Geschosshöhe in den Funktionsbereichen verringert die Nutzungsflexibilität und erschwert den laufenden technischen Betrieb.

In den Bettenbereichen wurden in allen Krankenhäusern die Mindestanforderungen von 3,20 m Geschosshöhe erfüllt. Die in Bau befindlichen Kliniken in Usingen, Bad Homburg und Hofheim werden mit einem ÖPP-Verfahren⁵⁸ errichtet. Sie weisen im Bettenbereich im Vergleich hohe Geschosshöhen von 3,50 m auf.

Zukunftsfähige Strukturen der Krankenhäuser sind aus den funktionalen Anforderungen zu entwickeln. Die baulichen Standards sollten so gewählt werden, dass Flexibilität für die Zukunft gewahrt bleibt. Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, bei künftigen Krankenhaus-Planungen Tragraster und Geschosshöhen zu verwenden, die aus der medizinisch-funktionalen Betriebsorganisationsplanung und -strategie abzuleiten sind. Die Prüfung hat beispielhaft gezeigt, dass dabei ein Tragraster von lediglich 7,20 m x 7,20 m zu schwerwiegenden funktionalen Einschränkungen im Betrieb führen kann.

Logistikabläufe

Insbesondere der Logistik kommt im Zuge der Prozessoptimierung im Klinikbetrieb und den Betriebskosten eine immer größere Bedeutung zu. Im Rahmen der Vergleichenden Prüfung wurden die Transportsysteme und die Verkehrsströme als Teil der Logistiksysteme⁵⁹ untersucht.

⁵⁷ Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e. V., Empfehlungen für die Klinisch-Geriatrische Behandlung, 1998

⁵⁸ Ein ÖPP-Verfahren (Öffentlich-Private-Partnerschaft) bedeutet die Bindung an einen Generalübernehmer innerhalb einer frühen Projektphase. Änderungen sind nach der Beauftragung im laufenden Verfahren mit Kosten- und Terminrisiken verbunden.

⁵⁹ Bestandteil eines Logistikkonzepts sollte immer auch die Frage der Lenkung von Personenströmen (Mitarbeiter, Patienten, Besucher) sein.

Die Transportsysteme stellen Anforderungen an die Gebäudegrundstruktur:

- Abmessungen der Lagerflächen in den Funktionsbereichen,
- Weglängen sowie
- horizontale und vertikale Transportsysteme.

Bei den Warentransportsystemen überwiegen in den geprüften Krankenhäusern die manuellen Transportsysteme. Dies ist durch die kompakten Grundstrukturen der Kliniken mit kurzen Wegen und überwiegend Vertikaltransporten zu erklären.

Gerade im Klinikum Offenbach gibt es eine automatische Warentransportanlage (AWT), obwohl das Gebäude sehr kompakt ist. Diese beansprucht insbesondere im Untergeschoss in dem „Bahnhof“ (Cross-Docking-Station) eine vergleichsweise große Fläche. Eine Wirtschaftlichkeitsberechnung konnte nicht vorgelegt werden.

Die Neubauplanung des Klinikums Frankfurt Höchst sieht keinen automatischen Warentransport vor, obwohl das geplante Ver- und Entsorgungszentrum in einem Abstand von 300 m – verbunden durch einen unterirdischen Gang – entstehen soll. Die Überörtliche Prüfung erachtet die Festlegung eines manuellen Warentransports angesichts der Klinikgröße und des langen Wegs zum Logistikzentrum für nicht sachgerecht und empfiehlt, den Einsatz einer automatischen Transportanlage zu prüfen.

Im Klinikum Darmstadt, das durch Teilersatzneubauten und die besondere Grundstückssituation relativ weite Wege vom Ver- und Entsorgungszentrum zu den einzelnen Verbrauchern aufweist, wurde das vorhandene Transportsystem mit Elektrowagen in einem Logistikkonzept vorbildlich weiterentwickelt und in der Zielplanung berücksichtigt.

Die Trennung aller Verkehrsströme in einem modernen Krankenhausbetrieb hat sowohl funktionale Bedeutung als auch Relevanz für die Komfort- und die Aufenthaltsqualität. Grundsätzlich sind die Wege der Besucher von denen der Patienten zu trennen. Die Patientenströme sollten ferner nach elektiven und Notfallpatienten getrennt werden. Darüber hinaus hat aus Überwachungstechnischen Gründen und aufgrund der Intimität eine Trennung von „im Bett wartenden Patienten“ von „gehfähigen Patienten“ in den Wartebereichen zu erfolgen (kein „im Bett wartender Patient“ auf dem Flur).

Trennung der Verkehrsströme

Die untersuchten Neubauten und die vorgelegten Planungen zeigen überwiegend Strukturen, die das Ziel der Trennung der Verkehrsströme in weiten Teilen erfüllen. In den Krankenhäusern in Darmstadt, Fulda, Bad Soden, Kassel und Bad Arolsen führten gerade auch diese funktionalen Mängel zu den Neubau- und Umstrukturierungsplanungen.

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, als Teil einer Zielplanung immer eine qualifizierte Logistikplanung mit einem detaillierten Kosten-Nutzen-Nachweis aufzustellen.

Die äußere und innere Erschließung des Krankenhausgeländes und des Gebäudes, differenziert nach Funktionsbereichen und bettenführenden Bereichen, wurden in den Prüfungsberichten für die einzelnen Kliniken innerhalb einer Infrastrukturanalyse visualisiert. Diese gab Aufschluss über die Verkehrsströme sowie die Logistik und damit die Funktionalität der Wegeführung. Die Analyse unterstrich noch einmal die Notwendigkeit von Logistikkonzepten als Teil oder in Ergänzung zu Betriebsorganisationsplanungen oder als Ausgangspunkt für Gebäudeplanungen.

Eine weitere grundsätzliche Anforderung eines modernen medizinischen Klinikbetriebs mit Auswirkung auf die baulichen Strukturen ist die Konzentration investitions- und betriebskostenintensiver Funktionen sowie deren interdisziplinäre Nutzung. Dies bedeutet beispielsweise, dass alle Operationsbereiche, Funktionsbereiche mit interventionellen Verfahren und alle Systeme der bildgebenden Diagnostik (Funktionsbereiche, Radiologie) konzentriert werden. Interdisziplinäre Nutzung bedeutet zum einen, dass aufwändige Untersuchungsverfahren, wie in der Radiologie oder interventionelle Verfahren der Endoskopie, an zentraler Stelle durch Spezialisten durchgeführt werden. Zum anderen bedeutet interdisziplinäre Nutzung die terminlich gesteuerte gemeinsame Nutzung von allgemeinen Untersuchungs- und Behandlungsbereichen durch mehrere Fachdisziplinen.

Eine wesentliche Voraussetzung für einen angemessenen akutmedizinischen Betrieb zum Wohle der Patienten ist z.B. ein enger räumlicher Zusammenhang zwischen den Funktionen „Zentraloperation“ und der „Akutpflege“ (Intensivpflege [ITS] und Intermediate Care-Pflege [IMC]). Diese war sowohl bei den Neubauplanungen als auch bei den Umstrukturierungen im Bestand, insbesondere in den großen Krankenhäusern, erfüllt.

Für die kleinen Krankenhäuser ist sowohl die funktionale Konzentration als auch die interdisziplinäre Nutzung von besonderer Bedeutung. Insbesondere die Ersatzneubauplanungen in den Krankenhäusern Wolfhagen, Hofgeismar, Hofheim und Usingen sahen diese vor. In Bad Soden bestand noch umfänglicher Handlungsbedarf im Bereich der stationären Strukturen sowie der Notfall- und Ambulanzbereiche.

Um einen effizienten Personaleinsatz und Stationsbetrieb zu gewährleisten, wäre es nach Experteneinschätzungen zielführend, mindestens zwei Stationen auf einer Etage von jeweils ca. 32 bis 42 Betten zu kombinieren. Insbesondere für den nächtlichen bzw. wochenendlichen Betrieb ist dies sinnvoll. Im Klinikum Fulda war im bestehenden Bettenhaus eine solche Kombination nicht möglich. Dies galt auch für das erst kürzlich in Betrieb genommene Gebäude der Konservativen Medizin (Haus 6) im Klinikum Darmstadt. Hier waren die drei Stationen so auf der Ebene verteilt, dass eine gemeinsame Patientenbetreuung nur in begrenztem Umfang möglich war.

Neben der funktionellen Bauweise eines Krankenhauses ist auch dessen äußeres Erscheinungsbild von Bedeutung für die Akzeptanz durch Patienten und Mitarbeiter. Die geprüften Krankenhäuser kamen diesem Anspruch in der Gestaltung der Neu- und Ersatzneubauten überwiegend nach. In den Krankenhäusern in Darmstadt, Kassel und Fulda war aufgrund der bauabschnittsweisen Entwicklungen der letzten Jahre keine Durchgängigkeit von Gestaltungsprinzipien ablesbar. Es wird empfohlen, bei anstehenden Fassadensanierungen möglichst auch auf das äußere Erscheinungsbild unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Erwägungen zu achten.

6.8.4 Planungsprozesse

Der Planungsprozess eines Krankenhauses erstreckt sich in der Regel über einen Zeitraum von mehreren Jahren. Die zukünftige Entwicklung sollte sich an üblichen, in der freien Wirtschaft erprobten, Verfahren der Restrukturierung von betrieblichen Abläufen orientieren. Ausgangspunkt ist eine Analyse auf wirtschaftlicher (Medizinischer Klinikbetrieb) und technischer (Gebäude) Ebene. Hieraus erfolgen die Zielfestlegungen, aus deren Umsetzung gegebenenfalls Baumaßnahmen resultieren. Die Planungsschritte „Betriebsorganisationskonzept“, „Logistikplanung“ und „Baukonzept“ sind der Umsetzung vorgeschaltet. Bei diesen Schritten sollten die Belange der medizinischen Leistungsfelder und der betrieblichen Strukturen berücksichtigt werden. Hier haben

sich integrative Verfahren bewährt. Diese gewährleisten die Identifikation der Beteiligten mit den Ergebnissen und sorgen für ausreichende Informationen im Prozess.

In der Prüfung wurden die Planungsprozesse in den Kliniken verglichen. Überwiegend⁶⁰ wurden keine Betriebsorganisationsplanungen (mit Abbildung der medizinischen Prozesse und Herleitung der Raum- und Funktionsprogramme aus den Fall- und Leistungszahlen) hinsichtlich der fertiggestellten Neubauten vorgelegt. Nutzerintegrierende Planungsabläufe waren nur in Einzelfällen dokumentiert. Es gab keine einheitliche Ablauf- und Qualitätsstruktur.



Quelle: Eigene Aufnahme vom 4. Mai 2013.

Ansicht 32: Hubschrauberlandeplatz. Bad Soden.

Eine fehlende betriebliche Herleitung einer Baumaßnahme verdeutlicht das Beispiel des Hubschrauberlandeplatzes der Kliniken des Main-Taunus-Kreises am Standort Bad Soden. Diese Investition von rund 5 Mio. €⁶¹ ist nicht durch eine medizinisch-ökonomische Abwägung zu begründen. Im Zeitraum vom 30. Juli 2011 bis 10. Juni 2012 wurden 15 Flugbewegungen dokumentiert. Die Prozesse der Patientenversorgung wurden hierdurch nicht wesentlich verbessert.

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, aus den medizinischen Prozessabläufen Anforderungsprofile an Funktionsbereiche und Bettenbereiche abzuleiten. Die Krankenhäuser sollten sich an den Anforderungen der DIN 18205 (Bedarfsplanung im Bauwesen) orientieren: Danach gehört es zu den Pflichten des Bauherren, im Vorfeld der Gebäudeplanung zunächst die Projektziele (Qualitäten⁶², Kosten und Termine) zu definieren. Dies schafft die Voraussetzung für eine effiziente Planung und Umsetzung der Baumaßnahmen.

Dass die Krankenhäuser untereinander Abstimmungen auf Grundlage der medizinischen Patientenversorgung im Hinblick auf bauliche Maßnahmen getroffen hatten, war zu Beginn dieser Prüfung nicht erkennbar. Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, klinikübergreifend Kapazitätsplanungen und Leistungskonzepten abzustimmen (erster Schritt) und die Bauplanungen daran auszurichten (zweiter Schritt). Die Stadt Frankfurt am Main und der Main-Taunus-Kreis haben gegen Ende des örtlichen Prüfungsverfahrens erste Gespräche über eine mögliche Kooperation bzw. Fusion ihrer Krankenhäuser aufgenommen.

⁶⁰ Demgegenüber wurden Betriebsorganisationsplanungen von den Krankenhäusern Darmstadt, Frankfurt am Main und Hochtaunuskreis vorgelegt.

⁶¹ Auf 4,9 Mio. € belaufen sich die mit der neuen Landeplattform verbundenen Baukosten einschließlich der baulichen Maßnahmen zur direkten Anbindung an den Operationstrakt im Innern der Klinik. Aus dem Konjunkturprogramm des Landes Hessen erhielten die Kliniken 2,3 Mio. € Fördermittel für ihr Projekt. Quelle: <http://www.kliniken-mtk.de/cipp/mtk/lib/pub/tt,oid,7343/lang,1/>, zuletzt aufgerufen am 26. April 2013.

⁶² Die qualitativen Anforderungen können z.B. über eine Funktionsplanung, die Raumprogramme sowie in Form von Raumbüchern definiert werden. Diese Instrumente ermöglichen die detaillierte Abbildung und damit die Steuerung der Kosten und Qualitäten des Projektes von Beginn an.

6.8.5 Krankenhausbetriebs- und Gebäudetechnik

Die Anforderungen an die Krankenhausbetriebs- und Gebäudetechnik ergeben sich aus gesetzlichen Bestimmungen (bspw. Trinkwasserverordnung, Brandschutz etc.). Diese legen Mindeststandards für Technik, Organisation und Dokumentation fest. Weiterhin unterliegt die Krankenhausbetriebs- und Gebäudetechnik durch Technologie- und Methodenänderung und durch Reorganisation in den Krankenhäusern einer permanenten Weiterentwicklung.

Unter Wirtschaftlichkeitsaspekten sollte es das Ziel sein, sachgerechte und effiziente Strukturen für Beschaffung, Inbetriebnahme und Instandhaltung zu schaffen. Dabei ist zwischen Eigenleistung und Fremdleistung sinnvoll abzuwägen.

Investitionsentscheidungen erfordern eine gesicherte Datenbasis. Dazu sollten alle relevanten Daten und Informationen zusammengetragen und eine vollständige mittelfristige (Re-)Investitionsplanung erstellt werden. Voraussetzung hierfür ist eine angemessene Wirtschaftlichkeitsuntersuchung unter Berücksichtigung der Folgekosten.

Die für die Technische Betriebsführung zuständigen Abteilungen waren in den Krankenhäusern unterschiedlich organisiert. Einige Krankenhäuser hatten klassische Technische Abteilungen, die dem Verantwortungsbereich des kaufmännischen Geschäftsführers zugeordnet waren. Sie wurden durch einen Technischen Leiter (Bau) geführt, der für den Betrieb und die Instandhaltung der baulichen und technischen Infrastruktur verantwortlich war. Im Gegensatz hierzu beauftragten die anderen Krankenhäuser eigene oder fremde Servicegesellschaften.

Die Betrachtung der Krankenhausbetriebs- und Gebäudetechnik führte zu folgenden Ergebnissen (Ansicht 33).

Krankenhausbetriebs- und Gebäudetechnik							
Prüfposition	KH 1	KH 2	KH 3	KH 4	KH 5	KH 6	KH 7
Technische Dokumentationsdaten in ausreichender Qualität vorhanden, Altersstruktur nach Anschaffungswerten auswertbar?	→	↘	→	↘	•	↘	↘
Technische Dokumentationsbewegungsdaten in ausreichender Qualität vorhanden, Instandhaltungsquotient berechenbar?	↘	↘	→	→	•	↘	→
Kernprozesse der Technischen Betriebsführung beschrieben und ausreichend reproduzierbar?	↗	→	↗	→	↗	→	↘
(Re-)Investitionskonzept über mindestens 3 Jahre vorhanden, Methodik angewendet?	↘	↘	→	↘	↗	↗	↘
Grundlagen Energiemanagement vorhanden und angewendet?	→	↘	→	→	→	↘	↘
Bewertungskategorien: ↗ = Struktur und Prozess definiert, Ergebnisqualität hervorragend ↗ = Struktur und Prozess definiert, Umsetzung gut realisiert → = Struktur und Prozess definiert, Umsetzung teilweise realisiert ↘ = Struktur und Prozess in Ansätzen vorhanden, Ergebnisqualität nicht hinreichend ↘ = Struktur und Prozess unstrukturiert, Ergebnisqualität nicht hinreichend • = wegen fehlender Unterlagen nicht bewertet Quelle: Eigene Erhebungen und Darstellung.							

Ansicht 33: Krankenhausbetriebs- und Gebäudetechnik.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass ein hoher Bedarf an Verbesserung der Dokumentationsqualität besteht. Die für sachgerechte Entscheidungen erforderlichen Informationen zum Gebäude- und Technikbestand sowie zu den entstandenen Instandhaltungen und deren Kosten waren lückenhaft. Die Datenlage war für Wirtschaftlichkeitsentscheidungen (z.B. Instandhaltungsstrategie und Entscheidungen hinsichtlich Fremd-/Eigenleistungen) nicht ausreichend.

Die Aufbau- und Ablauforganisationen der Technischen Abteilungen entsprechen im Wesentlichen den Erwartungen. Allerdings fehlten wünschenswerte intranetbasierte Rückmeldungen zum Bearbeitungsstand der erteilten Aufträge.

Ein systematisches (Re-)Investitions- und Instandsetzungskonzept über die gesamte Gebäude- und technische Ausstattung lag in ausreichendem Detaillierungsgrad lediglich bei den Standorten mit Neubauplanung vor.

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt:

- der Technischen Abteilung, eine hinreichende Dokumentation der technischen Anlagen und Geräte (mit Stammdaten und Bewegungsdaten) als Grundlage für ihre Steuerungszwecke zu schaffen,
- eine Störmelde-„Hotline“ einzurichten, die jederzeit Störungen der Anlagen und Gebäudefunktionen aufnehmen und den Nutzern Auskunft zum Erledigungsstand ihrer Aufträge geben kann sowie
- die laufende Evaluation der Instandhaltungsstrategie sowie der Entscheidungen hinsichtlich Fremd-/ Eigenleistungen (Kostenoptimierung).

Grundsätzlich ist zu erwägen, wie zur weiteren Optimierung des Mitteleinsatzes für Investitionen und bei der Bewirtschaftung der Anlagen und der Medizintechnik die Bildung regionaler Kooperationen bzw. Verbünde beitragen könnte.

6.9 Medizintechnik

Medizintechnik unterstützt alle Bereiche, in denen medizinische Leistungen erbracht werden. Der Einsatz orientiert sich am medizinischen Leistungsprofil eines Krankenhauses. Technische Weiterentwicklungen und veränderte rechtliche oder organisatorische Rahmenbedingungen führen dazu, dass die Medizintechnik in den Krankenhäusern einem ständigen Modernisierungsprozess unterliegt. Gesetze und Verordnungen geben Mindestanforderungen für Technik, Organisation und Dokumentation vor.

Investitionsentscheidungen erfordern eine gesicherte Datenbasis. Dazu sind alle relevanten Daten und Informationen zusammenzutragen und eine vollständige mittelfristige (Re-)Investitionsplanung zu erstellen. Hierzu ist eine angemessene Wirtschaftlichkeitsuntersuchung unter Berücksichtigung der Folgekosten durchzuführen.

Die für die Technische Betriebsführung zuständigen Bereiche waren in den geprüften Krankenhäusern unterschiedlich organisiert. Einige Krankenhäuser hatten Technische Abteilungen, die dem Verantwortungsbereich des kaufmännischen Geschäftsführers zugeordnet waren. Sie wurden durch einen Technischen Leiter (Medizintechnik) geführt, der für den Betrieb und die Instandhaltung der medizintechnischen Infrastruktur verantwortlich war. Im Gegensatz hierzu beauftragten die anderen Krankenhäuser fremde medizintechnische Servicegesellschaften, in einem Fall einschließlich der Übernahme sämtlicher Reinvestitionen.

Die Betrachtung der Medizintechnik führte zu folgenden Ergebnissen (Ansicht 34).

Medizintechnik							
Prüfposition	KH 1	KH 2	KH 3	KH 4	KH 5	KH 6	KH 7
Technische Dokumentation Bestandsdaten in ausreichender Qualität vorhanden, Altersstruktur nach Anschaffungswerten auswertbar?	↗	→	↗	↘	→	→	↗
Technische Dokumentation Bewegungsdaten in ausreichender Qualität vorhanden, Instandhaltungsquotient berechenbar?	↗	→	↗	→	→	↘	→
Kernprozesse der Medizintechnikbewirtschaftung beschrieben und ausreichend reproduzierbar?	→	●	↗	→	→	→	→
(Re-)Investitionskonzept über mindestens 3 Jahre vorhanden, Methodik angewendet?	→	↘	↗	↘	↗	↗	→

Bewertungskategorien:
 ↑ = Struktur und Prozess definiert, Ergebnisqualität hervorragend
 ↗ = Struktur und Prozess definiert, Umsetzung gut realisiert
 → = Struktur und Prozess definiert, Umsetzung teilweise realisiert
 ↘ = Struktur und Prozess in Ansätzen vorhanden, Ergebnisqualität unerreichbar
 ↓ = Struktur und Prozess unstrukturiert, Ergebnisqualität unerreichbar
 ● = wegen fehlender Unterlagen nicht bewertet
 Quelle: Eigene Erhebungen und Darstellung.

Ansicht 34: Medizintechnik.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass nur in einem der Krankenhäuser alle Anforderungen der Bewirtschaftung der Medizintechnik erfüllt waren. Im Vorfeld der Prüfung erkannten einige Krankenhäuser, dass sie in diesem Bereich Defizite aufwiesen, und leiteten teilweise bereits Verbesserungsmaßnahmen ein.

Ein Optimierungsbedarf besteht hinsichtlich der Dokumentationsqualität. Die für sachgerechte Entscheidungen erforderlichen Informationen zum Medizintechnikbestand sowie zu den entstandenen Instandhaltungen und deren Kosten waren lückenhaft. Die Datenlage war für Wirtschaftlichkeitsentscheidungen (z.B. Instandhaltungsstrategie und Entscheidungen hinsichtlich Fremd-/ Eigenleistungen) nicht ausreichend.

Die Aufbau- und Ablauforganisationen der Medizintechnikarbeitsgruppen entsprachen im Wesentlichen den Erwartungen. Allerdings fehlten wünschenswerte intranetbasierte Rückmeldungen zum Bearbeitungsstand der erteilten Aufträge.

Ein systematisches (Re-)Investitions- und Instandsetzungskonzept über die gesamte medizintechnische Ausstattung und zur Begründung des Einsatzes der knappen Investitionsmittel lag in ausreichendem Detaillierungsgrad lediglich bei drei Krankenhäusern vor. Nur in eines dieser Krankenhäuser ist ein mehrjähriges Konzept angelegt, das laufend systematisch gepflegt wird.

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt,

- die mittelfristige (Re-)Investitionsplanungen für die Medizintechnik (5-Jahres-Betrachtung) unter Berücksichtigung der medizinischen Leistungsstrategie zu erstellen und diese jährlich zu aktualisieren,

- bei (Re-)Investitionen abteilungsübergreifende Konzepte zu prüfen (beispielsweise im Bereich der High-End-Ultraschallgeräte) sowie
- die Instandhaltungskosten durch fortlaufende Überprüfung der Entscheidungen hinsichtlich Fremd-/ Eigenleistungen zu senken.

Grundsätzlich ist zu erwägen, wie zur weiteren Optimierung des Mitteleinsatzes für Investitionen und bei der Bewirtschaftung der Anlagen und der Medizintechnik die Bildung regionaler Kooperationen bzw. Verbände beitragen könnte.

7. Trägerbezogene Feststellungen

7.1 Haushaltslage der kommunalen Klinikträger

7.1.1 Wirkungen der Trägerschaft auf die kommunale Haushaltslage

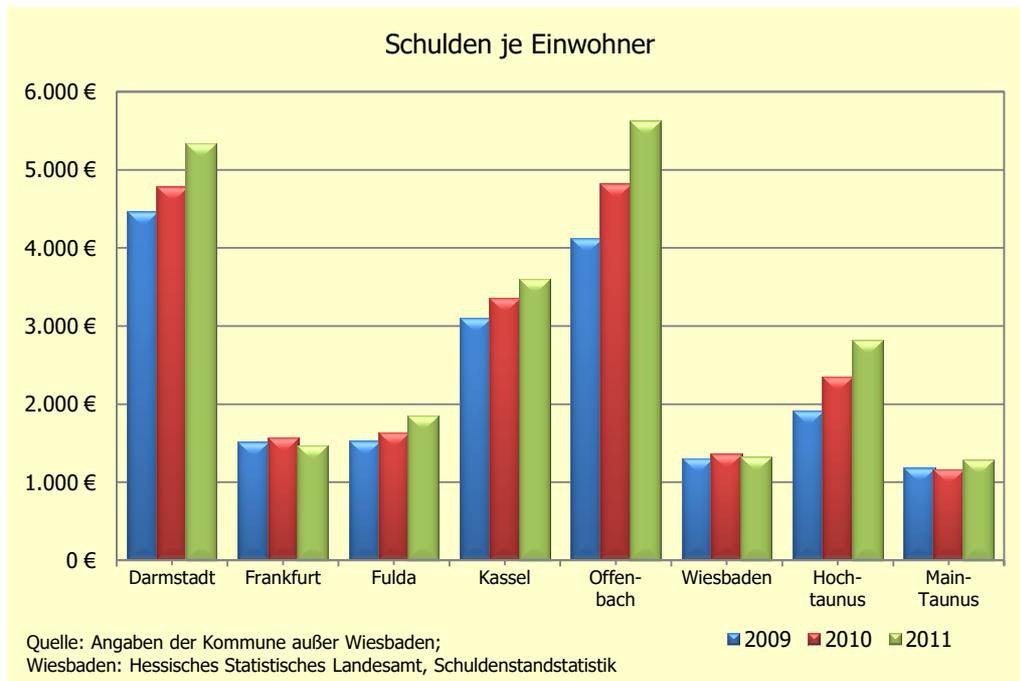
Die Kommunen führten ihre Haushaltswirtschaft nach den Grundsätzen der doppelten Buchführung (Doppik). Nicht allen Kommunen gelang es, die Aufstellungsfristen für die Jahresabschlüsse einzuhalten. Fallweise wurden infolge der Aufstellungsrückstände die Daten der Finanzbuchhaltung zur Beurteilung der Haushaltslage für Zwecke der vergleichenden Darstellung herangezogen (Ansicht 35).

Kommunale Haushaltslage 2009 bis 2011								
	Darmstadt	Frankfurt	Fulda	Kassel	Offenbach	Wiesbaden	Hochtaunus	Main-Taunus
Erträge								
2011	388,4*	2.709	157,5*	647,5*	296,1*	894,1*	261,3*	286,3*
2010	386,4*	2.778	131,9*	641,1	283,3*	886,9	275,5*	300,8*
2009	424,3*	2.652	146,4*	624,8	309,4*	866,5	293,5	306,6
Aufwendungen								
2011	433,2*	3.036	136,4*	684,1*	346,0*	943,5*	296,4*	300,9*
2010	438,4*	2.959	138,5*	650,1	342,6*	940,8	288,8*	310,7*
2009	422,1*	2.963	143,8*	635,8	351,2*	937,4	287,7	290,6
Überschuss/ (-) Defizit								
2011	-44,9*	-326	21,2*	-36,6*	-50,3*	-49,3*	-35,1*	-14,7*
2010	-52,0*	-181	-6,7*	-8,9	-59,3*	-53,9	-13,3*	-9,9*
2009	2,2*	-311	2,6*	-11,0	-41,8*	-71,0	5,8	16,0
Nachrichtlich:								
Letzter aufgestellter Abschluss (Jahr)	2007	2011	2008	2010**	2008	2010	2009	2009
Jahr der Umstellung auf die Doppik	2008	2007	2008	2006	2008	2007	2007	2008
Angaben in Millionen €								
* = vorläufige Zahlen, ** = der Jahresabschluss liegt dem Revisionsamt zur Prüfung vor								
Quelle: Angaben der Kommunen.								

Ansicht 35: Kommunale Haushaltslage 2009 bis 2011.

Im Vergleich wird deutlich, dass im Jahr 2011 alle Kommunen bis auf die Stadt Fulda ein Defizit erwirtschafteten. Die Höhe der Haushaltsdefizite betrug zwischen 14,7 Mio. € im Main-Taunus-Kreis und 326,0 Mio. € in der Stadt Frankfurt am Main.

Ansicht 36 zeigt die Entwicklung der Schulden je Einwohner für die in die 168. Vergleichende Prüfung einbezogenen Kommunen im Prüfungszeitraum.



Ansicht 36: Schulden je Einwohner.

Mit Ausnahme der Stadt Frankfurt am Main erhöhten alle Kommunen, auch die Stadt Fulda, durchgängig ihre Schulden je Einwohner im Prüfungszeitraum. Die Höhe der Schulden je Einwohner belief sich im Jahr 2011 in einer Bandbreite zwischen 1.136 € (Wiesbaden) und 5.632 € (Offenbach am Main).

Bis auf die Stadt Kassel und den Main-Taunus-Kreis lagen im Teilbereich „Gesundheitsdienste“ in sämtlichen Kommunen die Aufwendungen über den Erträgen. Allein die Stadt Kassel erzielte infolge von Gewinnabführungen der Klinikum Kassel GmbH durchgängige Überschüsse während des gesamten Prüfungszeitraums.

Zusätzlich zum jährlichen Betriebskostenzuschuss oder zur Verlustübernahme leisteten die Kommunen weitere finanzielle Unterstützungen an ihre Krankenhäuser. Ansicht 37 stellt gegenüber, welche finanzielle Unterstützung die Kommunen ihren Krankenhäusern beispielsweise durch Kapitalerhöhung, durch Gewährung von Darlehen und/oder die Ausreichung von Bürgschaften zugutekommen ließen.

7.1 Haushaltslage der kommunalen Klinikträger

Maßnahmen der Krankenhausträger zur finanziellen Unterstützung									
	Darmstadt	Frankfurt	Fulda	Kassel	Offenbach	Wiesbaden	Hochtaunus	Main-Taunus	Summe
	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €
Kapitalerhöhung									
2011					30,0		□	0	30,0
2010	□	□	□	□	30,0	□	□	7,0	37,0
2009					0		1,9	7,0	8,9
Darlehen									
2011			1,8 ²⁾			33,4 ²⁾			35,2
2010	□	□	1,8 ²⁾	□	□	15,0 ²⁾	□	□	16,8
2009			1,9 ²⁾			□			1,9
Bürgschaften bzw. Patronatserklärung									
2011	15,0		39,3-89,5 ^{*3)}		270,0 ¹⁾	104,7 ⁴⁾	211,5	105,6 ¹⁾	746,1
2010	0	□	39,3-89,5 ^{*3)}	□	263,0 ¹⁾	78,6	□	85,6 ¹⁾	466,5
2009	0		39,3-89,5 ^{*3)}		184,0 ¹⁾	68,9		52,6 ¹⁾	344,8
Zusätzliche finanzielle Unterstützung									
2011	2,8						5,1 ⁵⁾		7,9
2010	6,2	□	□	□	□	□	3,1 ⁵⁾	□	9,3
2009	0,7						9,7 ⁵⁾		10,4

Angaben aus 2011, ()-Klammern: Werte aus 2010, []-Klammern: Werte aus 2009; Angaben in Mio. €

□ = Kriterium nicht zutreffend

* = vorläufige Zahlen

¹⁾ = Nominalbetrag am Jahresende

²⁾ = Restschuld

³⁾ = Bürgschaft ggü. ZVK – Bandbreite ergibt sich je nach unterstelltem Barwert pro Pflichtversichertem

⁴⁾ = davon Patronatserklärung in Höhe von 27,5 Mio. € bis 30. Juni 2012, Zahlungen wurden nicht geleistet

⁵⁾ = Zahlungen zum Defizitausgleich aufgrund des Betrauungsaktes – diese können jährlich variieren

Quelle: Angaben der Kommunen.

Ansicht 37: Maßnahmen der Krankenhausträger zur finanziellen Unterstützung.

Die Kommunen, mit Ausnahme der Städte Kassel und Frankfurt am Main, unterstützten ihre Krankenhäuser in den Jahren von 2009 bis 2011 im Wege von Kapitalerhöhungen (75,9 Mio. €) und weiteren finanziellen Leistungen – wie beispielsweise Verlustübernahmen – (27,6 Mio. €). Darüber hinaus bestanden Ende 2011 Darlehen (35,2 Mio. €) und Bürgschaften (746,1 Mio. €) der Träger zugunsten der Krankenhäuser. Es wird deutlich, dass die Mehrzahl der am Vergleich beteiligten Kommunen, trotz defizitärer eigener Haushaltslage, ihre Krankenhäuser jährlich unterstützten.

Angesichts der dargestellten Risiken ist im Einzelfall fraglich, ob die Haftungs- und Einzahlungsverpflichtung der Kommune auf einen ihrer Leistungsfähigkeit angemessenen Betrag begrenzt war (§ 122 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 Satz 1 HGO).

7.1.2 Bilanzierungs- und Bewertungspraxis beim Träger

Ansicht 38 gibt einen Überblick über den jeweiligen Anteil des Klinikums am Anlagevermögen der Kommune.

7. Trägerbezogene Feststellungen

Bilanzierung von Anteilen an den jeweiligen Krankenhäusern								
	Darmstadt	Frankfurt	Fulda	Kassel	Offenbach	Wiesbaden	Hochtaunus	Main-Taunus
	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €	Mio. €
Anlagevermögen								
2011	n.d.	14.915	606,4*	n.d.	n.d.	2.251*	n.d.	647,1*
2010	n.d.	14.674	608,6*	1.731,9*	n.d.	2.265	n.d.	610,8*
2009	1.089,4 ²⁾	12.221	594,4*	1.687,1	805,8	2.263	814,4	584,9
davon Klinikum ¹⁾								
2011	n.d.	26	28,7*	n.d.	n.d.	0	n.d.	14,5*
2010	n.d.	40	28,7*	33,98*	n.d.	0	n.d.	14,5*
2009	58,5 ²⁾	28	28,7*	33,98	32,3	0	7,3	21,9
Eigenkapital								
2011	n.d.	8.032	331,3*	n.d.	n.d.	1.305*	n.d.	211,7*
2010	n.d.	8.383	331,3*	418,6*	n.d.	1.355	n.d.	226,4*
2009	311,0 ²⁾	9.067	331,3*	427,7	87,9	1.410	234,7	236,8
Bilanzsumme								
2011	n.d.	15.331	725,6*	n.d.	n.d.	2.539*	n.d.	683,9*
2010	n.d.	15.605	711,5*	1.802,9	n.d.	2.543	n.d.	644,7*
2009	1.197,6 ²⁾	13.249	694,3*	1.744,1	844,7	2.568	846,6	651,4

Anmerkungen:

* = vorläufige Zahlen bzw. Hochrechnung

n.d. = nicht dokumentiert

¹⁾ = Angabe bezieht sich auf den Beteiligungsbuchwert und umfasst nicht etwaige langfristige Ausleihungen

²⁾ = Jahresabschluss 2008 war zum Zeitpunkt der Erhebungen noch nicht aufgestellt, Angaben beziehen sich auf die Angaben in der Eröffnungsbilanz zum 1. Januar 2008

Quelle: Angaben der Kommunen.

Ansicht 38: Bilanzierung von Anteilen an den jeweiligen Krankenhäusern.

Die Kommunen bilanzierten die Anteile an ihren Krankenhäusern in Höhe des anteiligen Eigenkapitals wie es sich in den Jahresabschlüssen der Krankenhäuser zum jeweiligen erstmaligen Bilanzierungszeitpunkt darstellte. Wiesbaden und der Main-Taunus-Kreis haben den Beteiligungsbuchwert ihrer Krankenhäuser aufgrund ihrer nachhaltigen defizitären Lage außerplanmäßig abgeschrieben; Wiesbaden auf 0 € und der Main-Taunus-Kreis im Jahr 2010 um 14,4 Mio. €.

Der Anteil der bilanzierten Trägeranteile an den Krankenhäusern im Verhältnis zum restlichen Anlagevermögen lag bei den untersuchten Kommunen in einer Bandbreite von 0 % (Wiesbaden) bis 5,4 % (Darmstadt).

Wie gezeigt wurde, hat nicht nur die Höhe der bilanzierten Trägeranteile an den Krankenhäusern eine Bedeutung für die kommunalen Haushalte, sondern vor allem die finanziellen Unterstützungsleistungen der Träger (Verlustübernahme oder Eventualverpflichtungen) gegenüber den Krankenhäusern beinhalten haushaltsrelevante Risiken.

7.2 Steuerung und Kontrolle der Krankenhäuser

7.2.1 Rechtliche Struktur der Krankenhäuser

Den Landkreisen und kreisfreien Städten obliegt die Gewährleistung der Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern (§ 3 Abs. 1 HKHG). Bei der Erfüllung dieser Aufgabe sind diese aufgrund des Rechts zur kommunalen Selbstverwaltung aus Art. 28 Abs. 2 GG prinzipiell frei, öffentlich-rechtliche oder privatrechtliche Organisationsformen zu verwenden.

Nach den Anforderungen der HGO darf die Gemeinde sich an einer Gesellschaft, auch wenn sie nicht auf den Betrieb eines wirtschaftlichen Unternehmens gerichtet ist, nur beteiligen, wenn die Gemeinde einen angemessenen Einfluss, insbesondere im Aufsichtsrat oder in einem entsprechenden Überwachungsorgan, erhält.⁶³ Des Weiteren ist die Haftung und die Einzahlungsverpflichtung der Trägerkommune auf einen ihrer Leistungsfähigkeit angemessenen Betrag zu begrenzen.⁶⁴

Dies kann durch die Wahl der Rechtsform erreicht werden. Bei den Kapitalgesellschaften GmbH und AG ist die Haftung des Gesellschafters grundsätzlich auf Unternehmensvermögen beschränkt. Gesellschafter können nach Leistung der vereinbarten Einlage nicht mehr zur Deckung von Verbindlichkeiten ihrer Unternehmung herangezogen werden. Weitergehende Verpflichtungen der Gesellschafter können in diesen Fällen jedoch aus zusätzlichen Vereinbarungen (Bürgschaften, Patronatserklärungen) resultieren.

Zur Gewährleistung einer klaren kommunalen Einflussmöglichkeit sollte ein Beteiligungsunternehmen als GmbH errichtet werden. An dieser sollte eine Mehrheitsbeteiligung der Kommune bestehen.⁶⁵ Der Gesellschafter einer GmbH kann der Geschäftsführung Weisungen erteilen und die Geschäftsführung jederzeit abberufen (§ 46 Nr. 5, Nr. 6 GmbHG) sowie die Geschäftsführung an sich ziehen oder diese Weisungsrechte dem Aufsichtsrat übertragen (§ 37 Abs. 1 GmbHG).⁶⁶ Zudem stehen dem einzelnen Gesellschafter Auskunfts- und Informationsrechte zu (§ 51a GmbHG). Die rechtlichen Möglichkeiten der Kommune, eine Aktiengesellschaft in ihrem Sinne zu gestalten, sind hingegen wegen der zwingend normierten Rechte und Pflichten von Hauptversammlung, Aufsichtsrat und Vorstand eingeschränkt (§ 23 Abs. 5 Satz 1 AktG).

In Darmstadt, Frankfurt am Main, Offenbach am Main, Wiesbaden, dem Hochtaunuskreis und dem Main-Taunus-Kreis hatten die Krankenhäuser die Rechtsform einer GmbH. Einen Sonderweg wählten Kassel und Fulda. Die Krankenhäuser in Trägerschaft der Stadt Kassel waren Tochtergesellschaften einer kommunalen Holding, die als AG errichtet war. Diese Tochtergesellschaften, so auch das Klinikum Kassel, waren als GmbH errichtet. Das Klinikum Fulda war als gemeinnützige AG ausgestaltet.

In Wiesbaden beteiligte sich zu Beginn des Jahres 2012 die Rhön Klinikum AG zu 49,0 % an der HSK, Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH. Aufgrund einer besonderen Regelung im Gesellschaftsvertrag vermittelte diese Beteiligung eine Stimmrechtsmehrheit in Höhe von 51,9 % zugunsten der Rhön Klinikum AG. Die Stadt Wiesbaden hielt als alleinige Gesellschafterin einer Holdinggesellschaft mittelbar einen Kapitalanteil von 51,0 %. Aufgrund der abweichenden Stimmrechtsverteilung (48,1 %) ent-

⁶³ § 122 Abs. 2 Satz 1 HGO i.V.m. § 122 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 HGO

⁶⁴ § 122 Abs. 2 Satz 1 HGO i.V.m. § 122 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 HGO

⁶⁵ Unter dem Aspekt der Optimierung der Steuerung des Beteiligungsportfolios sind Beteiligungsgesellschaften mit einer Beteiligungsquote von über 50 % zweckgerecht.

⁶⁶ vgl. hierzu Spindler, in: Münchener Kommentar zum GmbHG, 1. Aufl. 2012, § 37 GmbHG, Rn. 69, 72

sprach die Einflussmöglichkeit der Stadt Wiesbaden nicht ihrer Beteiligungsquote (51,0 %).

Im Bereich der Daseinsvorsorge sollte grundsätzlich eine intensive Einflussmöglichkeit des öffentlichen Trägers, der den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen hat, bestehen. Durch die Aufnahme der Rhön Klinikum AG als strategischen Partner ist die Stadt Wiesbaden nun bei allen Entscheidungen auf Gesellschafterebene auf eine Verständigung mit der Rhön Klinikum AG angewiesen. Demgegenüber kann die Rhön Klinikum AG Mehrheitsbeschlüsse gegen die Stadt Wiesbaden durchsetzen.

7.2.2 Organisation der Beteiligungsverwaltung

Die wesentlichen Aufgaben der Beteiligungsverwaltungen der geprüften Kommunen umfassten u.a. die Mitwirkung bei Um- und Neustrukturierungen, das Controlling und Berichtswesen sowie die Mandatsträgervorbereitung der kommunalen Vertreter im Aufsichtsrat und erforderlichenfalls auch in der Gesellschafterversammlung. Außerdem war es ihre Aufgabe, die Vertreter des Magistrats/ Kreisausschusses und der Stadtverordnetenversammlung/ des Kreistags zu informieren. Diese Aufgaben wurden in allen Kommunen unterschiedlich erfüllt. Wie die Beteiligungsverwaltungen in den acht untersuchten Kommunen organisiert waren, ist nachfolgend zusammengefasst:

- In Darmstadt waren die Aufgaben der Beteiligungsverwaltung fast vollständig aus der Kernverwaltung der Stadt Darmstadt auf eine städtische Beteiligungsgesellschaft, die HEAG Holding AG, ausgegliedert. Gleichzeitig bestand ein Referat für Stadtwirtschaftscoordination, welches dem Rechtsamt angegliedert war und dem Oberbürgermeister als Beteiligungsdezernenten unterstand. Das Referat hatte die Funktion, das Beteiligungsmanagement durch die HEAG Holding AG zu koordinieren. Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, die HEAG Holding AG in eine GmbH umzuwandeln, um die direkte Einflussmöglichkeit der Stadt Darmstadt auf das Beteiligungsmanagement zu stärken.
- In Frankfurt am Main wurden die Aufgaben der Beteiligungsverwaltung durch das Referat Beteiligungen ausgeübt. Das Referat Beteiligungen war als selbständiges Amt des Finanzdezernats unter der Fach- und Dienstaufsicht des Stadtkämmerers angesiedelt, welcher zugleich auch die Funktion des Beteiligungsdezernenten wahrnahm.
- In Fulda war das Beteiligungscontrolling als Stabsstelle direkt dem Oberbürgermeister zugeordnet, zusätzlich waren Aufgaben der Beteiligungsverwaltung dem Amt für Kämmerei zugeordnet.
- In Kassel, Offenbach am Main und Wiesbaden war die Beteiligungsverwaltung dem Amt für Kämmerei zugeordnet.
- Die Beteiligungsverwaltung des Hochtaunuskreises war innerhalb der Kreisverwaltung angesiedelt und als eigener Fachbereich organisatorisch ausgestaltet.
- Der Main-Taunus-Kreis gliederte sein Beteiligungscontrolling dem Rechtsamt an.

Die sachgerechte Wahrnehmung der Aufgaben setzt voraus, dass die Beteiligungsverwaltung über ausreichende Kompetenzen verfügt und personell und fachlich hinreichend ausgestattet ist. Auch die personelle Ausstattung der Beteiligungsverwaltungen der geprüften Kommunen wies erhebliche Unterschiede auf. Ansicht 39 gibt einen vergleichenden Überblick über die Grunddaten der Beteiligungsverwaltungen in den geprüften Kommunen.

Grunddaten der Beteiligungsverwaltungen				
	Mitarbeiter der kommunalen Beteiligungsverwaltung (VK)	Zahl Beteiligungen	Bilanzsumme Beteiligungen	Beschäftigte in den Beteiligungen
Darmstadt ¹⁾	3	97	5,3 Mrd. €	7.924
Frankfurt	14	177	16,5 Mrd.€	25.562
Fulda	1,9	27	0,4 Mrd. €	3.451
Kassel	2	30	1,7 Mrd. €	5.127
Offenbach	0,8	44	3,9 Mrd. €	3.776
Wiesbaden	4,5	37	3,9 Mrd. €	n.d.
Hochtaunus	2	15	0,3 Mrd. €	1.556
Main-Taunus	1	20	0,5 Mrd. €	1.299
Durchschnitt	3,7	55,9	4,1 Mrd. €	6.956

Anmerkung: Berücksichtigt wurden nur wesentliche Beteiligungen mit einer Beteiligungsquote von mindestens 20 %, ohne Sparkassen.
n.d. = nicht dokumentiert
¹⁾ In Darmstadt wurden wesentliche Aufgaben des Beteiligungsmanagements durch die HEAG Holding AG erbracht.
Quelle: Beteiligungsberichte der Kommunen, örtliche Erhebungen.

Ansicht 39: Grunddaten der Beteiligungsverwaltungen.

Auffällig war die geringe Personalausstattung angesichts der Zahl der wesentlichen Beteiligungen (Beteiligungsquote über 20 %), deren Bilanzsummen und der Beschäftigtenzahl in den Beteiligungen in Offenbach am Main und im Main-Taunus-Kreis. Auch die Personalausstattung in den Beteiligungsverwaltungen in Fulda und in Kassel war im Verhältnis zum Beteiligungsportfolio gering. In Darmstadt war zu berücksichtigen, dass wesentliche Aufgaben des Beteiligungsmanagements an die HEAG Holding AG übertragen wurden.

Beteiligungskodex

Ein Beteiligungskodex ist eine Grundlage, an der sich die Steuerung und Kontrolle der kommunalen Beteiligungsgesellschaften und damit das Beteiligungsmanagement orientiert. Der Kodex enthält typischerweise auch Hinweise zur besonderen Verantwortung der kommunalen Unternehmen gegenüber den Bürgern bei der Wahrnehmung von Aufgaben der Daseinsvorsorge und zu den Pflichten zur sparsamen, vorsichtigen und wirtschaftlichen Haushaltsführung. Die Hinweise betreffen ferner die gestiegenen Anforderungen an Aufsichtsorgane, etwa auch in Bezug auf die Aufsichtsratshaftung.

Ein umfangreicher Beteiligungskodex war in Darmstadt, Frankfurt am Main, Fulda und Offenbach am Main vorhanden. In Fulda enthielt der Beteiligungskodex jedoch keine Verpflichtung zur Abgabe von Entsprechenserklärungen⁶⁷ durch die Beteiligungsunternehmen.

Die Überörtliche Prüfung empfiehlt Kassel, Wiesbaden, dem Hochtaunuskreis und dem Main-Taunus-Kreis einen Beteiligungskodex auszuarbeiten. Der Beteiligungskodex der Stadt Fulda sollte um die Verpflichtung, eine Entsprechenserklärung abzugeben, ergänzt werden.

⁶⁷ In der Entsprechenserklärung erklären die Beteiligungsunternehmen, dass sie die Regelungen des Beteiligungskodex umsetzen.

7.2.3 Mandatsträgervorbereitung

Für eine angemessene Einflussnahme der Gemeinde im Aufsichtsrat stellt die Mandatsträgervorbereitung eine wichtige Voraussetzung dar. Nach Auffassung der Überörtlichen Prüfung ergibt sich die Verpflichtung hierfür mittelbar aus § 122 Abs. 1 Nr. 3 HGO. Insbesondere sollte die Beteiligungsverwaltung die Interessen der Kommune sorgfältig aufnehmen, bündeln und sie an die Vertreter in den Organen entsprechend weitergeben, wenn sie sich auf eine Aufsichtsratssitzung vorbereiten.⁶⁸

Die Überwachungsrechte und –pflichten der Kommune werden wahrgenommen, indem die Beteiligungsverwaltung die kommunalen Mandatsträger im Aufsichtsrat vorbereitet und unterstützt (sog. Mandatsträgervorbereitung). Hierzu analysiert sie die u.a. von der Geschäftsführung vorgelegten Unterlagen. Zudem erstellt sie Ausarbeitungen zu ausgewählten Tagesordnungspunkten und gibt Hinweise zum Votum der Aufsichtsratsmitglieder. Die Beteiligungsverwaltung schafft so eine breitere Informationsbasis für den Aufsichtsrat – ähnlich einem Sachverständigen. Darüber hinaus steht die Beteiligungsverwaltung für Rückfragen der kommunalen Aufsichtsratsmitglieder und eine etwaige Vorbesprechung im Vorfeld der Aufsichtsratssitzungen zur Verfügung.

Ansicht 40 gibt einen Überblick, wie die Mandatsträgervorbereitung in den geprüften Kommunen ausgestaltet war.

Mandatsträgervorbereitung durch die Beteiligungsverwaltung				
	AR-Vorsitzender	Betreuung und Sitzungs-vorbereitung des AR-Vorsitzenden	Betreuung und Sitzungs-vorbereitung weiterer kommunaler AR-Mitglieder	Teilnahme Mitarbeiter Beteiligungsverwaltung an AR-Sitzungen ⁵⁾
Darmstadt	Stadtkämmerer ¹⁾	✓	✓	✓
Frankfurt	Klinikdezernent ³⁾	✓	✓	✓
Fulda	Oberbürgermeister	✓	●	✓
Kassel	Bürgermeister ⁶⁾	●	⊙	●
Offenbach	Bürgermeister ²⁾	●	●	●
Wiesbaden	Bürgermeister ²⁾	✓	●	⊙ ⁴⁾
Hochtaunus	Landrat	✓	●	✓
Main-Taunus	Landrat	⊙	●	✓

✓=ja, ●=nein, ⊙=nicht vollständig

¹⁾ Oberbürgermeister übertrug Aufgabe dem Klinikdezernenten (Personalunion mit Stadtkämmerer).

²⁾ Oberbürgermeister übertrug Aufgabe dem Klinikdezernenten (Personalunion mit Bürgermeister).

³⁾ Oberbürgermeister übertrug Aufgabe dem Klinikdezernenten.

⁴⁾ Mitarbeiter der Beteiligungsverwaltung war im Prüfungszeitraum ordentliches Mitglied des Aufsichtsrats.

⁵⁾ Keine gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme. § 109 AktG ist zu beachten.

⁶⁾ Oberbürgermeister übertrug Aufgabe dem Bürgermeister.

Quelle: Angaben der Kommunen, eigene Erhebungen.

Ansicht 40: Mandatsträgervorbereitung durch die Beteiligungsverwaltung.

⁶⁸ vgl. Eibelshäuser, in: Prof. Dr. Christoph Brüning (Hrsg.), Prüfungskompetenzen der Rechnungshöfe bei ausgegliederter Aufgabenwahrnehmung, Dokumentation einer Vortrags- und Diskussionsveranstaltung des Lorenz von Stein-Instituts für Verwaltungswissenschaften, Kiel 2012, S. 27-49 (S. 35)

In fünf der acht geprüften Kommunen fand eine Mandatsträgervorbereitung für die Aufsichtsratsvorsitzenden regelmäßig im Vorfeld der Aufsichtsratssitzungen durch die Beteiligungsverwaltung statt, in einer Kommune situativ. Die Qualität der Mandatsträgervorbereitung war jedoch unterschiedlich:

- Nur in Frankfurt am Main wurden alle kommunalen Aufsichtsratsmitglieder durch die Beteiligungsverwaltung vorbereitet. Regelmäßig war in den Kommunen, in denen eine Mandatsträgervorbereitung stattfand, die Mandatsträgervorbereitung auf den Aufsichtsratsvorsitzenden fokussiert. Die übrigen Mitglieder des Aufsichtsrats wurden in Einzelfällen auch durch persönliche Referenten oder gar nicht auf die Sitzungen vorbereitet. Die Mandatsträgervorbereitung fand zudem oftmals lediglich mündlich statt. Nur drei der geprüften Kommunen verfassten eigenständige Berichte an den Aufsichtsrat, in denen die wirtschaftlichen Ergebnisse der Krankenhausgesellschaft dargestellt und überprüft wurden. Dabei wurde zu wesentlichen Tagesordnungspunkten der jeweiligen Aufsichtsratssitzung Stellung genommen.
- Für den Bürgermeister der Stadt Kassel in seiner Funktion als Aufsichtsratsvorsitzender der Holdinggesellschaft sowie der beiden Klinikgesellschaften fand eine Mandatsträgervorbereitung durch die Beteiligungsverwaltung nicht statt. Von den weiteren kommunalen Vertretern im Aufsichtsrat wurde lediglich der Stadtkämmerer in seiner Funktion als Beteiligungsdezernent und Aufsichtsratsmitglied der vorstehenden Gesellschaften auf die Sitzungen des Aufsichtsrats durch die Beteiligungsverwaltung vorbereitet.
- In Offenbach fand keine Mandatsträgervorbereitung statt. Damit war die Beteiligungssteuerung allein von der Kompetenz und dem Engagement der kommunalen Vertreter im Aufsichtsrat der Krankenhausgesellschaft abhängig.

Bei der Mehrzahl der Krankenhäuser nahm ein Mitarbeiter der Beteiligungsverwaltung als Gast – ähnlich einem Sachverständigen – an den Aufsichtsratssitzungen teil. Dies ist zielführend. Damit erhält die Beteiligungsverwaltung eine fundierte Informationsgrundlage zur Steuerung und Kontrolle des Krankenhauses. Es ist jedoch zu bedenken, dass ein solches generelles Teilnahmerecht mit dem Grundsatz strikter Vertraulichkeit der Aufsichtsratssitzungen in Widerspruch stehen könnte. Danach darf Dritten ein Teilnahmerecht an Sitzungen des Aufsichtsrats im Gesellschaftsvertrag nur insoweit zugesprochen werden, als dies mit der Stellung und den Aufgaben des Aufsichtsrats vereinbar ist.⁶⁹

Um einen Verstoß gegen ein etwaiges Teilnahmeverbot zu vermeiden, sollte der Mitarbeiter der Beteiligungsverwaltung auf Grundlage eines Beschlusses des Aufsichtsrats

⁶⁹ Für den fakultativen Aufsichtsrat einer GmbH ist zwar gemäß § 52 Abs. 1 GmbHG eine entsprechende Anwendung des aktienrechtlichen Teilnahmeverbots Dritter (§ 109 Abs. 1 AktG) ausgenommen. Der BGH hat jedoch entschieden, dass die Entsendung von Aufsichtsratsmitgliedern mit beratender Funktion ohne Stimmrecht in einer dem Mitbestimmungsgesetz unterliegenden GmbH gegen den Grundsatz verstößt, dass alle Mitglieder des Aufsichtsrates die gleichen Rechte und Pflichten haben sollen, also eine Einheit von Teilnahme und Haftung bestehen muss. Für Gäste des Aufsichtsrats hat dies erst Recht in entsprechender Weise zu gelten, da sie keine direkte Verantwortung für die Entscheidungen des Aufsichtsrats tragen, aber nennenswerte Einflussmöglichkeiten erhalten.

Die Ausführungen des BGH dürften auf GmbHs mit in der Regel mehr als 500 Arbeitnehmern, die dem Drittelbeteiligungsgesetz unterliegen und ebenfalls einen Aufsichtsrat bilden, übertragbar sein. Offen ließ der BGH, ob dasselbe auch für GmbHs gilt, die nicht dem Mitbestimmungsrecht unterliegen, einen Aufsichtsrat jedoch freiwillig einrichten.

vgl. BGH, Beschl. vom 30. Januar 2012, II ZB 20/11. Für eine entsprechende Anwendung: OVG Münster, NWVBl. 1997, 67; Stoffels, LMK 2012, Nr. 333919; Mückl, ArbR 2012, 150; Meier NZG 2001, 1127; gegen eine entsprechende Anwendung: Anmerkung Winstel zu BGH, Beschl. v. 30. Januar 2012, II ZB 20/11, in DStR 2012, 762, 765; Böttcher, NZG 2012, 809, 811.

bei allen zentralen Themen einer Aufsichtsratssitzung bezüglich der wirtschaftlichen Lage des Krankenhauses an den Sitzungen wie ein Sachverständiger teilnehmen.

Zur Stärkung der Kompetenzen der Aufsichtsratsmitglieder sollten von der Beteiligungsverwaltung Fortbildungsmaßnahmen, und zwar nicht nur zu den Rechten und Pflichten eines Aufsichtsrats, sondern auch zu den fachlichen Besonderheiten eines Krankenhausbetriebs angeboten bzw. organisiert werden.

7.2.4 Überwachungstätigkeit des Aufsichtsrats

Zentrale Aufgabe des Aufsichtsrats ist die Überwachung der Geschäftsführung (§ 111 Abs. 1 AktG). Die aktienrechtlichen Normen gelten dabei überwiegend auch für den obligatorischen und fakultativen Aufsichtsrat einer GmbH (§ 25 Abs. 1 Nr. 2 MitbestG, § 1 Abs. 1 Nr. 3 DrittelbG bzw. § 52 Abs. 1 GmbHG). Überwachungsmaßstäbe sind u.a. Ordnungsmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit (§ 90 AktG). Um dieser Aufgabe nachzukommen, stehen dem Aufsichtsrat umfangreiche Informations- und Auskunftsrechte zu. Dabei hat der Aufsichtsrat die ihm obliegenden Aufgaben mit der Sorgfalt eines ordentlichen und sorgfältigen Geschäftsleiters wahrzunehmen (§ 116 Satz 1, § 93 Abs. 1 Satz 1 AktG). Im Fall einer Krise erhöhen sich diese Überwachungspflichten.

Anerkannt ist zudem, dass sich der Aufsichtsrat unabhängig von konkreten Entscheidungen mit dem Risikomanagementsystem eines Unternehmens zu beschäftigen hat (§ 111 Abs. 1 i.V.m. § 107 Abs. 3 AktG). Im Übrigen gehört es zu den Aufgaben des Aufsichtsrats, dass er sich frühzeitig über Risiken des Unternehmens berichten lässt (§ 90 Abs. 3 AktG).

So liegt eine zur Haftung führende Pflichtverletzung vor, wenn der Aufsichtsrat ohne gebotene Informationen und darauf aufbauende Chancen- und Risikoabwägung seine Zustimmung zu nachteiligen Geschäften erteilt (§ 116 i.V.m. § 93 Abs. 1 Satz 2 AktG, sog. „Business Judgement Rule“). Im Zweifel obliegt es dem Aufsichtsratsmitglied zu beweisen, dass es sorgfältig gehandelt hat. Abweichend von dem allgemeinen Grundsatz, dass der Anspruchsteller für alle anspruchsbegründenden Voraussetzungen darlegungs- und beweispflichtig ist, besteht eine Beweislastumkehr (§§ 116 Satz 1, 93 Abs. 2 Satz 2 AktG). Aufsichtsratsmitglieder müssen sich sowohl in Bezug auf die Pflichtverletzung als auch das Verschulden entlasten. Hierzu können Verlaufsprotokolle über die Aufsichtsratssitzungen dienen.

Um die tatsächliche Ausübung der Überwachungstätigkeit des Aufsichtsrats der geprüften Krankenhausgesellschaften zu beurteilen, wurden die Sitzungsprotokolle der Jahre 2009 bis 2011 analysiert.

In den Krankenhäusern mehrerer Kommunen wurden die Aufsichtsräte über die tatsächliche wirtschaftliche Lage verspätet informiert. Sie konnten nicht rechtzeitig auf die Geschäftsentwicklung des Klinikums Einfluss nehmen. Die Aufsichtsräte sollten auf eine zeitnahe Informationsbereitstellung hinwirken.

Auf wirtschaftliche Krisensituationen reagierten die Aufsichtsräte in den geprüften Krankenhausgesellschaften unterschiedlich:

- In einer Kommune wurde der Aufsichtsrat Mitte 2011 von der Geschäftsführung darüber informiert, dass für die Krankenhausgesellschaften ein Verlust von mehr als 30 Mio. € zum Jahresende erwartet werde und das Eigenkapital aller Voraussicht nach unterjährig aufgebraucht werde. Trotz dieser dramatischen wirtschaftlichen Lage fanden im Jahr 2011 lediglich fünf Aufsichtsratssitzungen statt. Die Berichts- und Informationsstrukturen wurden sukzessiv im Verlauf des Jahres 2012,

d. h. nach dem Prüfungszeitraum geändert. Ferner wurden umfangreicherer Protokollierungen der Aufsichtsratssitzungen eingeführt.

- In einer weiteren Kommune wurde der Aufsichtsrat der Krankenhausgesellschaften von der Geschäftsführung Mitte 2010 darüber informiert, dass durch streikbedingte sowie sonstige Erlösausfälle und Kostenerhöhungen das geplante Jahresergebnis nur durch zusätzliche Maßnahmen erreicht werden könne. Hieraufhin mahnte der Aufsichtsrat eine verbesserte Berichterstattung seitens der Geschäftsführung an. Die bisherige Berichtsfrequenz von vier Wochen nach Ablauf eines jeden Monats wurde angesichts der kritischen wirtschaftlichen Lage als zu lang kritisiert und sodann verkürzt. Zudem führte der Aufsichtsrat eine monatliche Sitzungsfrequenz ein.

Eine wichtige Steuerungsmöglichkeit des Aufsichtsrats stellten ferner zu seinen Gunsten eingeräumte Zustimmungsvorbehalte bei der Vornahme wirtschaftlich bedeutsamer Maßnahmen der Geschäftsführung dar. Zustimmungsvorbehalte waren dabei in sieben von acht Kommunen vorhanden. Art und Umfang der Zustimmungsvorbehalte wichen in den geprüften Kliniken teilweise deutlich voneinander ab. So reichten die vereinbarten Wertgrenzen, ab denen eine Zustimmung für die Vornahme von Lieferungen und Leistungen erforderlich ist, von 25.000 € bis hin zu 2,355 Mio. €. In Frankfurt am Main wurde die Kompetenz zur Zustimmung zu Rechtsgeschäften mit einem Volumen über 2,5 Mio. € auf die Gesellschafterversammlung übertragen.

Die Überörtliche Prüfung weist darauf hin, dass der Aufsichtsrat sicherzustellen hat, dass - der wirtschaftlichen Situation und der Größe des Krankenhauses entsprechend - für bestimmte Rechtsgeschäfte (der Höhe oder der Art nach) angemessene Zustimmungsvorbehalte festgelegt werden. Nur damit kommt er seiner Überwachungsaufgabe hinreichend nach.

Zur Beurteilung der Liquiditätslage, sollte der Aufsichtsrat auf ein wirksames Finanzcontrolling hinwirken. Zudem sollte er die Inhalte der Berichte der Geschäftsführung konkret festlegen. Damit wird er in die Lage versetzt, aus eigener Kompetenz die Geschäftsführung zu überwachen und besitzt eine ausreichende Informationsgrundlage für notwendige Entscheidungen.

Hinsichtlich der Aufsichtsratsbesetzung kann es zielführend sein, eine breite Expertise und fachliche Qualifikation anzustreben. Im Einzelfall bietet es sich an, auch externe Fachleute als Aufsichtsratsmitglieder zu bestellen. So war etwa im Aufsichtsrat eines Krankenhauses sowohl medizinisches als auch betriebswirtschaftliches und kommunales Know-how vertreten.

7.2.5 Beteiligungscontrolling

Steuerung und Controlling der Beteiligungen bedingen standardisierte Berichte an die Beteiligungsverwaltung. Das Controlling durch die Beteiligungsverwaltung kann aufsetzen auf den Berichten, die u. a. von Seiten der Geschäftsführung dem Aufsichtsrat gegeben werden sowie den Unterlagen, welche die Gesellschafter in der Gesellschafterversammlung erhalten. Weitere Informationsquellen sind der Jahresabschluss des Beteiligungsunternehmens und der dazugehörige Prüfungsbericht des Abschlussprüfers mit der erweiterten Berichterstattung nach § 53 HGrG.⁷⁰

⁷⁰ Im Falle einer Mehrheitsbeteiligung an einem privaten Unternehmen hat die Kommune zu verlangen, dass das Unternehmen im Rahmen der Abschlussprüfung auch die Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung prüfen lässt und die Abschlussprüfer beauftragt, in ihrem Bericht auch die Entwicklung der Vermögens- und Ertragslage sowie die Liquidität und Rentabilität der Gesellschaft darzustellen (§ 53 Abs. 1 Nr. 2 a HGrG).

Ansicht 41 gibt einen Überblick über das Controlling und Berichtswesen in den geprüften Kommunen.

Controlling und Berichtswesen der Beteiligungsverwaltungen					
	Berichte an die Beteiligungsverwaltung				Bericht von der Beteiligungsverwaltung
	Aktive Abfrage und Speicherung wirtschaftlicher Daten	Berichtswesen standardisiert [Turnus]	Beteiligungscontrolling softwaregestützt	Berichtserstattung auf Ebene der Leistungsbereiche	Beteiligungsbericht nach § 123a HGO
Darmstadt	✓	✓[Q]	✓	●	✓
Frankfurt	✓	✓[Q]	✓	●	✓
Fulda	✓	●	●	●	✓
Hochtaunus	●	●	●	●	✓
Kassel	●	●	●	●	✓
Main-Taunus	●	●	●	●	✓
Offenbach	●	●	●	●	✓
Wiesbaden	✓	✓[M]	✓	●	✓

✓ = ja, ● = nein, Q = quartalsweise, M = monatlich
Quelle: Angaben der Kommunen, Stand: September 2012.

Ansicht 41: Controlling und Berichtswesen der Beteiligungsverwaltungen.

Ein systematisches Datenmanagement durch aktive Abfrage wirtschaftlicher Daten aus den Beteiligungsunternehmen fehlte in der Hälfte der geprüften Kommunen. Fünf Kommunen hatten kein standardisiertes Berichtswesen, mit dem die Beteiligungsverwaltung die kommunalen Aufsichtsratsmitglieder oder die Mitglieder des Magistrats/Kreisausschusses informiert. Eine Beteiligungscontrolling-Software kam in drei Kommunen zum Einsatz. Eine leistungsbereichsbezogene Berichterstattung und Analyse von Unternehmensdaten fand in keiner der geprüften Kommunen statt. Das Berichtswesen der Beteiligungsverwaltungen vermittelte insoweit keinen Einblick in die medizinischen Leistungsbereiche des jeweiligen kommunalen Krankenhauses. Diesbezüglich war eine Bewertung der Stärken oder Schwächen kaum möglich.

Positiv fiel das Beteiligungscontrolling der Stadt Frankfurt am Main auf. Die Beteiligungsverwaltung war hier unmittelbar in das Berichtswesen der Klinikum Frankfurt Höchst GmbH eingebunden. Hierzu kam eine Beteiligungsmanagement-Software zum Einsatz, die das automatische Einspielen der Controllingdaten in die Datenbank der Beteiligungsverwaltung ermöglichte. Die Beteiligungsverwaltung erhielt innerhalb von 10 Tagen des auf den Schluss eines Quartals folgenden Monats den Quartalsbericht der Geschäftsführung aus dem Klinikum. Weitere 14 Tage später erstellte das Referat Beteiligungen einen Controlling-Quartalsbericht über die erhaltenen Quartalszahlen,

Darüber hinaus hat sie zu fordern, dass verlustbringende Geschäfte und die Ursachen der Verluste, wenn diese Geschäfte und die Ursachen für die Vermögens- und Ertragslage von Bedeutung waren, und die Ursachen eines in der Gewinn- und Verlustrechnung ausgewiesenen Jahresfehlbetrages im Prüfbericht dargestellt werden (§ 53 Abs. 1 Nr. 2 b, c HGrG). Außerdem hat eine Kommune zu verlangen, dass ihr der Bericht des Wirtschaftsprüfers und, wenn das Unternehmen einen Konzernabschluss aufzustellen hat, auch der Bericht des Wirtschaftsprüfers über die Konzernabschlussprüfung unverzüglich nach Eingang übersendet wird.

der eine Kommentierung der wesentlichen Unternehmenskennzahlen (Ist-, Plan- und Vorjahreszahlen der GuV-Positionen) sowie der wirtschaftlichen Entwicklung enthielt. Ab dem dritten Quartal erhielt der Bericht eine Hochrechnung auf das Jahresergebnis. Zudem wurde in Frankfurt am Main ein Ampelsystem eingeführt, mit dem die Beteiligungsverwaltung die wirtschaftliche Situation sowie auch formale Aspekte (bspw. pünktliche Lieferung der Quartalsdaten) der Gesellschaften bewertete. Adressat des Berichts der Beteiligungsverwaltung waren sowohl hauptamtliche als auch ehrenamtliche Vertreter des Trägers im Aufsichtsrat der Klinikum Frankfurt Höchst.

Ebenso fiel die monatliche Berichterstattung in Wiesbaden, bei der es gleichfalls zum Einsatz einer Beteiligungsmanagement-Software kam, positiv auf. Jedoch waren hier, wie auch bei der Quartalsberichterstattung in Darmstadt, nicht alle Aufsichtsratsmitglieder der Krankenhausgesellschaft direkt in das Berichtswesen eingebunden.

Insgesamt war festzustellen, dass die Berichte der Geschäftsführung regelmäßig nur Unternehmenskennzahlen enthielten, die sich auf hoher Aggregationsebene (bspw. Daten aus der GuV) befanden. Eine betriebswirtschaftliche Analyse der Unternehmensdaten mit einer differenzierten Betrachtung der unterschiedlichen Leistungsbeiriche des Klinikums lag nicht vor. Hierdurch wurde dem Aufsichtsrat und der Beteiligungsverwaltung eine ursachengerechte Überprüfung von wirtschaftlichen Fehlentwicklungen erschwert.

Während in Kassel der Beteiligungsbericht für das Jahr 2008 und im Main-Taunus-Kreis der für das Jahr 2009 vorlag, hatten die anderen Kommunen den Beteiligungsbericht für das Jahr 2011 fertiggestellt. Offenbach am Main war die einzige Kommune, in der bereits der Beteiligungsbericht für das Jahr 2011 veröffentlicht wurde.

Zur Gewährleistung der Aktualität der veröffentlichten Beteiligungsdaten sollte der Beteiligungsbericht mit den Daten des Vorjahres spätestens bis zum Jahresende des Folgejahres erstellt werden.

8. Ausblick

Die 168. Vergleichende Prüfung „Gesundheitswesen – Kliniken“ hat gezeigt, dass insbesondere die fünf in der Rhein-Main-Region befindlichen Krankenhäuser sich in einer schwierigen bis kritischen wirtschaftlichen Lage befinden. Das kumulierte Jahresergebnis der sieben betrachteten Krankenhäuser betrug im Jahr 2011 rund -79 Mio. €. Die Kommunen, mit Ausnahme der Städte Kassel und Frankfurt am Main, unterstützten ihre Krankenhäuser in 2009 bis 2011 im Wege von Kapitalerhöhungen (75,9 Mio. €) und weiteren finanziellen Leistungen wie Verlustübernahmen (27,6 Mio. €). Darüber hinaus bestanden Ende 2011 Darlehen (35,2 Mio. €) und Bürgschaften (746,1 Mio. €) der Träger zugunsten der Krankenhäuser.

Ausgangslage und
Rahmendaten

Bei einem „weiter so“ ist eine Verbesserung der wirtschaftlichen Lage der defizitären Krankenhäuser nicht erkennbar. Wenn im Sinne der Trägervielfalt öffentliche Krankenhäuser in ihrer Existenz gesichert werden sollen, ist der – durch kommunale Neuverschuldung finanzierte – dauerhafte Defizitenausgleich deutlich zurückzuführen. Denn die Trägerkommunen können angesichts ihrer eigenen hohen Schuldenlast dies nicht unbegrenzt leisten.

Eine Erkenntnis dieser Prüfung war, dass die Krankenhäuser ihr Leistungsangebot nicht oder nur unzureichend untereinander abstimmen. Die kommunalen Krankenhäuser verstehen sich, sofern sie in geografischer Nähe zueinander liegen, sogar als Wettbewerber. Der halb regulierte – dennoch in Teilen wettbewerbliche – Markt im Gesundheitswesen führt ohne eine geordnete Struktur der Leistungserbringung zu einer „Kannibalisierung“ von benachbarten Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft. Die Überörtliche Prüfung empfiehlt, dass die Krankenhäuser das medizinische Leistungsgeschehen stärker als bisher miteinander abstimmen. Nötigenfalls ist der Gesetzgeber aufgerufen, durch Planung der Krankenhausressourcen Fehlentwicklungen entgegenzuwirken. Die Planung sollte auf fundierten Daten und differenzierten Analysen des stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungssektors basieren. Damit ließe sich die Qualität der medizinischen Leistungen zum Wohle des Patienten weiter steigern. Gleichzeitig könnten Doppelvorhaltungen von Infrastruktur und Personal vermieden werden, was die ökonomische Situation der Krankenhäuser verbessern würde.

Aber auch die Krankenhäuser sind gefordert, zunächst aus eigener Kraft ihre wirtschaftliche Lage zu verbessern. Eine Kapazitätsbetrachtung zeigte, dass sich über eine Optimierung der Verweildauersteuerung eine Reduzierung der Betten in einer Größenordnung von mindestens 500 erzielen lässt. Die im Bericht aufgezeigten Optimierungsmöglichkeiten erlauben den Schluss, dass sogar eine Reduzierung um rund 1.000 Betten realistisch sein kann.

Des Weiteren sind alle kommunalen Träger aufgefordert, miteinander und im Zusammenwirken mit ihren Krankenhäusern, Wirtschaftlichkeitspotentiale zu suchen und umzusetzen. Ein Beispiel dafür sind die Stadt Frankfurt am Main und der Main-Taunus-Kreis, die noch während der Prüfung erste Gespräche über eine Kooperation bzw. Fusion aufgenommen haben.

Ansätze zur
Weiterentwicklung
und Reorganisation

Kurzfristiger als über eine gesellschaftsrechtliche Lösung (Kooperation in einer GmbH, AG, Holding o.ä.) lassen sich positive Synergieeffekte durch Zusammenlegung von einzelnen sekundären (z.B. Apotheke, Sterilisation, Medizintechnik) oder tertiären Leistungsbereichen (z.B. administrative Bereiche) erzielen. Punktuell waren solche Kooperationen untereinander etwa bei der Pathologie bereits vorhanden. Diesen Ko-

operationen sollten sich weitere Krankenhäuser anschließen. Sie könnten außerdem auf andere Bereiche ausgeweitet und intensiviert werden, ohne dass es hierzu einer Änderung der gesellschaftsrechtlichen Strukturen bedarf.

Solche Kooperationen sollten allerdings nur als ein erster Schritt verstanden werden. Um zu einer nachhaltig wirtschaftlichen Gesundung zu kommen, bleibt es erforderlich, dass die Trägerkommunen vor allem in der Rhein-Main-Region weiter aufeinander zugehen und eine engere Verzahnung ihrer Krankenhäuser – vor allem in Bezug auf ihr medizinisches Leistungsangebot – vorbereiten. Die Überörtliche Prüfung ermutigt die politisch Verantwortlichen, den erforderlichen Willensbildungsprozess zeitnah einzuleiten. „Kirchturmdenken“ führt nicht weiter.

Szenarien- betrachtung

Um eine Vorstellung möglicher Wirtschaftlichkeitspotentiale darzulegen, wurde eine Szenarienbetrachtung für die Krankenhäuser entwickelt. Mittels einer interdisziplinären Expertenschätzung wurden mittelfristig zu erwartende ökonomische Effekte auf Grundlage krankenhauseigener Finanzbuchhaltungsdaten der Jahre 2009 bis 2011 simuliert.⁷¹ Dies stellt eine pauschale Gesamteinschätzung⁷² dar, die Tendenzen aufzeigt und Hinweise für die politische Diskussion um die kommunale Gesundheitsversorgung geben sollte.

Die einzelnen Szenarien unterscheiden sich hinsichtlich unterstellter Annahmen über die Leistungs- und Kostenentwicklung und hinsichtlich der Intensität der Kooperationsmodelle. Für die Szenarienbetrachtung wurden folgende Annahmen getroffen:

Szenario 1: Fortschreibung der Entwicklung

Das Szenario unterstellt eine Fortschreibung der wirtschaftlichen Entwicklung der Krankenhäuser entsprechend der Jahre 2009 bis 2011. Danach werden eine 2,7 %-ige Mengenentwicklung und eine weitgehend unveränderte prozentuale Ertrags- und Aufwandsentwicklung angenommen.

Szenario 2: Zentralisierung

Dieses Szenario geht davon aus, dass eine regionale Bündelung realisiert wird. Die Krankenhäuser in der Rhein-Main-Region bilden einen neu zu schaffenden Verbund, der sowohl die Leistungs- als auch die Kostensteuerung übernimmt (zur Umfeldanalyse vgl. Abschnitt 6.5, S. 26 f.). Auch mit den Krankenhäusern in Kassel und Fulda sind überregionale Kooperationen möglich. Dabei wird eine Gesamtleistungsentwicklung von +2,25 % unter der Annahme der Realisierbarkeit von Verbundvorteilen in den einzelnen Ertrags- und Aufwandspositionen erwartet.

Szenario 3: Zentralisierung und Kapazitätsanpassung

Im Szenario 3 wird neben dem Szenario 2 eine Kapazitätsanpassung in einer Größenordnung von 500 Betten vorgenommen (zur Kapazitätsanpassung vgl. Abschnitt 6.4, S. 25 f.).

⁷¹ Bei der Szenarienbetrachtung wurde vorab ein Einmaleffekt von 25 Mio. € im Klinikum Offenbach, der aus einmaligen Aufwendungen im Zuge des Neubaus und der Umzüge resultierte, sowohl bei den Ist-Werten als auch bei der Expertenschätzung ergebnisverbessernd bereinigt. Danach ergibt sich für das Jahr 2011 ein bereinigtes Jahresergebnis über alle sieben Krankenhäuser von -54 Mio. €, während es sich nach den Jahresabschlüssen auf rund -79 Mio. € (vgl. Ansicht 18) summierte.

⁷² Die Prüfungsergebnisse lassen keine Rückschlüsse auf eine mögliche Reduzierung von konkreten Fachabteilungen/ Doppelvorhaltungen bei medizinischen Leistungen zu. Das Krankenhausumfeld (private, freigemeinnützige und andere öffentliche Träger) wurde nicht untersucht.

Szenarienbetrachtung				
	Entwicklung 2009-2011	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3
		Fortschreibung der Entwicklung	Zentralisierung	Zentralisierung und Kapazitäts- anpassung ¹⁾
Annahmen der Expertenschätzung				
Mengenkomponenten (Case Mix-Punkte)	2,74 %	2,74 %	2,25 %	0,70 %
Erträge				
Krankenhausnahe Erlöse	3,4 %	3,4 %	2,4 %	0,6 %
Andere Erlöse	1,8 %	1,8 %	2,1 %	0,5 %
Personalaufwendungen				
Medizinnähe Aufwendungen	2,7 %	2,7 %	1,0 %	0 %
Wirtschaft und Versorgung	-4,7 %	-4,7 %	-5 %	-10 %
Bau und Technik	-3,5 %	-3,5 %	-10 %	-15 %
Verwaltung	2,0 %	2,0 %	-20 %	-25 %
Sonstige	3,0 %	3,0 %	5 %	5 %
Sachaufwendungen				
Medizinnähe Aufwendungen	7,6 %	7,6 %	-7 %	-10 %
Wirtschaft und Versorgung	3,2 %	3,2 %	-15 %	-25 %
Bau und Technik	-4,2 %	-4,2 %	-8 %	-15 %
Verwaltung	7,6 %	7,6 %	-25 %	-25 %
Sonstige	15,3 %	15,3 %	5 %	2 %
Ergebnisbesserung/ (-) -verschlechterung		-35.609 T€	51.441 T€	65.867 T€
Veränderung Erträge		66.447 T€	51.293 T€	14.198 T€
Veränderung Aufwendungen		102.056 T€	-148 T€	-51.669 T€
Ergebnis 2011 ²⁾		-53.633 T€	-53.633 T€	-53.633 T€
Simulationsergebnis ³⁾ Überschuss/(-) Defizit		-89.243 T€	-2.193 T€	12.234 T€
Nachrichtlich				
Differenz Simulationsergebnis zu Szenario 1			-87.050 T€	-101.477 T€
Investitionen		++++	+++	++
Transaktionskosten		+	++	+++

Anmerkung: Entwicklung 2011 gegenüber 2009 ist als geometrisches Mittel dargestellt.

¹⁾ Kapazitätsanpassung durch optimierte Verweildauersteuerung (Reduzierung um 500 Betten).

²⁾ nach Bereinigung der Einmaleffekte beim Klinikum Offenbach, vgl. Fußnote 71

³⁾ Für ein Modelljahr wird ausgehend vom Jahr 2011 und der Ergebnisveränderung des jeweiligen Szenarios ein Simulationsergebnis ermittelt.

Zeichenerläuterung: Eine quantitative Bewertung möglicher Investitions- oder Transaktionskosten für die verschiedenen Szenarien war nicht möglich. Hilfsweise wurde eine qualitative Bewertung mit einer Skala (+ = geringe bis ++++ = sehr hohe Investitionen bzw. Transaktionskosten) vorgenommen.

Quelle: DRG-Daten der Krankenhäuser. Eigene Annahmen, Auswertung und Darstellung.

[Ansicht 42: Szenarienbetrachtung.](#)

8. Ausblick

Aus der Szenarienbetrachtung lassen sich folgende Simulationsergebnisse über alle sieben Krankenhäuser herleiten:

Szenario 1:	-89 Mio. €
Szenario 2:	-2 Mio. €
Szenario 3:	+12 Mio. € ⁷³

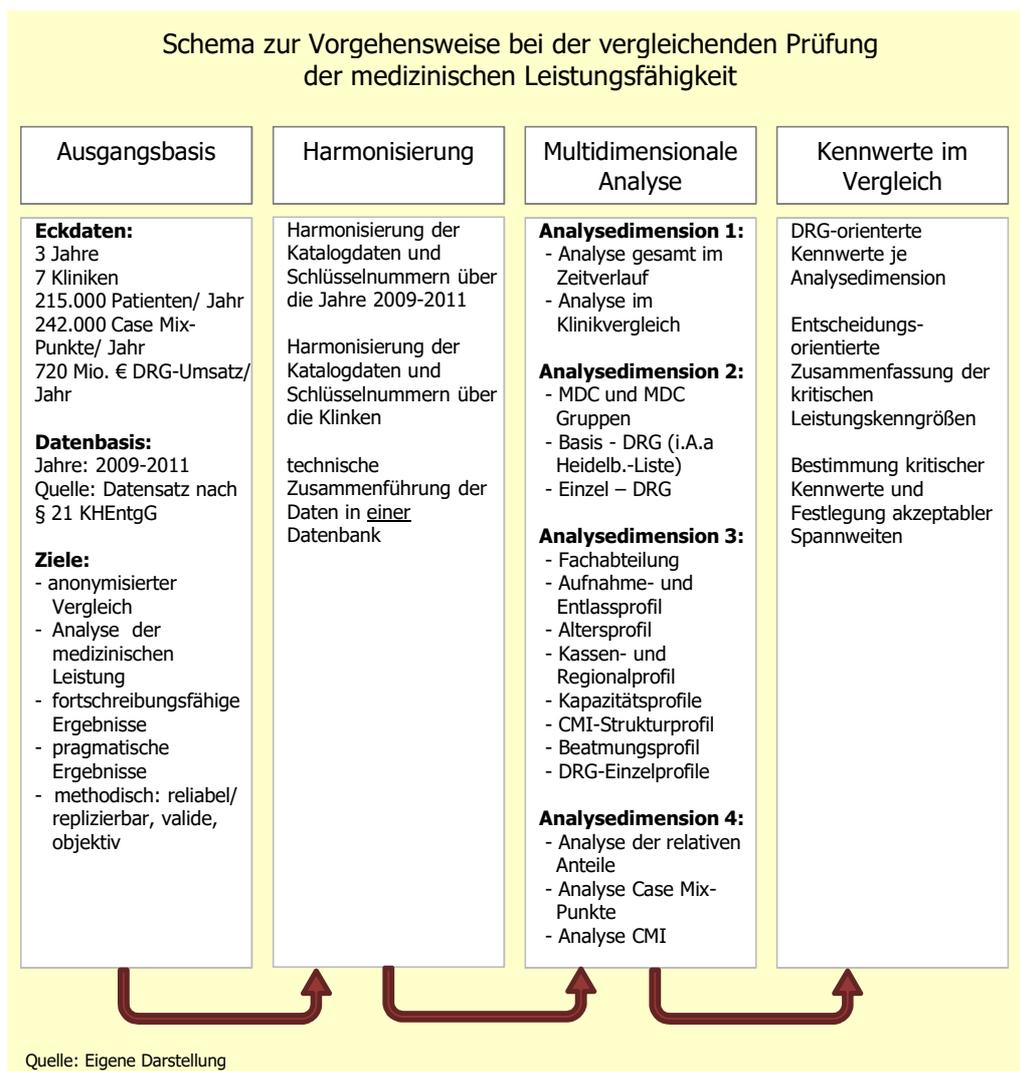
Insgesamt weisen die Simulationsergebnisse der Szenarien 2 und 3 Verbesserungen gegenüber der Fortschreibung der Entwicklung (Szenario 1) in einer Größenordnung von 87 Mio. € bzw. 101 Mio. € auf. Allerdings müssten notwendige Investitionen und zu erwartende Transaktionskosten noch berücksichtigt werden.

Aus der Prüfung kann geschlossen werden, dass es perspektivisch möglich ist, die Qualität der Patientenversorgung weiter zu steigern und – gleichzeitig – die wirtschaftlichen Ergebnisse der Krankenhäuser zu verbessern. Bei der politischen Diskussion um die Ausgestaltung der Verbundstrukturen sollte es keine Denkverbote geben. Langfristig könnte eine freiwillige Weiterentwicklung der kommunalen Krankenhäuser in größeren Verbänden angedacht werden.

⁷³ Dies entspricht einer Umsatzrendite von 1 %. Demgegenüber erwirtschaften einige wenige öffentliche Krankenhäuser und auch die Privaten Umsatzrenditen von 8 % oder darüber hinaus. Eine solche achtprozentige Umsatzrendite unterstellt, ermittelt sich ein Prognosewert von +96 Mio. € sowie eine Ergebnisverbesserung gegenüber dem Szenario 1 von rund 185 Mio. €. Angesichts des gesetzlichen Versorgungsauftrags sieht die Überörtliche Prüfung eine Gewinnerzielungsabsicht in dieser Höhe als nicht maßgebliches Ziel.

ANHANG

9. Methodik



Ansicht 43: Schema zur Vorgehensweise bei der vergleichenden Prüfung der medizinischen Leistungsfähigkeit.

Im ersten Schritt wurden die Katalogdaten und Schlüsselnummern über die Jahre 2009 bis 2011 harmonisiert und in einer Datenbank zusammengefasst.

Im zweiten Schritt erfolgte eine multidimensionale Analyse, die eine Darstellung des Klinikprofils sowie eine fachabteilungsbezogene und fachabteilungsunabhängige Bewertung nach Hauptdiagnosen (MDC) als strukturierende Elemente ermöglichte. Dabei wurde die Positionierung im Jahr 2011 und die zeitliche Entwicklung der Kennzahlen (2009 bis 2011) bewertet. Zur besseren Übersicht wurden die MDC-Gruppen in klinischen Leistungsgruppen aggregiert.

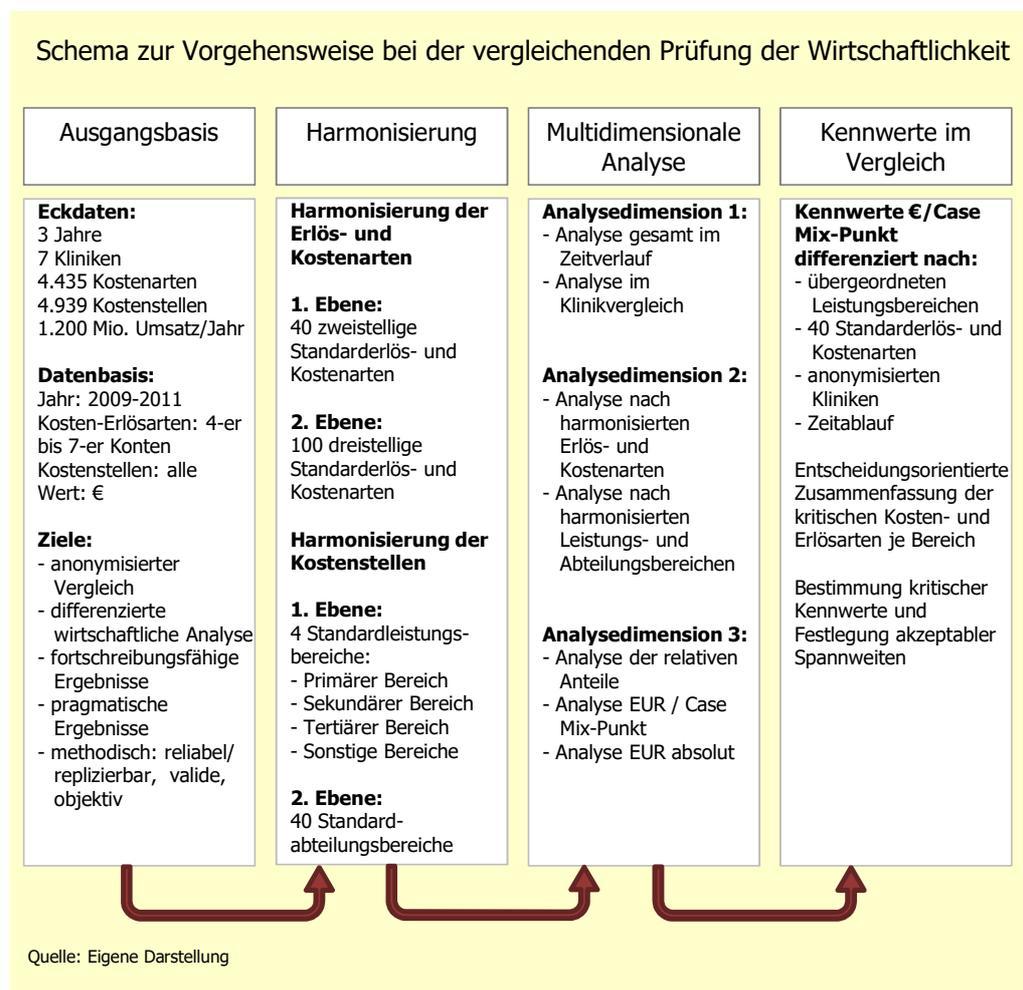
Im letzten Schritt erfolgte ein Vergleich der Krankenhäuser nach ausgewählten Kennwerten. Dabei standen der Case Mix und die Fallzahl als absolute Kenngrößen und der Case Mix-Index als relative Kenngröße im Vordergrund.

Zudem wurde das Krankenhausgeschehen nach Leistungsbereichen analysiert. Leistungen eines Krankenhauses sind in § 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) definiert. Diese umfassen unter anderem ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Ver-

sorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Verpflegung und Unterkunft.⁷⁴ Um diese Leistungen sicherzustellen, wird ein Krankenhaus organisatorisch in patientennahe und patientenferne Krankenhausbereiche unterteilt, die in einer Interdependenz zueinanderstehen.

Der primäre Leistungsbereich umfasste in der vorliegenden Analyse ausschließlich die bettenführenden Fachabteilungen eines Krankenhauses.⁷⁵ Die Untersuchung orientierte sich zunächst an den übergeordneten Kennzahlen, die sich aus der Auswertung des § 21-Datensatzes jeder Klinik ergeben. Des Weiteren wurde eine fachabteilungsunabhängige Bewertung des Leistungsgeschehens nach Hauptdiagnosegruppen vorgenommen.

Parallel zur vergleichenden Prüfung der medizinischen Leistungsfähigkeit wurde auch eine medizinisch-ökonomische Analyse der primären, sekundären und tertiären Bereiche nach folgendem Schema vorgenommen:



Ansicht 44: Schema zur Vorgehensweise bei der vergleichenden Prüfung der Wirtschaftlichkeit.

Ausgangspunkt der medizinisch-ökonomischen Analyse waren die finanzbuchhalterischen Daten. Für die vergleichende Analyse wurden diese Daten so aufbereitet, dass

⁷⁴ vgl. § 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Gesetz vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617)

⁷⁵ Ggf. bettenführende Abteilungen für Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Anästhesiologie und Intensivmedizin werden aufgrund ihrer zumeist unterstützenden Funktion unter den sekundären Leistungserbringern geführt.

sowohl die Erträge als auch die Aufwendungen gruppiert, normiert und bereinigt wurden.

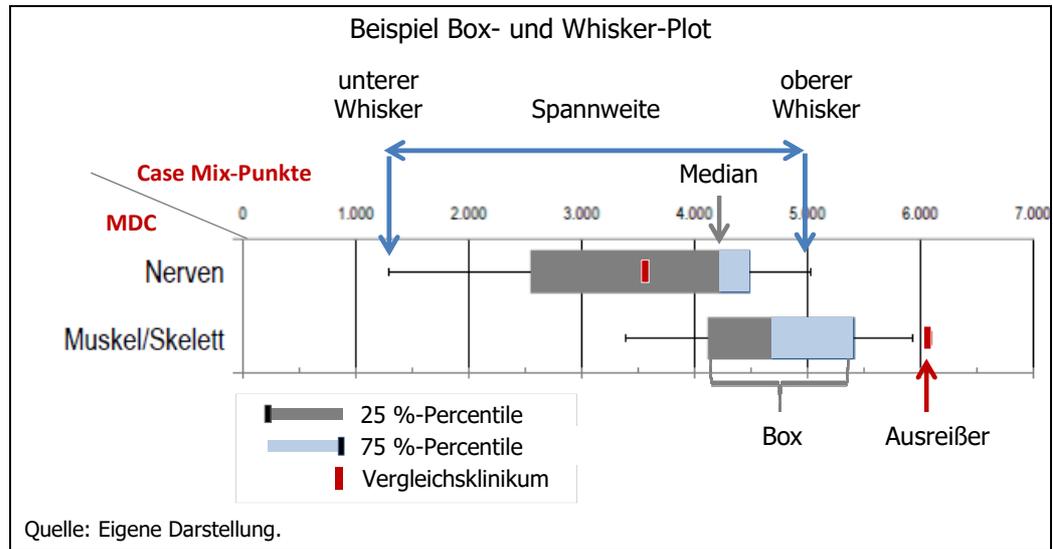
Bezogen auf die Kostenarten wurde in Anlehnung an die Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV) eine Gruppierung auf zweistelliger Ebene mit 40 Standardkostenarten und auf dreistelliger Ebene mit 100 Kostenarten vorgenommen. Dieses Vorgehen diene der Sicherstellung, dass betriebswirtschaftliche und buchhalterische Tatbestände gleichen Konten zugeordnet wurden. Weiterhin wurde in Anlehnung an die KHBV ein übergeordneter Kostenstellenplan entwickelt, der die unterschiedlichen Kostenstellenbezeichnungen harmonisierte.

Mit dem oben beschriebenen Vorgehen wurde die Möglichkeit geschaffen, die zu vergleichenden Krankenhäuser für den Prüfungszeitraum 2009 bis 2011 auf der Aufwands- und Ertragsdimension multidimensional zu analysieren. Weiterhin wurde die Möglichkeit eines auf das Jahr 2011 bezogenen Betriebsvergleichs zwischen den Krankenhäusern erzeugt.

Um die Wirtschaftlichkeit im Krankenhausbetriebsvergleich zu untersuchen, wurden sämtliche Aufwand- und Ertragskomponenten in einem weiteren Schritt auf die Zahl der Case Mix-Punkte bezogen. Diese Abbildung relativer Kenngrößen erlaubte es somit, das heterogene Aufwands- und Ertragsgeschehen vergleichend darzustellen.

10. Leistungsstruktur der Krankenhäuser

Die Darstellung der Leistungsstruktur der Vergleichshäuser wurde mit Hilfe der Box- und Whisker-Plots vorgenommen (Ansicht 45).



Ansicht 45: Beispiel Box- und Whisker-Plot.

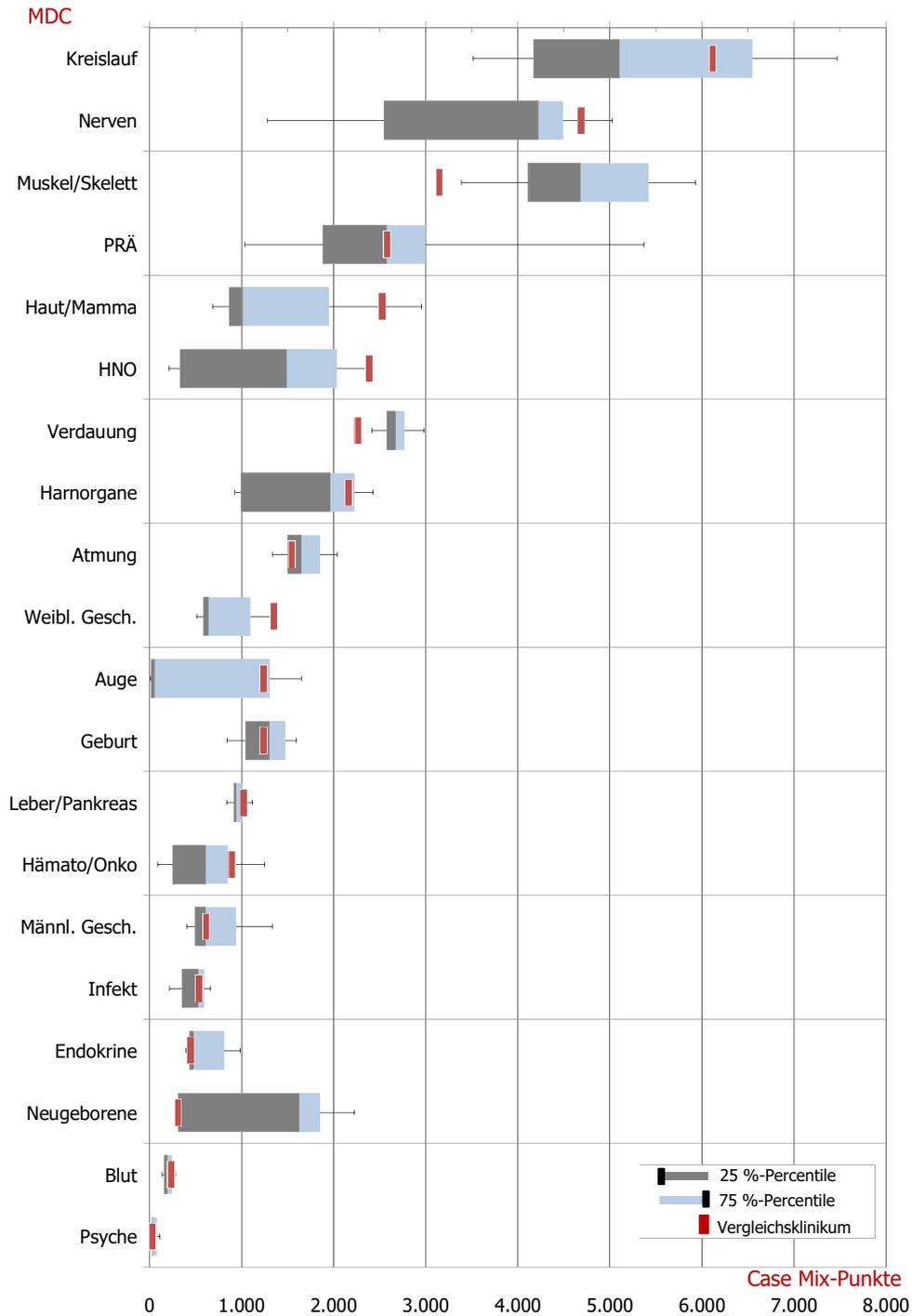
Die Methodik und Systematik der Box- und Whisker-Plots erklärt sich wie folgt:

Auf der horizontalen Achse befinden sich die Case Mix-Punkte. Auf der vertikalen Achse sind die Leistungen der Vergleichshäuser in MDC gekennzeichnet. Die Box entspricht der graphischen Darstellung des Bereiches, in dem sich die mittleren 50 % der Daten befinden. Die Box wird durch den Median geteilt. Die Box wird durch das obere Quartil und das untere Quartil eingegrenzt. In vorliegender Analyse wurden die 25 %- und 75 %-Perzentilen berechnet. Durch die Whisker werden die Daten außerhalb der Box dargestellt. In vorliegender Berechnung liegt der untere Whisker bei der 5 %- und der obere bei der 95 %-Perzentile.

Der rote Balken kennzeichnet die Positionierung des Klinikums innerhalb der Stichprobe der Vergleichskrankenhäuser. Liegt der Balken innerhalb der Box, so ist die betrachtete Leistungsmenge der MDC als nicht kritisch zu betrachten. Liegt der Balken außerhalb der Box, aber innerhalb der Whisker, so ist dieser als milder Ausreißer zu betrachten. Liegt der Balken außerhalb der Spannweite, so ist die Leistungsmenge des Vergleichsklinikums als extremer Ausreißer zu betrachten.

Je geringer die Spannweite der MDC ist, desto homogener ist das Leistungsgeschehen innerhalb der Gesamtheit der Vergleichshäuser. Umso kritischer sollen die Ausreißer in diesem Fall betrachtet werden.

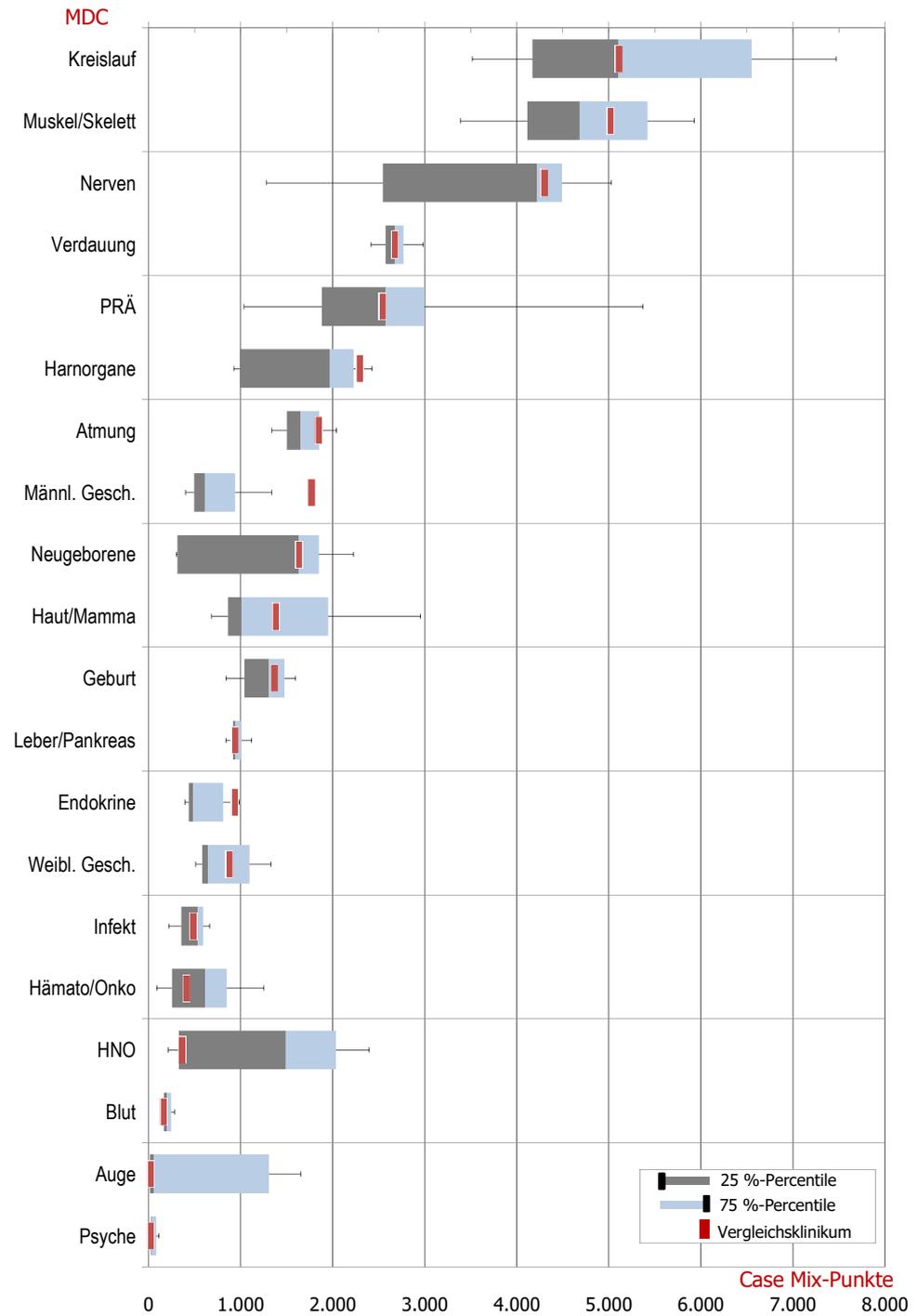
Box- und Whisker-Plot Case Mix nach MDC (Krankenhaus 1 im Vergleich)



Quelle: DRG-Daten der Krankenhäuser. Eigene Auswertung und Darstellung.

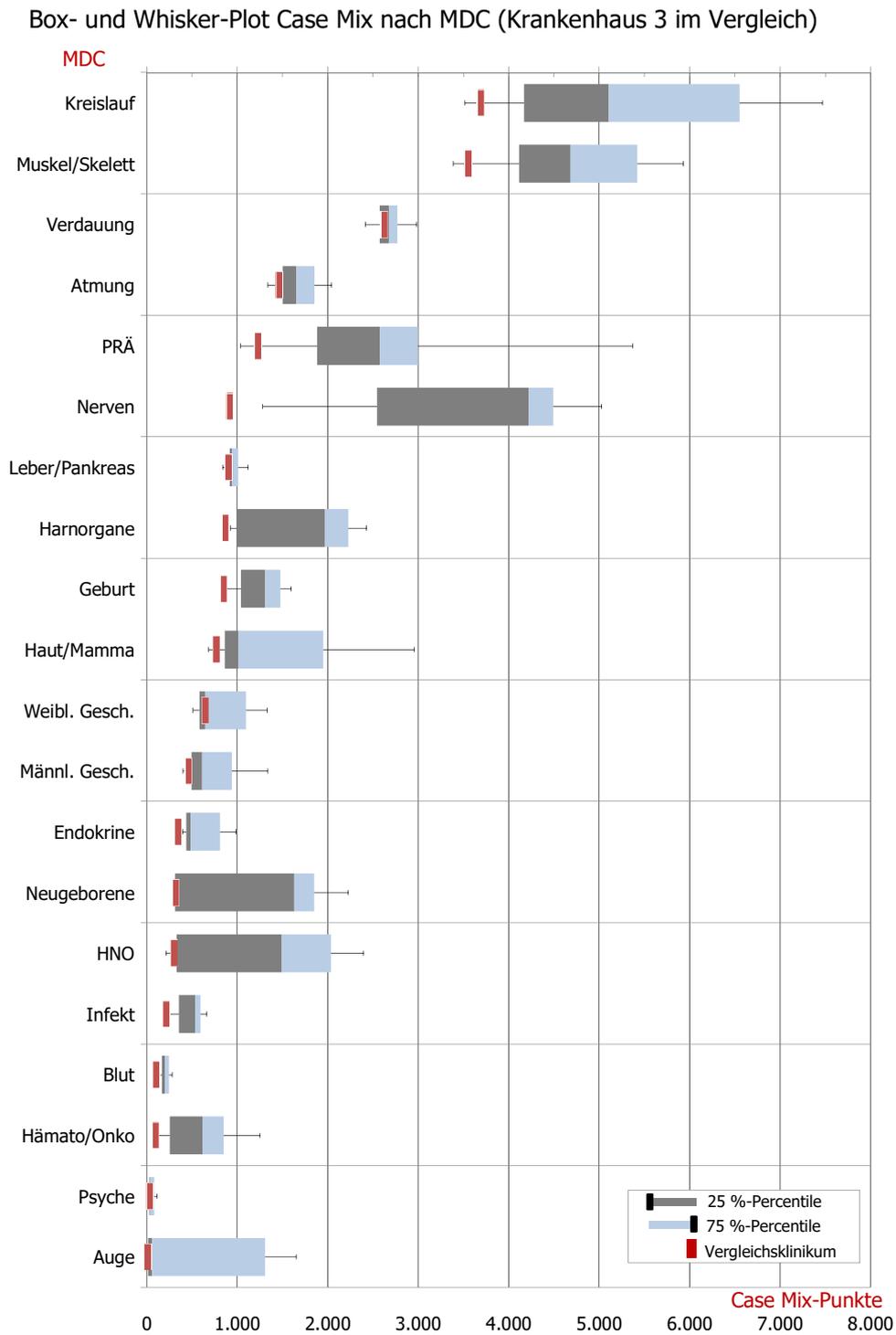
Ansicht 46: Box- und Whisker-Plot Case Mix nach MDC (Krankenhaus 1 im Vergleich).

Box- und Whisker-Plot Case Mix nach MDC (Krankenhaus 2 im Vergleich)



Quelle: DRG-Daten der Krankenhäuser. Eigene Auswertung und Darstellung.

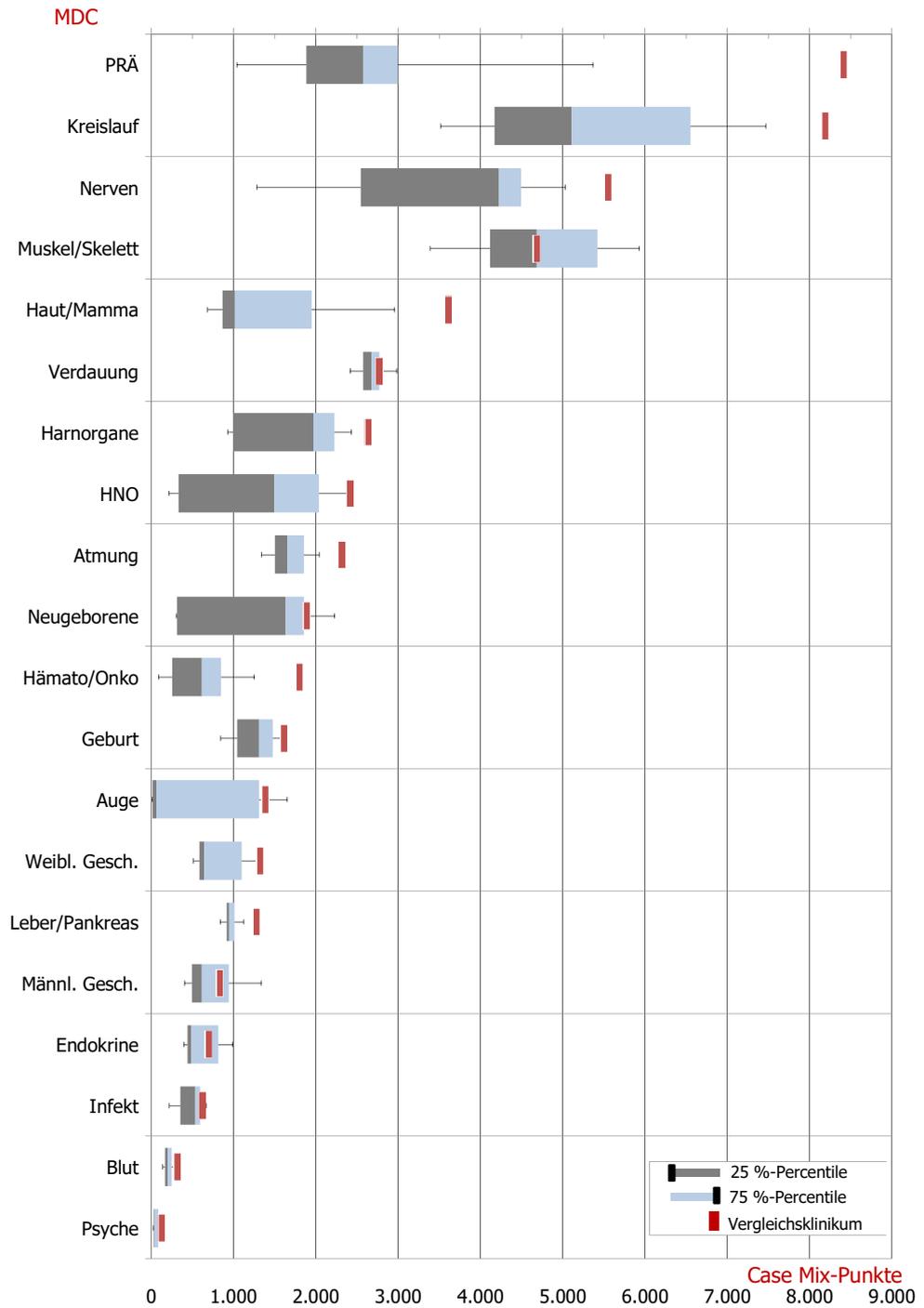
Ansicht 47: Box- und Whisker-Plot Case Mix nach MDC (Krankenhaus 2 im Vergleich).



Quelle: DRG-Daten der Krankenhäuser. Eigene Auswertung und Darstellung.

Ansicht 48: Box- und Whisker-Plot Case Mix nach MDC (Krankenhaus 3 im Vergleich).

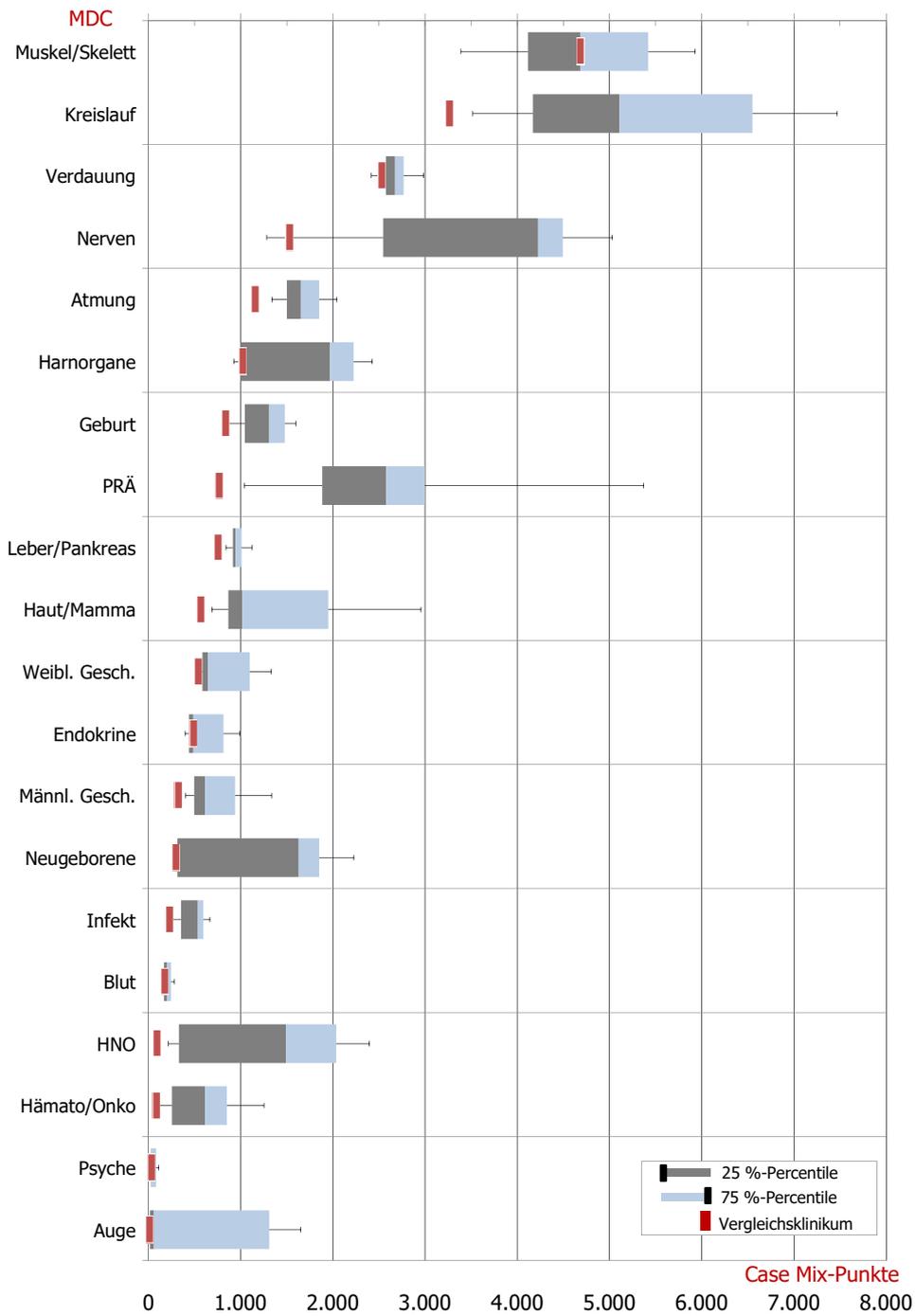
Box- und Whisker-Plot Case Mix nach MDC (Krankenhaus 4 im Vergleich)



Quelle: DRG-Daten der Krankenhäuser. Eigene Auswertung und Darstellung.

Ansicht 49: Box- und Whisker-Plot Case Mix nach MDC (Krankenhaus 4 im Vergleich).

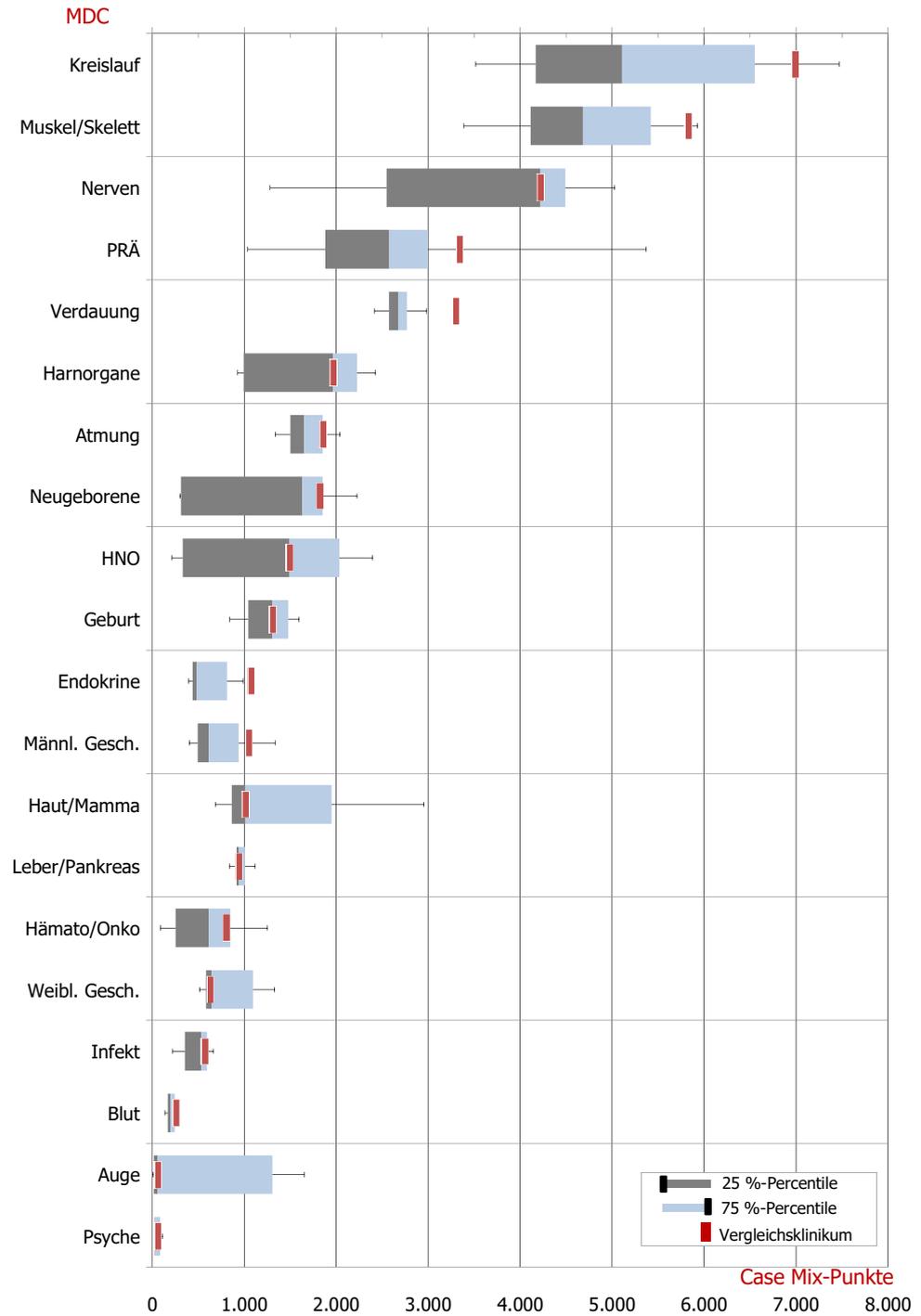
Box- und Whisker-Plot Case Mix nach MDC (Krankenhaus 5 im Vergleich)



Quelle: DRG-Daten der Krankenhäuser. Eigene Auswertung und Darstellung.

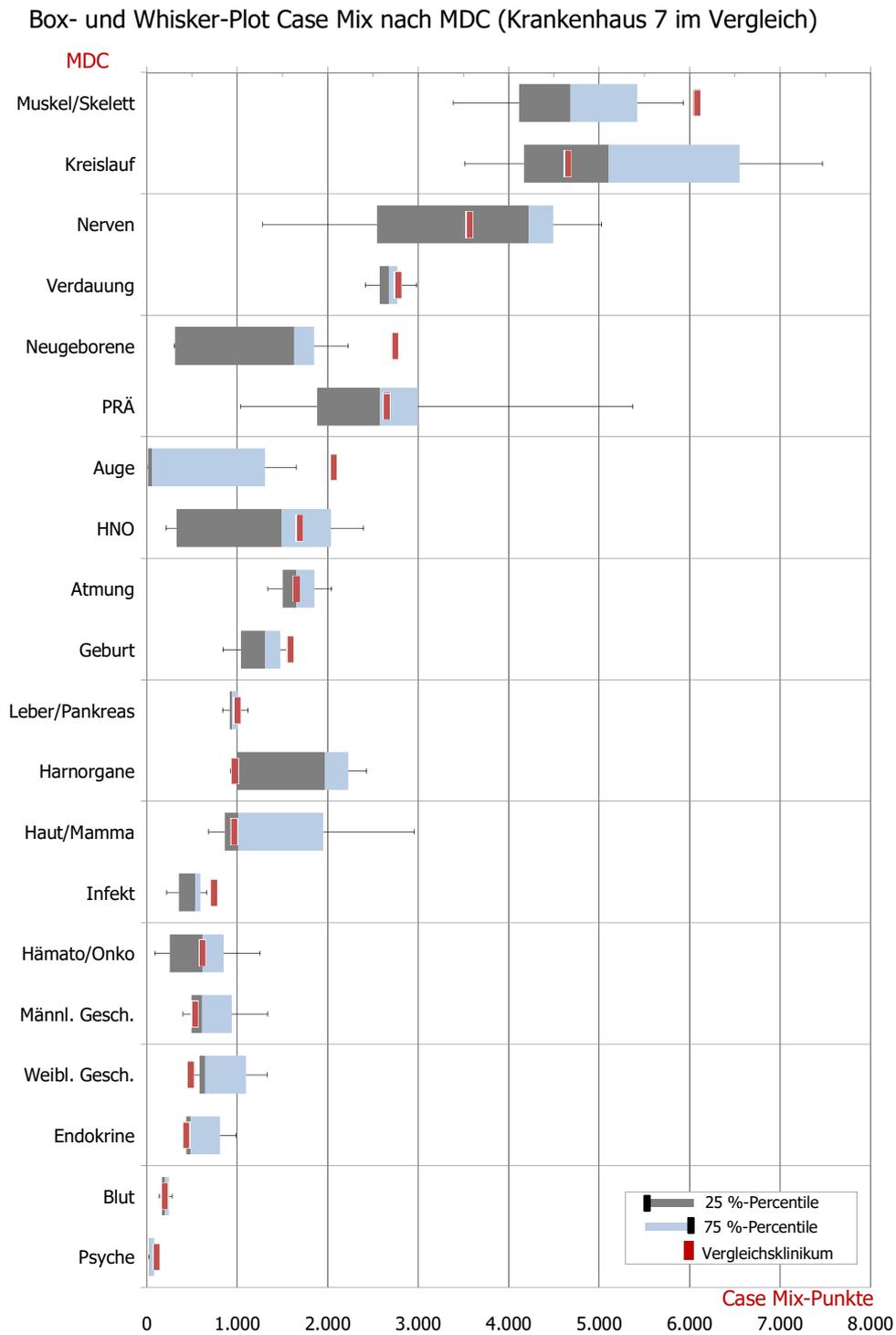
Ansicht 50: Box- und Whisker-Plot Case Mix nach MDC (Krankenhaus 5 im Vergleich).

Box- und Whisker-Plot Case Mix nach MDC (Krankenhaus 6 im Vergleich)



Quelle: DRG-Daten der Krankenhäuser. Eigene Auswertung und Darstellung.

Ansicht 51: Box- und Whisker-Plot Case Mix nach MDC (Krankenhaus 6 im Vergleich).



Quelle: DRG-Daten der Krankenhäuser. Eigene Auswertung und Darstellung.

[Ansicht 52: Box- und Whisker-Plot Case Mix nach MDC \(Krankenhaus 7 im Vergleich\).](#)

11. Glossar

Basisfallwert (Base-Rate)	Der Basisfallwert stellt den Grundpreis einer stationären Leistung mit einem Relativgewicht von 1,0 dar.
Case Mix (CM)	Der Referenzwert einer standardisierten Behandlung im DRG-System hat ein Relativgewicht von 1,0; dies entspricht einem Case Mix-Punkt. Je nach Schweregrad hat ein einzelner Behandlungsfall einen höheren oder niedrigeren Wert. Die Vergütung der erbrachten Krankenhausleistung ist ein Produkt aus der Multiplikation von Case Mix-Punkten und dem Basisfallwert (Base-Rate). Die Summe aller Case Mix-Punkte bildet den Case Mix (CM) des Krankenhauses.
Case Mix-Index (CMI)	Der Case Mix dividiert durch die Behandlungsfälle ergibt einen Case Mix-Index (CMI). Diese Kennzahl ist ein Indikator für den durchschnittlichen Schweregrad der erbrachten medizinischen Leistungen des Krankenhauses.
Compliance	Ist die Verantwortung der Organe einer Gesellschaft, die Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen, vertraglichen Verpflichtungen und internen Richtlinien bzw. Regelungen zu gewährleisten. Compliance dient der Vermeidung der in § 17, § 130, § 266, §§ 298ff. und § 370 Steuergesetzbuch (StGB) beschriebenen negativen Folgen für das Unternehmen (bspw. Klagen, Imageschäden).
Compliance Management System	Ist ein System, das sicherstellen soll, dass das Compliance-Programm des Unternehmens durchgeführt wird. Das Compliance Management Programm umfasst die seitens der verantwortlichen Leitung getroffenen Maßnahmen, die die Einhaltung von bestimmten Regeln sicherstellen sollen. Es umfasst auch solche Maßnahmen, die wesentliche Verstöße aufdecken und verhindern.
Diagnosis Related Groups (DRG)	Ist ein ökonomisch-medizinisches Patientenklassifikationssystem, das anhand eines klinisch orientierten Schemas die Behandlung der Patienten in Verbindung zu den dafür erforderlichen Ressourcen setzt. Jedem stationären Aufenthalt wird genau eine DRG anhand der Hauptdiagnose und des wichtigsten Eingriffes zugeordnet. Ein Behandlungsfall wird in diesem System nach pauschalierten Preisen vergütet, die am durchschnittlichen Behandlungsaufwand dieser Behandlungsfallgruppe orientiert sind.
DIN 18205	DIN 18205 Bedarfsplanung im Bauwesen. Die Norm soll lebenszyklusphasenübergreifende Anforderungen an die optimale Nutzungserfüllung eines Objektes regeln.
Gewinn- und Verlustrechnung (GuV)	Stellt den wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens dar, indem den Erträgen die Aufwendungen gegenübergestellt werden. Aufgrund des zeitraumbezogenen Charakters können Aussagen über Veränderungen in der Höhe von Erträgen und Aufwendungen sowie über deren Zusammensetzung gemacht werden (§ 275 Handelsgesetzbuch (HGB)).
Grenzverweildauer	Ist bei der Abrechnung eines stationären Behandlungsfalls die stationäre Verweildauer, innerhalb der ausschließlich die Fallpauschale abgerechnet werden kann. Wenn der Patient zwischen unterer und oberer Grenzverweildauer entlassen wird (Inlier), bekommt ein Krankenhaus eine DRG-Vergütung ohne Zu- und Abschläge. Wird der Patient unterhalb bzw. oberhalb der Grenzverweildauer entlassen (Outlier), wird die Vergütung durch entsprechende Ab- oder Zuschläge geändert. (vgl. Ansicht 2, S. 8)
Hauptdiagnosegruppen (Major Diagnostic Categories - MDC)	Einteilung des deutschen DRG-Katalogs in 23 Hauptdiagnosegruppen, die sich weitgehend an den medizinischen Organsystemen orientiert. Die Zuordnung erfolgt in der Regel durch die Hauptdiagnose.
Intermediate Care (IMC)	Auf der IMC werden die pflege- und überwachungspflichtigen Patienten behandelt, die nicht mehr einer intensivmedizinischen Überwachung bedürfen, die Möglichkeiten einer Normalstation aber übersteigen.
Internes Kontrollsystem	Ist die Gesamtheit aller vom Verwaltungsrat und der Geschäftsleitung angeordneten Vorgänge, Methoden und Maßnahmen zur Sicherstellung eines ordnungsgemäßen Ablaufs des betrieblichen Geschehens. Die systematisch gestalteten Maßnahmen sind in die Betriebsabläufe integriert. Das System dient der Einhaltung von Richtlinien und der Abwehr von Schäden und Vermögensverlusten. Zudem soll die Zuverlässigkeit der betrieblichen Prozesse und Daten gewährleistet werden.
MDC	vgl. Hauptdiagnosegruppen
Prä-MDC	Sind den Hauptdiagnosegruppen/ Major Diagnostic Categories (MDC) vorgeschaltete Diagnosegruppen. Sie enthalten Sonderfälle, wie Beatmungsfälle oder Transplantationen.

Primärer Leistungsbereich	Umfasst in der vorliegenden Analyse ausschließlich die bettenführenden Fachabteilungen eines Krankenhauses. Die bettenführenden Abteilungen für Strahlenheilkunde, Nuklearmedizin, Anästhesiologie und Intensivmedizin werden aufgrund ihrer zumeist unterstützenden Funktion dem sekundären Leistungsbereich zugeordnet.
Risikomanagement	Bezeichnet alle Aktivitäten eines Unternehmens im Umgang mit Risiken um das unternehmerische Risiko bewusst zu minimieren oder zu umgehen. Das Risikomanagement umfasst die Identifikation, die Messung, die Bewertung, die Aggregation, die Überwachung und die Bewältigung von Risiken.
Sekundärer Leistungsbereich	Umfasst in der vorliegenden Analyse die Bereiche, die die primären Leistungsbereiche der Krankenversorgung direkt unterstützen, wie die Anästhesiologie, die Diagnostik, die Krankenhaushygiene oder die Apotheke.
Tertiärer Leistungsbereich	Umfasst die patientenfernen Bereiche (Verwaltung, Wirtschaft und Versorgung [Küche, Wäscherei] sowie Technik und Bau).
Verweildauer	Ist die Zahl der Belegungstage. Belegungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag (§ 1 Abs. 7 Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV)).
Zusatzentgelte	Sind Entgelte, die zusätzlich zur DRG-Fallpauschale abgerechnet werden können (§ 6 Abs. 1 KHEntgG). Sie werden verhandelt und unterliegen im Regelfall nicht den Minder- und Mehrausgleichserlösen, sondern ergeben sich bei Einzelfällen aus den tatsächlichen Kosten der behandelten Patienten. Ziel dieser additiven Vergütungsform ist es, medizinische „Kostenausreißer“, die bei dem pauschalierenden Vergütungssystem unberücksichtigt bleiben würden, abzubilden.

12. Abkürzungsverzeichnis

AG	Aktiengesellschaft
AktG	Aktiengesetz vom 6. September 1965 (BGBl. I S. 1089), zuletzt geändert durch Gesetz vom 20. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2751)
AWT-Anlage	Automatische Warentransportanlage
BGH	Bundesgerichtshof
CIRS	Critical Incident Reporting System
CM	Case Mix
CMI	Case Mix-Index
DrittelbG	Gesetz über die Drittelbeteiligung der Arbeitnehmer im Aufsichtsrat (Drittelbeteiligungsgesetz - DrittelbG) vom 18. Mai 2004 (BGBl. I S. 974), zuletzt geändert durch Gesetz vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3044)
DRG	Diagnosis Related Groups
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GmbHG	Gesetz betreffend die Gesellschaften mit beschränkter Haftung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 4123-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. März 2013 (BGBl. I S. 556)
GuV	Gewinn- und Verlustrechnung
HGB	Handelsgesetzbuch in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 4100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, geändert durch Gesetz vom 20. April 2013 (BGBl. I S. 831)
HGO	Hessische Gemeindeordnung vom 7. März 2005, (GVBl. I 142), mehrfach geändert durch Gesetz vom 16. Dezember 2011 (GVBl. I S. 786)
HGrG	Haushaltsgrundsätzegesetz vom 19. August 1969 (BGBl. I S. 1273), zuletzt geändert durch Gesetz vom 27. Mai 2010 (BGBl. I S. 671)
HKHG	Zweites Gesetz zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen (Hessisches Krankenhausgesetz 2011 - HKHG 2011) vom 21. Dezember 2010, (GVBl. I, S. 587), geändert durch Gesetz vom 15. September 2011 (GVBl. I S. 425, 426)
IKS	Internes Kontrollsystem
KH	Krankenhaus
KHBV	Krankenhaus-Buchführungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. März 1987 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Gesetz vom 20. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2751)
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Gesetz vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617)
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch des Gesetz vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617)
MDC	Major Diagnostic Categories (Hauptdiagnosegruppen)
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen
MitbestG	Mitbestimmungsgesetz vom 4. Mai 1976 (BGBl. I S. 1153), zuletzt geändert durch Gesetz vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3044)
ÜPKKG	Gesetz zur Regelung der überörtlichen Prüfung kommunaler Körperschaften in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Dezember 1993 (GVBl. I S.708), zuletzt geändert durch Gesetz vom 8. März 2011 (GVBl. I S. 153, 159).
VK	Vollzeitkräfte
ZSVA	Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung

13. Gesetz zur Regelung der überörtlichen Prüfung kommunaler Körperschaften in Hessen (ÜPKKG)

Gesetz vom 22. Dezember 1993, GVBl. I, Seite 708, zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 8. März 2011, GVBl. I, Seiten 153, 159

§ 1 Zuständige Behörde⁷⁶

¹Die überörtliche Prüfung kommunaler Körperschaften wird dem Präsidenten des Hessischen Rechnungshofes übertragen. ²Seine Rechtsstellung und seine Vertretung richten sich nach § 5 Abs. 1 und § 6 Abs. 2 des Gesetzes über den Hessischen Rechnungshof.

§ 2 Personal

¹Die dem Präsidenten zur Wahrnehmung seiner Aufgaben nach § 1 besonders zugeordneten Beamten, Angestellten und Arbeiter sind Bedienstete des Rechnungshofes. ²Er kann weitere Bedienstete des Rechnungshofes heranziehen, wenn dies erforderlich ist.

§ 3 Inhalt der Prüfungen⁷⁷

(1) ¹Die überörtliche Prüfung hat festzustellen, ob die Verwaltung rechtmäßig, sachgerecht und wirtschaftlich geführt wird. ²Dabei ist grundsätzlich auf vergleichenden Grundlagen zu prüfen, ob insbesondere

1. die Grundsätze der Einnahmebeschaffung (§ 93 HGO) beachtet werden,
2. die personelle Organisation zweckmäßig und die Bewertung der Stellen angemessen ist,
3. bei Investitionen die Grenzen der Leistungsfähigkeit eingehalten, der voraussichtliche Bedarf berücksichtigt sowie die Planung und Ausführung sparsam und wirtschaftlich durchgeführt werden,
4. Einrichtungen nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten und in Erfüllung ihrer öffentlichen Zweckbestimmung betrieben werden,
5. Kredite und Geldanlagen regelmäßig sich ändernden Marktbedingungen angepasst werden,
6. der Umfang freiwilliger Leistungen der Leistungsfähigkeit entspricht und nicht auf Dauer zur Beeinträchtigung gesetzlicher und vertraglicher Verpflichtungen führt,
7. Aufgaben nicht kostengünstiger in Betrieben anderer Rechtsform erbracht oder durch Dritte erfüllt werden können,
8. die allgemeine Finanzkraft und der Stand der Schulden Anlass für Empfehlungen zur Änderung der künftigen Haushaltswirtschaft geben.

⁷⁶ § 1 geändert durch Gesetz zur Stärkung der kommunalen Zusammenarbeit und Planung in der Region Rhein-Main vom 19. Dezember 2000 (GVBl. I, S. 542).

⁷⁷ § 3 Absatz 1 geändert durch Gesetz zur Änderung der Hessischen Gemeindeordnung und anderer Gesetze vom 31. Januar 2005 (GVBl. I, S. 54 ff.)

³Die Betätigung bei Gesellschaften in einer Rechtsform des privaten Rechts, an denen die nach § 4 zu Prüfenden unmittelbar oder mittelbar beteiligt sind, und die Sondervermögen werden mitgeprüft.⁷⁸

(2) ¹Die Prüfung hat sich auch auf Verfahren zu erstrecken, die bei Einsatz automatischer Datenverarbeitungsanlagen im Finanzwesen angewendet werden. ²Wenden mehrere der nach § 4 zu Prüfenden dasselbe Verfahren an, genügt eine Prüfung, wenn es von ihnen unverändert übernommen und eingesetzt wird. ³Wird ein bereits geprüftes Verfahren geändert, ist die Änderung ebenfalls zu prüfen.

§ 4 Gegenstand

(1) Überörtlich geprüft werden

1. die kreisfreien Städte,
2. die kreisangehörigen Städte und Gemeinden,
3. die Landkreise,
4. der Landeswohlfahrtsverband Hessen,
5. der Regionalverband Frankfurt/RheinMain,⁷⁹
6. der Zweckverband „Raum Kassel“,⁸⁰
7. die Pflichtverbände nach § 5 des Gesetzes über die Metropolregion Frankfurt/Rhein-Main,⁸¹
8. die Kommunalen Gebietsrechenzentren,
9. Zweckverbände, Wasser- und Bodenverbände sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände, wenn das Volumen im Verwaltungshaushalt im Durchschnitt der letzten drei Jahre den Betrag von dreihunderttausend Euro übersteigt; die anderen Zweckverbände und ihre Zusammenschlüsse können in die überörtliche Prüfung ihrer Verbandsmitglieder einbezogen werden,⁸²
10. Versorgungskassen für Beamte kommunaler Körperschaften
11. Zusatzversorgungskassen für Angestellte und Arbeiter kommunaler Körperschaften und
12. Anstalten des öffentlichen Rechts, die durch oder mit Beteiligung kommunaler Körperschaften

⁷⁸ [siehe hierzu § 123 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 HGO]

⁷⁹ § 4 Absatz 1 Nr. 5 zuletzt geändert durch Gesetz über die Metropolregion Frankfurt/Rhein-Main und zur Änderung anderer Rechtsvorschriften vom 8. März 2011 (GVBl. I, S. 152)

⁸⁰ § 4 Absatz 1 Ziffer 6 eingefügt durch Gesetz zur Stärkung der kommunalen Zusammenarbeit und Planung in der Region Rhein-Main vom 19.12.2000 (GVBl. I, S. 542) und geändert durch Gesetz über die Metropolregion Frankfurt/Rhein-Main und anderer Vorschriften vom 8. März 2011 (GVBl. I, S. 153).

⁸¹ § 4 Absatz 1 Ziffer 7 eingefügt durch Gesetz zur Stärkung der kommunalen Zusammenarbeit und Planung in der Region Rhein-Main vom 19. Dezember 2000 (GVBl. I, S. 542) und geändert durch Gesetz über die Metropolregion Frankfurt/Rhein-Main und anderer Vorschriften vom 8. März 2011 (GVBl. I, S. 153)

⁸² § 4 Absatz 1 Nr. 9 geändert durch Gesetz zur Änderung der Hessischen Gemeindeordnung und anderer Gesetze vom 31. Januar 2005 (GVBl. I, S. 54 ff.)

errichtet worden sind, mit Ausnahme der Sparkassen.⁸³

(2) ¹Prüfungsrechte des Hessischen Rechnungshofes nach anderen gesetzlichen Bestimmungen bleiben unberührt. ²Prüfungen nach § 91 Landeshaushaltsordnung (LHO) können mit der Prüfung nach Abs. 1 verbunden werden.

§ 5 Prüfungsverfahren, Auskunftspflicht⁸⁴

(1) ¹Jede der in § 4 Abs. 1 Nr. 1, 3, 4 und 5 aufgeführten kommunalen Körperschaften soll in einem Zeitraum von fünf Jahren mindestens einmal überörtlich geprüft werden. ²Zeit, Art und Umfang der Prüfung bestimmt der Präsident in eigener Verantwortung. ³Er kann die Prüfung beschränken und Schwerpunkte bilden; dabei sind Erkenntnisse aus den Berichten nach § 6 Abs. 3 zu berücksichtigen. ⁴Mit der Wahrnehmung der Prüfungen kann er öffentlich bestellte Wirtschaftsprüfer, Wirtschaftsprüfungsgesellschaften, andere geeignete Dritte oder Bedienstete nach § 2 beauftragen.

(2) ¹Die zu prüfende Stelle hat dem Präsidenten und den beauftragten Prüfern innerhalb einer zu bestimmenden Frist alle erbetenen Auskünfte zu geben, Einsicht in Bücher und Belege, Akten und Schriftstücke zu gewähren, sie auf Verlangen zu übersenden sowie Erhebungen an Ort und Stelle zu dulden. ²Im Übrigen hat sie den Präsidenten und die beauftragten Prüfer bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zu unterstützen.

(3) ¹Lässt eine der im § 4 aufgeführten kommunalen Körperschaften Verwaltungsaufgaben mit Unterstützung der automatischen Datenverarbeitung oder in anderer Weise durch Dritte wahrnehmen, können die beauftragten Prüfer dort die erforderlichen Erhebungen anstellen; Abs. 2 gilt entsprechend. ²Beruhet das Rechtsverhältnis auf Vereinbarung, ist dieses Recht in die Vereinbarung aufzunehmen.

(4) Abs. 3 gilt entsprechend, wenn die kommunale Körperschaft sonstigen Stellen Zuwendungen gewährt oder von diesen kommunale Mittel oder kommunale Vermögensgegenstände verwalteten lässt.

(5) ¹Die Prüfung soll auf den Ergebnissen der örtlichen Rechnungsprüfung aufbauen. ²Doppelprüfungen sind zu vermeiden, soweit sie nach Einschätzung der Prüfer nicht erforderlich sind.

§ 6 Prüfungsergebnis

(1) ¹Der Präsident teilt der kommunalen Körperschaft die Prüfungsfeststellungen mit und gibt

ihr Gelegenheit, dazu Stellung zu nehmen. ²Er kann auch Schlussbesprechungen durchführen.

³Das Ergebnis der Prüfung wird in einem Schlussbericht zusammengefasst. ⁴Der Bericht ist der geprüften Körperschaft und der Aufsichtsbehörde zu übersenden. ⁵Er ist dem Beschlussorgan (Gemeindevertretung, Kreistag usw.) bekannt zu geben; mindestens eine Ausfertigung ist jeder Fraktion auszuhändigen.

(2) Die Aufsichtsbehörden entscheiden bei Verstößen, die sich nach den Prüfungsfeststellungen ergeben, im Rahmen ihrer Befugnisse nach den für die Kommunalaufsicht geltenden Vorschriften.

(3) ¹Der Präsident legt nach Abschluss eines jeden Jahres dem Landtag und der Landesregierung einen zusammenfassenden Bericht über die Feststellungen von allgemeiner Bedeutung bei der überörtlichen kommunalen Prüfung vor. ²Der Bericht ist gleichzeitig den Vereinigungen der Gemeinden und Gemeindeverbände nach § 147 HGO bekannt zu geben.

§ 7 Unterrichtung und Anhörung

Der Hessische Rechnungshof ist vor Erlass von Rechts- und Verwaltungsvorschriften des Landes über die Haushalts-, Kassen- und Rechnungsführung kommunaler Körperschaften zu hören.

§ 8 Kostenpflicht

¹Wird gegen die Pflichten des § 5 Abs. 2 bis 4 verstoßen oder sind die vorgelegten Unterlagen nicht prüfungsfähig und tritt dadurch eine unangemessene Verlängerung der Zeitdauer der überörtlichen Prüfung ein, wird die Prüfung ab einem vom Präsidenten zu bestimmenden Zeitpunkt kostenpflichtig nach dem Zeitaufwand fortgesetzt. ²Das Hessische Verwaltungskostengesetz (HVwKostG) sowie die Allgemeine Verwaltungskostenordnung (AllgVwKostO) in ihren jeweiligen Fassungen finden entsprechend Anwendung; Prüfer nach § 5 Abs. 1 Satz 4 stehen Beamten des höheren Dienstes gleich.

§ 9 Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1994 in Kraft.

⁸³ § 4 Absatz 1 Nr. 12 eingefügt durch Gesetz zur Erweiterung von organisationsrechtlichen Handlungsmöglichkeiten im Rahmen der Wahrnehmung von Aufgaben nach dem Zweiten und Zwölften Buch Sozialgesetzbuch und zur Änderung anderer sozialrechtlicher Vorschriften vom 14. Dezember 2006 (GVBl. I, S. 666 ff.)

⁸⁴ § 5 Absatz 1 Satz 4 geändert durch Gesetz zur Änderung der Hessischen Gemeindeordnung und anderer Gesetze vom 31. Januar 2005 (GVBl. I, S. 54 ff.)

14. Prüfungsbeauftragte

MedAdvisors GmbH
Lehmweg 17
20251 Hamburg

Prof. Dr. med. Claus Bartels
Geschäftsführer der MedAdvisors GmbH
Gesamtverantwortlicher der Prüfungsbeauftragten
(ehem. Vorstandsvorsitzender/Ärztlicher Direktor des
Universitätsklinikums Greifswald; ehem. Sprecher der
Geschäftsführung Allgemeines Krankenhaus St.
Georg, LBK Hamburg)

Prof. Dr. med. Axel Kramer
Senior Experte
Lehrstuhlinhaber des Instituts für Krankenhaushygiene
und Umweltmedizin der Universitätsmedizin
Greifswald, ehem. Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Krankenhaushygiene (DGKH),
Prüfungsverantwortlicher Bereich Hygiene

Dipl.-Betriebsw. und Dipl.-Soz.Ök. Uwe Sanden
Senior Experte
Prüfer

Dipl.-Ök. Kseniya Motte
Projektleiterin

WZR GmbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Lehmweg 17
20251 Hamburg

RA Dr. Thomas Wülfing
Senior Partner Wülfing Zeuner Rechel, WZR Group
Geschäftsführer WZR GmbH
Prüfungsbeauftragter

WP/StB Dipl.-Kfm. Mirco Schroeter, MBA
Geschäftsführer WZR GmbH
Prüfer

RA Dr. Daniel Parlow
Prüfer

Knut Ropte, M.A.
Prüfer

Merker Architektur
Management GmbH
Elisabeth-Haseloff-Str. 1
D-23564 Lübeck

Dipl.-Ing. Volker Merker
Architekt
Geschäftsführer
Prüfungsverantwortlicher Krankenhausarchitektur

Dipl.-Ing. Dietmar Kirschner
Architekt
Prüfer

Adam Koszycki, M.A.
Prüfer

eptima GmbH
Zehlendorfer Damm 143,
14532 Berlin

Dipl.-Ing. Holger Dettmann
Ing. für Biomedizinische Technik
Geschäftsführer
Prüfungsverantwortlicher Medizin- und Gebäudetechnik

15. Abteilung Überörtliche Prüfung kommunaler Körperschaften

Der Präsident des Hessischen Rechnungshofs
• Überörtliche Prüfung kommunaler Körperschaften •
Eschollbrücker Straße 27
64295 Darmstadt
Telefax: (0 61 51) 381 255
E-Mail: uepkk@rechnungshof.hessen.de

Dr. Walter Wallmann
Direktor beim Hessischen Rechnungshof
Abteilungsleiter
Telefon: (0 61 51) 381 250

Willi Petri
Ministerialrat
Stv. Abteilungsleiter
Projektleiter
Telefon: (0 61 51) 381 256

Peter Meyer
Regierungsdirektor
Projektleiter
Telefon: (0 61 51) 381 253

Martina Geis
Regierungsdirektorin
Projektleiterin
Telefon: (0 61 51) 381 257

Martin Westermann
Regierungsoberrat
Projektleiter
Telefon: (0 61 51) 381 258

Dr. Hava Erdem
Regierungsoberrätin
Projektleiterin
Telefon: (0 61 51) 381 259

Daniel Becker
Forstrat
Projektleiter
Telefon: (0 61 51) 381 252

Ralf Sieg
Regierungsrat
Projektleiter
Telefon: (0 61 51) 381 117

Isolde Schatz-Görisch
Verwaltungsangestellte
Telefon: (0 61 51) 381 251

Seraphine Reigl
Verwaltungsangestellte
Telefon: (0 61 51) 381 254

Besonderer Dank für die Zusammenarbeit bei diesem Projekt gebührt:

Dr. Karsten Nowak
Direktor beim Hessischen Rechnungshof
Abteilungsleiter III
Telefon: (0 61 51) 381 108

Reinhard Müller
Ministerialrat
Referatsleiter HRH Abt. IV
Telefon: (0 61 51) 381 157

Christian Schwarz
Rechnungsrat
Prüfer HRH Abt. IV
Telefon: (0 61 51) 381 323

Tilo Weiße
Regierungsdirektor
Leiter Präsidentenbüro
Telefon: (0 61 51) 381 110